

Lungenembolie 2013: Akut- und Langzeittherapie

D. Skowasch

Medizinische Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Bonn

▲ Eine Lungenembolie (LE) ist der teilweise oder vollständige Verschluss einer Pulmonalarterie. Meist betreffen tiefe Venenthrombosen (TVT) die Bein- und Beckenvenen und werden dann mit dem Blutstrom in die Lungenarterien transportiert. Da die akute venöse Thromboembolie (VTE) zu den häufigsten kardiovaskulären Notfällen mit der Konsequenz von circa 40.000 Todesfällen allein in Deutschland gehört, existieren internationale Leitlinien, die risikoadaptiert diagnostische und therapeutische Algorithmen vorgeben (3, 4). Die hohe Letalität von 11% erklärt sich auch durch späte Diagnosestellung und damit Therapieeinleitung, nachdem nur ein Drittel der thromboembolischen Ereignisse – auch vor dem Hintergrund einer oft atypischen, milden oder temporären Symptomatik – zeitnah erkannt werden.

Bei LE-Verdacht können validierte Scores (Wells-Score, revidierter Genfer Score) zur Einschätzung von niedriger, mittlerer oder hoher LE-Wahrscheinlichkeit führen. Entscheidend für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen ist das Vorliegen eines Schocks beziehungsweise einer persistierenden Hypotension, um Hochrisiko- versus Nichthochrisiko-Konstellation zu differenzieren (Tab. 1). Bei hämodynamisch instabilem Patienten ist primär ein Computertomographie-Angiogramm (alternativ Echokardiogramm) anzustreben, um bei Bestätigung der LE die sofortige Thrombolyse beziehungsweise Embolektomie durchzuführen (Tab. 1).

Bei normotensiven Patienten mit mittlerem oder niedrigem Risiko können in Abhängigkeit von der klinischen Wahrscheinlichkeit D-Dimer-Test oder direkt Computertomographie sinnvoll sein, um therapeutisch die Antikoagulation, bevorzugt mit niedermolekularem Heparin,

einzuweisen (4). Die Dauer der Sekundärprävention mit oralen Vitamin-K-Antagonisten wird dann mindestens drei Monate empfohlen, bei unprovoked LE und niedrigem Blutungsrisiko ist die unbefristete Antikoagulation zu erwägen (3, 4).

Für die Akut- und Langzeittherapie von Nichthochrisiko-Patienten wurden auch neue orale Antikoagulantien untersucht. Rivaroxaban als Faktor-Xa-Inhibitor ist derzeit als einzige Substanz zugelassen zur Behandlung von TVT und LE sowie zur Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Die Zulassung erfolgte, nachdem Rivaroxaban in der internationalen, randomisierten EINSTEIN-PE-Studie als orale Monotherapie mit der Standardtherapie verglichen wurde und hier hinsichtlich des primären Effektivitätspunktes (symptomatische, rezidivierende VTE) Nichtunterlegenheit gezeigt hat. Schwere Blutungen traten dabei nur in 1,1% versus 2,2% der Fälle unter Standardtherapie auf (p=0,003) (2). Kürzlich wurde in zwei Studien die Wirksamkeit von Acetylsalicylsäure gezeigt, das Risiko eines VTE-Rezidivs beziehungsweise anderer vaskulärer Ereignisse nach Absetzen einer Antikoagulation signifikant zu senken (1).

Literatur beim Autor.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dirk Skowasch
Medizinische Klinik II
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
E-Mail: dirk.skowasch@ukb.uni-bonn.de



Lungenembolie bedingtes frühes Todesrisiko		Risikomarker			therapeutische Konsequenz
		klinisch (Schock, Hypotension)	RV-Dysfunktion	Myokard- Schädigung	
hoch >15 %		+	(+)	(+)	Thrombolyse/Embolektomie
nicht hoch	mittel 3-15 %	-	+ + -	+ - +	stationäre Behandlung, Monitoring
	niedrig <1 %	-	-	-	ambulante Therapie bzw. frühe Entlassung erwägen

Tab. 1: Risikostratifizierung und risikoadaptiertes Management der akuten Lungenembolie (nach *Torbicki A et al.* Eur Heart J 2008;29:2276-2315 (4)).