

Antikoagulations-Ampel soll Entscheidung für verlängerte Therapie vereinfachen

Anlässlich des Welt-Thrombose-Tages (WTT) 2017 führten wir ein Interview mit PD Dr. Christoph Kalka, Brühl. Er ist Präsident der Deutschen Gefäßliga und war einer der Moderatoren der diesjährige WTT-Veranstaltung in Berlin.

Jedes Jahr sterben in Deutschland über 40.000 Menschen an einer Lungenembolie, die meist die Folge einer Thrombose ist. Welche Risikofaktoren bestehen?

PD Dr. Kalka: Patientenbezogene Risikofaktoren sind z.B. Übergewicht, Herzinsuffizienz, aktive Krebserkrankung, Infektionen, Immobilität oder die Einnahme von Hormonpräparaten. Ein besonders hohes Risiko besteht bei höherem Lebensalter, schweren Erkrankungen und einer vorausgegangenen venösen Thromboembolie (VTE). Zu klinisch bedingten Risikofaktoren zählen z.B. große Operationen (bes. Knie- oder Hüft-TEP) und Traumata. Patienten mit angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen weisen ebenso ein erhöhtes Risiko auf.

Aus welchem Grund können auch sportliche und junge Menschen erkranken?

PD Dr. Kalka: Eine Thrombose kann jeden treffen. Bei Sportlern vermutet man, dass es nach Sportverletzungen zu Schäden an der Endothelschicht der Gefäße kommt. Diese führen zu einer Entzündung und damit Aktivierung der Blutgerinnung. Bei zusätzlicher Immobilisierung erhöht sich damit das Risiko für eine tiefe Venenthrombose (TVT). Diese tritt aber bei Sportlern sehr selten auf, und es gibt bisher keine Übersichtsarbeit, nur einzelne Fallbeschreibungen. Eine TVT kann bei jungen Menschen auch durch längere Immobilität, z.B. nach Operationen oder längeren Flugreisen, auftreten, häufig liegen dann weitere vererbte oder erworbene Risikofaktoren vor.

Wie kann man vorbeugen?

PD Dr. Kalka: Die Art der Vorbeugung hängt von den bestehenden Risikofaktoren ab und muss individuell auf den Patienten abgestimmt sein. Bei geringem Risiko reicht evtl. schon eine hohe Flüssigkeitszufuhr und viel Bewegung, bei höherem Risiko sollten Kompressionsstrümpfe verordnet werden oder sogar eine Antikoagulationstherapie mit niedermolekularem Heparin (NMH) oder nicht-Vitamin-K-antagonistischen oralen Antikoagulanzen (NOAK).

Warum sprechen Ärzte bei der Thrombose von einer „lautlosen Gefahr“?

PD Dr. Kalka: Mögliche Folge einer Thrombose ist eine Lungenembolie (LE), die ganz plötzlich auftritt und sich nicht vorher ankündigt. Eine LE ist mit einer sehr hohen Sterblichkeit verbunden: rund 10 % innerhalb von 30 Tagen bei Krankenhauspatienten, bei Hochrisikopatienten sogar bis zu 25 %. Auch eine Rezidiv-LE nach Absetzen der Antikoagulation kann in ca. 25 % der Fälle tödlich verlaufen.



PD Dr. Christoph Kalka

Viele Patienten gehen mit Beinbeschwerden zuerst zum Hausarzt. Kann auch er schon eine Thrombose diagnostizieren oder nur ein Gefäßspezialist?

PD Dr. Kalka: Die eindeutige Diagnose einer Thrombose erfolgt heute durch eine Kompressions- und/oder Duplexsonographie. Ist der Hausarzt in der Lage, diese durchzuführen, so kann auch er die Diagnose stellen. Ansonsten wird er anhand der klinischen Wahrscheinlichkeiten und evtl. auch des D-Dimer-Wertes den Verdacht erheben und je nach Ergebnis den Patienten zum Gefäßspezialisten überweisen.

Wie sieht die Therapie bei einer tiefen Venenthrombose aus: initial bei Verdacht und nachher bei bestätigter TVT?

PD Dr. Kalka: Kann bei Verdacht auf eine Thrombose noch am gleichen Tag eine Kompressionssonographie durchgeführt werden, ist keine sofortige medikamentöse Therapie erforderlich. Ist die Diagnostik erst am nächsten Tag möglich, sollte der Hausarzt dem Patienten zur Vorsicht ein Antikoagulans verabreichen. Bei bestätigter TVT wird der Patient mindestens drei bis sechs Monate lang antikoaguliert. Dies erfolgt entweder direkt mit einem NOAK bzw. eine Woche lang mit einem NMH und später mit einem NOAK oder einem Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Die Entscheidung über die Art der Therapie geschieht patientenindividuell. Je nach Risiko wird über eine verlängerte Antikoagulation entschieden. Hinzu kommen Kompressionstherapie zur Vermeidung eines postthrombotischen Syndroms und Bewegung.

Bei einer akuten TVT oder einer Lungenembolie ist die Antikoagulation die wichtigste Therapiemaßnahme. Was kann mit ihr erreicht werden und was passiert, wenn sie nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird?

PD Dr. Kalka: Die Antikoagulation soll das weitere Wachstum des Thrombus verhindern und dessen Regression fördern. Wird die Therapie nicht ordnungsgemäß oder nicht ausreichend lang, also mindestens für drei Monate, durchgeführt, besteht ein sehr hohes Rezidivrisiko.

Nach den aktuellen interdisziplinären Leitlinien wird eine individuell angepasste Entscheidung über die Antikoagulationsdauer empfohlen, bei der Patientenpräferenzen und klinisch bedeutsame Faktoren berücksichtigt werden sollen. Viele Ärzte sind durch diese Flexibilität und Individualisierung verunsichert. Wie sieht es mit der Umsetzung der Leitlinien in der klinischen Praxis aus?

PD Dr. Kalka: Die Weiterführung der Antikoagulation über sechs Monate hinaus sollte individuell und gemeinsam mit dem Patienten entschieden werden und hängt von seinen Risikofaktoren für ein Rezidiv (z.B. Immobilität, aktive Krebserkrankung, höheres Alter, Geschlecht, D-Dimer-Wert) sowie von der Blutungsgefahr ab. Wünschenswert wäre, wenn der Patient vor Ablauf des halben Jahres Therapie beim Gefäßspezialisten eine erneute Ultraschalluntersuchung und Beratung bekäme.

Was kann hier mit der sogenannten Antikoagulations-Ampel (s. S. 272) erreicht werden?

PD Dr. Kalka: Die Antikoagulations-Ampel stellt einen Leitfaden und eine Entscheidungshilfe für den Arzt dar, ob eine Fortführung der Antikoagulation nach sechs Monaten

notwendig ist. Bei 50 % der Patienten ist dies nach sechs Monaten nicht erforderlich, und 25 % weisen eine klare Indikation auf (z.B. Thrombophilie, aktive Krebserkrankung, Immobilität). Bei den restlichen 25 % sollte individuell entschieden werden (z.B. unprovoked VTE, Rezidiv-VTE, keine klaren Risikofaktoren), z.B. mittels Ultraschall zur Beurteilung der Thrombuslast und sekundärer Klapenschädigung und der D-Dimer-Werte. Bei der Fortführung ist aber eine jährliche Überprüfung notwendig.

Haben die neuen oralen Antikoagulanzen in diesem Zusammenhang überzeugt?

PD Dr. Kalka: Die NOAKs haben viele Vorteile und zeigen auch in den Realworld-Daten einen guten Schutz vor VTE-Rezidiven mit einem niedrigeren Blutungsrisiko als VKA, und sie sind einfach handzuhaben (keine INR-Kontrolle, kein schwieriges Dosieren). Patienten mit Niereninsuffizienz sollten allerdings gut beobachtet werden. Zurzeit ist die Therapie aber noch eine Kostenfrage. Deshalb sollte bei Patienten, die eine lebenslange Antikoagulation benötigen, doch ein Therapieversuch mit VKA durchgeführt werden.

Was ist mit intersektoraler Versorgung der Thrombose und Lungenembolie gemeint?

PD Dr. Kalka: Hiermit ist die Zusammenarbeit von ambulanten (Haus- u. Fachärzten) und stationären Dienstleistern (Krankenhausärzten) gemeint, aber auch die Einbindung nicht ärztlicher Leistungserbringer wie Physiotherapeuten und Sanitätshäuser. Die regionale Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte hier verbessert werden. Optimal wären regionale Versorgungszentren. **KB**

Erstes offizielles Arbeitstreffen der AG Thrombose der DGP

Nach wie vor stellt die Diagnostik und Therapie der venösen Thrombose einen wesentlichen Bestandteil phlebologischer Tätigkeit dar. Die Anforderungen an die Differentialdiagnostik der Thrombose sind diffiziler und die Therapie differenter geworden. Hier setzt die „Arbeitsgemeinschaft Thrombose“ der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) an.

Am 22. September 2017 kam es zum ersten offiziellen Arbeitstreffen anlässlich der Jahrestagung der DGP in Stuttgart. „Auf den Punkt gebracht...“ lautete das Thema der interaktiven Sitzung. Zehn Fragen zu den aktuellen Änderungen oder Neuerungen 2017 zum Thema rund um das Thema Thrombose mit Auswirkungen auf die klinische und/oder praxisrelevante Tätigkeit wurden von den geladenen Experten **Prof. Viola Hach-Wunderle** (Frankfurt/Main) und **Prof. Rupert Bauersachs** (Darmstadt) im Dialog mit den Teilnehmern beantwortet. Keiner der Anwesenden ging mit offenen Fragen, dafür aber mit einem aktualisierten Praxiswissen nach Hause.

Die Arbeitsgemeinschaft bietet allen interessierten Kolleginnen und Kollegen (sie sollten DGP-Mitglied sein) den Wis-

sens austausch in Form eines Internet-Chats an. Mittlerweile stehen namhafte Experten zur jeweiligen Problemlösung zur Verfügung wie **Prof. Hach-Wunderle** (DGA und DGP), **Prof. Rupert Bauersachs** (DGA, DGP, GTH), **Prof. Sylvia Haas** (DGA, GTH) und **Prof. Bettina Kemkes-Matthes** (GTH).

Kontaktadresse: Anja Pielhau
Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Sigmund Freud Str. 25, 53105 Bonn
Tel.: 0228-2871 6959, Fax: 0228-287 901 6959
Mail: anja.pielhau@ukb.uni-bonn.de

Die nächste Zusammenkunft ist anlässlich der Bonner Venentage vom 23. bis 24. Februar 2018 im Maritim Hotel in Bonn geplant.

Herzlich willkommen sind alle, die das Thema bewegt.

Dr. Jutta Schimmelpfennig
Leiterin AG Thrombose