



© Africa Studio / Fotolia

Ein wichtiger Eckpfeiler der medikamentösen Therapie von HerzpatientInnen besteht heute in der Durchführung einer medikamentösen „Blutverdünnung“. Der Begriff der Blutverdünnung ist dabei in der Umgangssprache etwas unscharf definiert. Im medizinischen Sinne umfasst er jedoch die Hemmung der Blutplättchenfunktion sowie die Hemmung der eigentlichen Blutgerinnung.

HERZINFARKT UND STENTIMPLANTATION

PatientInnen mit einer koronaren Herzerkrankung profitieren von einer medikamentösen Hemmung der Blutplättchenfunktion. Während die dauerhafte Gabe von ASS eine Standardtherapie darstellt, wird nach einer Stentimplantation meistens für einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten zusätzlich Clopidogrel (z.B. Plavix®) verabreicht, das in Österreich seit 1998 verfügbar ist. Durch die Ergebnisse der TRITON-TIMI-38- und der PLATO-Studie wurden dabei die Therapiemöglichkeiten nach akutem Herzinfarkt durch die stärker wirksamen Medikamente Prasugrel (z.B. Efixent®) und Ticagrelor (z.B. Brilique®) seit 2009/2010 deutlich erweitert. Die korrekte Auswahl der Präparate und die Festlegung der Therapiedauer erfolgt dabei in der Regel bereits durch den behandelnden Arzt im Herzkatheterlabor. Für die PatientInnen ist es dabei wichtig, unbedingt auf eine korrekte tägliche Einnahme dieser blutverdünnenden Medikamente zu achten um das Risiko für das Auftreten von erneuten Herzinfarkten zu minimieren.

VORHOFFLIMMERN

Im Gegensatz zu Erkrankungen des arteriellen Blutkreislaufsystems werden dagegen PatientInnen mit der häufigen Erkrankung Vorhofflimmern (ca. 2,5% der Gesamtbevölkerung, über 10% bei den über 70-jährigen) mit einem Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung therapiert. Hierfür steht heute eine ganze Palette an sogenannten direkten oralen Antikoagulantien zur Verfügung (Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) und Edoxaban (Lixiana®)). Während für den Wirkstoff Dabigatran bereits ein spezifisches Medikament zur Aufhebung von dessen



© adimas / Fotolia

Am REHA Zentrum Münster wird die medikamentöse „Blutverdünnung“ bei kardiologischen PatientInnen je nach zugrundeliegender Herzerkrankung und basierend auf individuellen Patientencharakteristika vom behandelnden Arzt verordnet.

Wirkung im Notfall verfügbar ist, zeigt Apixaban ein herausragendes Nutzen-Risiko-Profil. Die Wirkstoffe Rivaroxaban und Edoxaban bestechen dagegen durch die Verabreichung der Tagesdosis in nur einer Tablette. Dies verbessert häufig die Therapietreue unserer Patienten. Das ist wichtig: Denn nur ein Medikament das eingenommen wird, kann auch wirken.

Die früher verwendeten Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Sintrom® oder Marcoumar®) finden heute bei Vorhofflimmern nur noch selten Anwendung und bleiben vor allem PatientInnen mit mechanischen Herzklappen vorbehalten.

KOMBINATION VON HERZINFARKT UND VORHOFFLIMMERN

Richtig kompliziert wird die Blutverdünnungstherapie bei HerzinfarktpatientInnen, die ein begleitendes Vorhofflimmern entwickeln. Wie oben beschrieben profitiert dieses spezielle Patientenkollektiv von einer Blutverdünnungstherapie, welche die Hemmung der Blutplättchenfunktion und der Blutgerinnung kombiniert. Klinische Beobachtungen haben zwar die Wirksamkeit dieser Kombinationstherapie nachgewiesen – mit allerdings deutlich erhöhtem Blutungsrisiko. Für diese spezielle Situation hat die Europäische Gesellschaft für Kardiologie nun Empfehlungen veröffentlicht, die auf den Studiendaten der PIONEER-AF PCI- und der WOEST-Studie beruhen und durch die aktuell publizierte RE-DUAL PCI-Studie bestätigt werden konnten. Durch eine Kombination aus Dosis- bzw. Wirkstoffreduktion kann eine längerfristige Dreifach-Blutverdünnung vermieden und so das Blutungsrisiko deutlich reduziert werden.

NEUE THERAPIEKONZEPTE

Ein ganz neues Behandlungskonzept stellt die aktuell in der COMPASS-Studie untersuchte Kombinationstherapie zur Behandlung der stabilen koronaren Herzerkrankung dar. In PatientInnen, die bisher lediglich mit ASS behandelt wurden, konnte die zusätzlich niedrigdosierte Gabe des Blutgerinnungshemmers Rivaroxaban u.a. die Gesamtsterblichkeit signifikant reduzieren – bei allerdings wiederum erhöhter Rate an Blutungsereignissen. Diese Kombinationstherapie wird deshalb nach Zulassung in Zukunft insbesondere bei PatientInnen mit ansonsten niedrigem Blutungsrisiko Anwendung finden.



© Foto West

FAZIT

Zur Blutverdünnung bei kardiologischen PatientInnen steht heute ein großes Portfolio an verschiedenen Substanzklassen und Wirkstoffen zur Verfügung, die vom behandelnden Arzt je nach zugrundeliegender Herzerkrankung verordnet werden. Die Auswahl der Medikamente und der Dosierungen basiert dabei auf individuellen Patientencharakteristika (z.B. Alter, Gewicht, Nierenfunktion und Begleiterkrankungen) sowie möglichen medikamentösen Wechselwirkungen. So ist es heute möglich, das Risiko für schwere Blutungen unter therapeutischer Blutverdünnung zu minimieren.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen mein Team und ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prim. Priv.-Doz. Dr. med.
Christoph Johannes Brenner
Departmentleiter Kardiologie


REHA ZENTRUM MÜNSTER
Klinikum für Rehabilitation in Tirol



Portrait Dr. Brenner © Michaela Seidl