

Thrombolyse bei akuter Venenthrombose

L. Watson¹, C. Broderick, M. P. Armon; ¹ Cameron House, Leven, UK

▲ Die Standardtherapie bei akuter tiefer Venenthrombose (TVT) versucht, die unmittelbaren Komplikationen zu reduzieren. Die Thrombolyse oder die Gabe gerinnselauflösender Medikamente könnten die Langzeitkomplikationen des Postthrombotischen Syndroms (PTS) (Schmerzen, Ödem, Hautverfärbung, venöse Ulzeration) im betroffenen Bein reduzieren.

Dieses Review untersucht die Effekte der thrombolytischen Therapie plus Antikoagulation gegenüber Antikoagulation alleine bei der Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose bezüglich ihrer Wirkung auf Durchgängigkeit der Venen, postthrombotischen Symptomen, Majorblutungen, Lungenembolie (LE) und rezidivierenden venösen Thromboembolien.

Randomisierte kontrollierte Studien (RCT), die Thrombolyse plus Antikoagulation versus Antikoagulation alleine bei akuter TVT untersuchten, wurden durch eine Suche der Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group Trials Search Koordinatoren in spezialisierten Registern und CENTRAL identifiziert. 17 Studien mit 1103 Teilnehmern wurden eingeschlossen. Eine vollständige Lyse des Thrombus trat im frühzeitigen Follow-up in der Behandlungsgruppe signifikant häufiger auf (RR 4,91; 95% CI 1,66 zu 14,53, P=0,004) ebenso bei der zwischenzeitlichen Nachuntersuchung (RR 2,37; 95% CI 1,48 zu 3,80, P=0,0004). Der gleiche Effekt zeigte sich bei jedweder Verbesserung der venösen Durchgängigkeit. Es kamen signifikant weniger PTS bei denjenigen Patienten vor, die eine Thrombolyse erhalten hatten (RR 0,64; 95% CI 0,52 zu 0,79, P<0,0001). Ebenso traten seltener Beinulzera auf, obwohl diese Daten durch die geringe Anzahl an Teilnehmern und die kurze Follow-up-Periode limitiert waren (RR 0,48; 95% CI 0,12 zu 1,88, P=0,29).

Die Patienten, die eine Thrombolyse erhielten, wiesen signifikant mehr Blutungskomplikationen auf (RR 2,23; 95% CI 1,41 zu 3,52, P=0,0006). Drei Schlaganfälle kamen in der Behandlungsgruppe vor, aber alle in Studien, die vor 1990 durchgeführt wurden, und keiner in der Kontrollgruppe. Es konnte kein signifikanter Effekt auf die Mortalität beim frühzeitigen oder zwischenzeitlichen Follow-up festgestellt werden. Die Ergebnisse für das Auftreten von Lungenembolien und rezidivierenden TVT waren uneinheitlich.

Referat zu: **Thrombolysis for acute deep vein thrombosis.**
Cochrane Database Syst Rev. 2014
Jan 23;1:CD002783.

Eine systemische Thrombolyse wird üblicherweise heute nicht angewendet, sondern es wird die kathetergesteuerte Thrombolyse (CDT) als Applikationsform bevorzugt. Das wurde bei der iliofemorale TVT untersucht, und

Resultate aus zwei Studien stimmen überein mit denjenigen von Studien zur systemischen Thrombolyse bei der TVT an anderen Verschlusshöhen. Die Qualität der Studien war meist hoch, und die Ergebnisse stimmten überein bei einer Bandbreite von Settings und Patientengruppen. Die entscheidende Einschränkung der Studien ist der Mangel an Ergebnissen zu einem langzeitigen Follow-up über mehr als ein Jahr. Die Evidenz ist von moderater bis hoher Qualität mit offensichtlichen Unterschieden zwischen den Inklusionskriterien und der Studiendurchführung beim Vergleich von 40 Jahre alten und neuesten Studien. Die Ergebnisse legen eine signifikante Reduktion des PTS bei der Verwendung von Thrombolyse von rund 43% nahe mit einem RR von 0,64 und einer Anzahl an notwendigen Behandlungen (NNT) von fünf.

Es sind strenge Auswahlkriterien notwendig, um die Gefahr von Blutungskomplikationen zu reduzieren, was die Anwendbarkeit dieser Therapie einschränkt. Zurzeit wird die kathetergesteuerte Thrombolyse bevorzugt, weil sie das Risiko systemischer Blutungen verringern kann. Das konnte bisher nur auf femoraler und iliofemorale Höhe untersucht werden, wo das Risiko von postthrombotischen Komplikationen am höchsten ist. Die Patienten, die behandelt wurden, wiesen eine gering erhöhte Blutungsgefahr auf. Dies wirkt sich auf die Behandlung ausgewählter Patienten aus, insbesondere dann, wenn die Antikoagulation bei der TVT ambulant verabreicht werden sollte, und für die Bereitstellung von invasiveren Verfahren.

Korrespondenzadresse

Dr. Lorna Watson
Cameron House
Cameron Bridge, Windygates
Leven, UK, KY8 5RG
E-Mail: lwatson@nhs.net

