

Venöse Thromboembolien

Update 2018 zur Abklärung und Behandlung

Wer sind die Risikopatienten für venöse Thromboembolien und wie werden sie diagnostiziert und behandelt? Am SGK-Kongress in Basel erläuterte Prof. Henri Bounameaux, HUG, Genf, das Vorgehen. Die Vortestwahrscheinlichkeit gibt dabei den Ausschlag für weitere Abklärungen.



Foto: vh

Prof. Henri Bounameaux

Das aktuelle Diagnosevorgehen zur Abklärung einer venösen Thromboembolie erfolgt erst über die Einschätzung der Vortestwahrscheinlichkeit. Ist diese erhöht, liefert der D-Dimer-Test eine Entscheidungsgrundlage für das Erstellen einer Bildgebung. Ist die Vortestwahrscheinlichkeit dagegen hoch, empfiehlt sich als nächster Schritt direkt die Bildgebung (1).

Doch bei welchen Patienten soll eine VTE in Betracht gezogen werden? Kommt es zu einer Dyspnoe, Thoraxschmerzen, Synkope oder geschwollenen Beinen oder Wadenschmerzen, und können diese Symptome nicht anders erklärt werden, ist ein Verdacht auf VTE und deren diagnostische Abklärung angezeigt, erklärt Bounameaux.

geschwollenen Beinen oder Wadenschmerzen, und können diese Symptome nicht anders erklärt werden, ist ein Verdacht auf VTE und deren diagnostische Abklärung angezeigt, erklärt Bounameaux.

Initiale Therapie

Die Therapie verläuft in drei Phasen (*Tabelle*): initiale Therapie bestehend aus Therapiestartphase (5–21 Tage) und frühe Erhaltungstherapie (3 Monate) sowie die verlängerte, möglicherweise unbefristete Therapiephase. In der initialen VTE-Therapie haben gemäss Bounameaux die vier direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban und Dabigatran in den jeweiligen Phase-III-Studien gezeigt, dass sie einer konventionellen initialen VTE-Therapie in

Bezug auf symptomatische Rezidive nicht unterlegen sind. Zwei DOAK (Rivaroxaban und Apixaban) sind der konventionellen VTE-Therapie bezüglich schwere Blutungen und klinischem Nettonutzen sogar überlegen. Zwischen den DOAK gibt es leider keine Vergleichsstudien, beauftragt der Referent.

Erhaltungstherapie

Für die Erhaltungsphase zur Rezidivprävention bestehen mehrere wirksame Optionen: Rivaroxaban, Apixaban und Dabigatran, Vitamin-K-Antagonisten wie auch Acetylsalicylsäure 100 mg, falls der Patient keine DOAK erhalten kann. Das Blutungsrisiko steigt naturgemäss mit der Wirkstärke der gewählten Substanz (3), gibt Bounameaux zu bedenken. Rivaroxaban (EINSTEIN-EXT-Studie), Apixaban (AMLIFY-EXT-Studie) und Dabigatran (RE-SONATE-Studie) sind Placebos in der Langzeittherapie bezüglich Rezidivprophylaxe von symptomatischer VTE überlegen, Dabigatran auch im Vergleich zu VKA (REMEDY-Studie). Rivaroxaban ist ASS (EINSTEIN-CHOICE-Studie) in der Sekundärprophylaxe überlegen.

Bei der Erhaltungstherapie über drei Monate hinaus müssen bei Patienten mit ursprünglich unprovoked VTE das Rezidivrisiko, das Blutungsrisiko, die Präferenzen des Patienten sowie Alternativen erwogen werden. Das Rezidivrisiko ist dabei abhängig von Alter und Ethnie, das Blutungsrisiko von der gewählten Substanz und der Zuverlässigkeit der Anwendung im Fall einer VKA.

Auch wenn die DOAC verbreitet eingesetzt werden, gibt es doch Situationen, in denen auf LMWH oder VKA zurückgegriffen werden muss. Das ist beispielsweise bei Schwangerschaften der Fall. Bei einem Antiphospholipidsyndrom, arteriellen Indikationen wie beispielsweise Herzklappenersatz, schwerer Niereinsuffizienz, bei Kindern wie auch bei tumorassoziierter Thrombose. Gemäss jüngeren Studiendaten erleiden Krebspatienten unter Dalteparin zwar mehr VTE-Rückfälle als unter Rivaroxaban und Edoxaban, dafür aber seltener schwere Blutungen (4, 5), so Bounameaux abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Update 2018 on venous thromboembolism», Gemeinsame Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Herzchirurgie. 7. Juni 2018 in Basel.



Referenzen auf www.rosenfluh.ch/congressselection abrufbar.

Tabelle:

Drei Phasen der VTE-Behandlung

Initialphase (5–21 Tage)	Frühe Erhaltungstherapie (3 Monate)	Langzeittherapie (unbestimmt)
Parenteral	Warfarin (INR 2,0–3,0)	Warfarin (INR 2,0–3,0)
Rivaroxaban 15 mg 2 x/d	Rivaroxaban 20 mg/d	Rivaroxaban 20 mg/d
Apixaban 10 mg 2 x/d	Apixaban 5 mg 2 x/d	Apixaban 2,5 mg 2 x/d
	Dabigatran 150 mg 2 x/d	Dabigatran 150 mg 2 x/d
	Edoxaban 60 mg/d	

Quelle: mod. nach H. Bounameaux