

Bewertung des Rezidivrisikos von venösen Thromboembolien

D. Akrap, H. H. Keo

Medizinische Universitätsklinik, Abteilung für Angiologie, Aarau, Schweiz

▲ Venöse Thromboembolie

Die venöse Thromboembolie (VTE) umfasst die tiefe Beinvenenthrombose (TVT) und die Lungenembolie (LE). Das absolute Risiko für das Auftreten einer venösen Erstthrombose in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 0,1–0,2 % pro Jahr und ist altersabhängig. Das Rezidivrisiko liegt nach stattgehabter Thrombose bei 5–7 % pro Jahr, und ist 50- bis 70-fach höher als das Risiko einer venösen Erstthrombose. Daher ist es wichtig, das Rezidivrisiko bei jedem individuellen Patienten abschätzen zu können, da eine Fortsetzung der Antikoagulation (AK) Rezidive effektiv verhindern kann.

Die optimale Dauer der AK nach der Initialtherapie wird seit Jahren diskutiert. Auf der Grundlage zahlreicher Studien und Metaanalysen kam die 9. ACCP-Konsensus-Konferenz 2012 für die Dauer der AK zu den in Tabelle 1 dargestellten Empfehlungen.

Referat zu: **Assessing the risk of recurrent venous thromboembolism – a practical approach.** *Vasc Health Risk Manag* 2015;11:451–459.

Bedeutung von Langzeit-AK und Blutungsrisiko

Langzeit-AK heisst nicht lebenslang. Die ACCP-Guidelines empfehlen, dass die Dauer der AK unter individueller Nutzen-/Risikoabwägung erfolgen soll. Die Risiken variieren stark zwi-

schen einzelnen Patienten, daher gibt es keine allgemein empfohlene Dauer der AK. Somit ist die Entscheidung dem behandelnden Arzt und dem Patienten überlassen. Die Inzidenz einer schweren Antikoagulanzenblutung liegt im Bereich von 1–4 % pro Jahr mit intrazerebraler Blutung von 0,4–1,5 %. Die Letalität 14 und 30 Tage nach schwerer Blutung liegt bei 8 % und 25 %. Folgende Risikofaktoren wurden mit erhöhten Blutungen assoziiert: Alter >65 Jahre, frühere Blutung, Tumorerkrankung, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, Thrombozytopenie, Zustand nach Schlaganfall, Diabetes mellitus, Anämie, unter Komedikation mit Thrombozytenaggregationshem-

Art der TVT	Dauer der Antikoagulation	Empfehlung
provozierte isolierte distale TVT	3 Monate	1B
unprovozierte isolierte distale TVT	3 Monate danach Blutungsrisiko vs. Rezidivrisiko abwägen • bei niedrigem bis moderatem Blutungsrisiko → 3 Monate • bei hohem Blutungsrisiko → 3 Monate	1B 2B 1B
provozierte proximale TVT	3 Monate	1B
unprovozierte proximale TVT	mindestens 3 Monate danach Blutungsrisiko vs. Rezidivrisiko abwägen • bei niedrigem bis moderatem Blutungsrisiko → Langzeit-AK* • bei hohem Blutungsrisiko → 3 Monate	1B 2B 1B
zweite unprovozierte TVT	• bei niedrigem Blutungsrisiko → Langzeit-AK* • bei moderatem Blutungsrisiko → Langzeit-AK* • bei hohem Blutungsrisiko → 3 Monate	1B 2B 2B
TVT und aktive Krebserkrankung	• bei niedrigem bis moderatem Blutungsrisiko → Langzeit-AK* • bei hohem Blutungsrisiko → Langzeit-AK* empfohlen	1B 2B

*Im Falle von Langzeit-AK regelmäßig (d.h. sechsmonatlich oder jährlich) das Blutungsrisiko gegen das Rezidivrisiko abwägen, die Präferenz des Patienten mitberücksichtigen und das beste AK-Regime überprüfen.

Tab. 1: Dauer der Antikoagulation nach VTE.

mern, schwierige Kontrolle der AK, Alkoholmissbrauch, häufige Stürze, kürzliche Chirurgie, Komorbidität und verminderte funktionelle Kapazität.

Das Rezidivrisiko

Das Risiko einer Rezidivthrombose nach Absetzen der AK ist in erster Linie von zwei Faktoren abhängig. Erstens, ob die akute TVT effektiv behandelt wurde. Zweitens, ob intrinsische Risikofaktoren vorliegen (z.B. Thrombophilie, Malignität etc.). Patienten mit einer spontanen VTE haben höhere Rezidivraten nach Absetzen der AK im Vergleich zu denen mit einer provozierten VTE. Die Anwesenheit oder Abwesenheit eines transienten Risikofaktors kann sich bei der VTE stark auf das Risiko des erneuten Auftretens nach AK-Stopp auswirken.

Bei folgenden Risikofaktoren ist das Rezidivrisiko erhöht:

- Adipositas
- männliches Geschlecht
- erhöhte D-Dimer-Werte nach einem Monat nach Absetzen der oralen AK
- Restthrombuslast
- hereditäre Thrombophilie
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Antiphospholipid-Antikörper
- kaukasische Ethnizität
- Malignität

Diskussion

Nicht alle Patienten mit VTE haben ein erhöhtes Rezidivrisiko. Jeder einzelne oben aufgeführte Risikofaktor ist wichtig für die Einschätzung des Rezidivrisikos, ist aber als alleiniger Parameter (außer aktivem Malignom) per se nicht spezifisch genug, um eine generelle Empfehlung abzugeben. Eine Kombination dieser Risikofaktoren könnte wichtig sein, um das Rezidivrisiko abzuschätzen und entsprechend die Dauer der AK anzupassen.

Literatur

1. Fahrni J, Husman M, Gretener SB, Keo HH. Assessing the risk of recurrent venous thromboembolism – a practical approach. *Vasc Health Risk Manag* 2015;11:451-459.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dragica Akrap
Dr. med. et MSc. Hong H. Keo
Medizinische Universitätsklinik
Abteilung für Angiologie
Tellstrasse, Haus 6
CH-5000 Aarau, Schweiz
E-Mail: dragica.akrap@ksa.ch
hakhong.keo@ksa.ch