

Venöse Thromboembolie

Optimale Therapieentscheidung setzt individuelle Risikoabschätzung voraus

In einem Review fassen kanadische Wissenschaftler die Erkenntnisse verschiedener Metaanalysen der letzten 15 Jahre in der Therapie venöser Thromboembolien (VTE) zusammen. Unter den Begriff VTE fallen sowohl tiefe Venenthrombosen als auch Lungenembolien.

JAMA

Das Risiko, einmal im Leben an einer VTE zu leiden, liegt bei 5 Prozent. Die Lungenembolie ist zudem mit einer hohen Mortalität assoziiert. Jeder fünfte Patient verstirbt entweder vor der Diagnosestellung oder am ersten Tag nach dem Ereignis. Die Therapie mit Antikoagulanzen senkt sowohl die Mortalität als auch das Risiko eines Rezidivs, geht aber ihrerseits mit einem erhöhten Blutungsrisiko einher. Die Ätiologie des thrombotischen Ereignisses, etwa eine Krebserkrankung oder andere Risikofaktoren, spielt bei der mittelfristigen (3–6 Monate nach dem Ereignis) Therapieentscheidung eine wichtige Rolle.

Therapie in der Akutphase

In der Behandlung der akuten VTE sind sowohl unfraktioniertes Heparin und niedermolekulares Heparin als auch Rivaroxaban oder Fondaparinux zugelassen. Laut einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse führt eine Therapie mit

Tabelle:

Behandlung der venösen Thromboembolie jenseits der Akutphase

| | |
|---|--|
| transiente Risikofaktoren (OP, Trauma, Immobilisierung) | Behandlung über 3 Monate mit einer der folgenden Substanzen: Warfarin, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran |
| kein Risikofaktor | Behandlung über ≥ 6 Monate mit einer der folgenden Substanzen: Warfarin, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran |
| Krebserkrankung | niedermolekulares Heparin über ≥ 6 Monate, alternativ Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran oder Vitamin-K-Antagonist |

einem niedermolekularen Heparin in therapeutischer Dosis zu weniger Todesfällen, Rezidiven oder Blutungskomplikationen. Der orale Faktor-Xa-Hemmer Rivaroxaban stelle eine ebenbürtige, jedoch teurere Alternative dar, schreiben die Kollegen. Eine Thrombolyse oder ein Vena-cava-Filter kommen in bestimmten Ausnahmesituationen zum Einsatz. Von einer initialen Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) allein (Warfarin) ist abzuraten. Eine überlappend begonnene Behandlung mit oralen VKA ist in allen VTE-Fällen indiziert, die nicht auf eine Krebserkrankung zurückführbar sind. Seit Einführung der niedermolekularen Heparine sind die ambulante Behandlung einer tiefen Venenthrombose sowie die frühe Mobilisierung der Patienten Standard und gehen mit einer besseren Prognose und einem geringeren Risiko eines postthrombotischen Syndroms einher. In Kanada werden zudem 30 bis 50 Prozent der Lungenembolien ebenfalls ambulant behandelt, wenn das Mortalitätsrisiko unter 1 Prozent eingestuft worden ist (gemäss Geneva-Score oder Pulmonary-Embolism-Severity-Index).

Rezidivprophylaxe

Eine Thromboembolieprophylaxe ist für mindestens 3 Monate vorzusehen. Die genaue Therapiedauer und die Substanzwahl richten sich nach den Risikofaktoren (Tabelle). Als vorübergehende Risikofaktoren werden etwa Operationen, Traumata oder Schwangerschaft angesehen. Eine VTE, die ohne erkennbare Risikofaktoren auftritt, birgt ein hohes Rezidivrisiko von 30 Prozent über 5 Jahre. Die meisten betroffenen Patienten benötigen eine ausgedehnte, wenn nicht lebenslange Antikoagulation. Unterschiedliche Prädiktoren

Merksätze

- ❖ Die Antikoagulationstherapie bei venösen Thromboembolien (VTE) senkt die Mortalität und das Risiko eines Rezidivs, geht aber ihrerseits mit einem erhöhten Blutungsrisiko einher.
- ❖ Gemäss Studien führt niedermolekulares Heparin zur Therapie akuter VTE zu weniger Todesfällen, Rezidiven oder Blutungskomplikationen. Der orale Faktor-Xa-Hemmer Rivaroxaban stellt eine ebenbürtige, jedoch teurere Alternative dar. Von einer initialen Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten allein ist abzuraten.
- ❖ Eine Thromboembolieprophylaxe ist für mindestens 3 Monate vorzusehen. Die genaue Therapiedauer und die Substanzwahl richten sich nach den Risikofaktoren

des individuellen Rezidivrisikos werden zwar verwendet, ohne jedoch validiert worden zu sein, wie die Autoren feststellen. VKA sind kostengünstig und wirksam in einem INR- (International-Normalized-Ratio-)Bereich von 2 bis 3, was natürlich ein fortlaufendes Monitoring voraussetzt. Die neueren Antikoagulanzen Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban oder Dabigatran benötigen kein Monitoring mehr und könnten als Alternative für diejenigen Patienten angesehen werden, bei denen die INR nur schwer im therapeutischen Bereich eingestellt werden kann. Eine besondere Gruppe bilden Krebspatienten, die nicht nur ein hohes Thrombose-

rezidivrisiko aufweisen, sondern auch häufig unter Blutungskomplikationen leiden. Krebspatienten sollten vorzugsweise langfristig mit einem niedermolekularen Heparin behandelt werden. ❖

Anka Stegmeier-Petroianu

Wells PS et al.: Treatment of venous thromboembolism. JAMA 2014; 311: 717-728.

Interessenkonflikte: keine deklariert.