

SGAIM Frühjahrskongress Update Antikoagulation



CAT, «Alcatraz», REVERSAL, DUAL AC-trouble or the New COMPASS waren die Stichworte des Updates über Antikoagulation von Prof. Dr. med. Jürg Beer, Baden. Der Referent präsentierte einen ersten Fall zur krebsassoziierten Thrombose (CAT).

CAT (krebsassoziierte Thrombose)

Der 70jährige Mann litt an einem Kolonkarzinom T3N0M1 (Leber). Er wurde mit FOLFOX behandelt, eine Operation wurde in Betracht gezogen. Zusätzlich litt er an einer Eisenmangelanämie, wiederkehrenden Darmblutungen, im Routine CT zeigte sich ein grosses basales Lungenödem. Als Therapie bieten sich an NOACs, VKA, LMWH. Beim Therapieentscheid sind neben Blutungsrisiken das Risiko-Nutzenverhältnis für venöse Thromboembolien, die Präferenzen des Patienten und diejenigen des behandelnden Arztes in Betracht zu ziehen, so der Referent.



Prof. J. H. Beer

Bei Patienten mit tiefen Bein-Venenthrombosen oder Lungenembolien und Krebs (Krebs-assoziierte Thrombose) wird als Langzeit Antikoagulationstherapie (die ersten 3 Monate) LMWH gegenüber der VKA Therapie vorgezogen (Grad 2B), Dabigatran (Grad 2C), Rivaroxaban (Grad 2C), Apixaban (Grad 2C) oder Edoxaban (Grad 2C). Die initiale parenterale Antikoagulation erfolgt vor Dabigatran und Edoxaban. Sie wird nicht vor Rivaroxaban und Apixaban gegeben und überlappt mit VKA. CAT erweitert: Bei Patienten mit tiefen Venenthrombosen der Beine oder Lungenembolien und Krebs, die kein erhöhtes Blutungsrisiko haben, wird eine erweiterte Antikoagulation gegenüber 3-monatiger Therapie (Grad 1B) empfohlen (kein Absetzdatum geplant). Bei Patienten, die ein hohes Blutungsrisiko aufweisen wird eine erweiterte Antikoagulationstherapie (kein geplantes Absetzdatum) gegenüber einer 3-monatigen Therapie (Grad 2B) empfohlen. Die Behandlung von CAT mit Edoxaban erwies sich als nicht inferior gegenüber LMWH. DOACs wegen CAT sind bei Vorhofflimmern überlegen

Alcatraz (lebenslange Antikoagulation)

Eine 65jährige Frau mit unprovoked VTE vor 3 Monaten und ATIII-Mangel (55%) will die Therapie mit Rivaroxaban 20mg wegen häufigem Nasenbluten stoppen. Der Bruder hatte mit 27 Jahren einen Schlaganfall. Die folgenden Fragen/Probleme stellen sich: Soll überhaupt eine Antikoagulation durchgeführt werden? Lokales Problem vs. systemischen Faktor (z.B. vWD)? Art des Antikoagulans (Gewicht, Niere, Plättchenzahl etc)? Dosis und Dauer des Antikoagulans? Risiko für VTE und Blutung?

Vorliebe der Patientin – Vorliebe des Arztes? Nachverfolgung? Was geschah in «Real life»?

Lebenslange Antikoagulation (ALCATRAZ) – wird zur Routine. Der Referent beantwortet die Fragen wie folgt («how I do it @home»): Rivaroxaban open ended. Die Cons des ORL lösen das Problem lokal vs. systemisch. Dosierung des Antikoagulans (falls nicht ATIII Defizient) Rivaroxaban 10mg/d oder Apixaban 2.5x2/d. Dauer unendlich mit 3-monatiger Neueinschätzung. Was geschah in «real life»? 3 Jahre gut, ohne Blutungen, keine VTE.

Duale (oder Triple) Antikoagulation: Nur Verwirrung oder neue Orientierung (New COMPASS)?

Ein dritter Fall betraf eine 76 jährige Frau mit Hypertonie unter Triple-Therapie bei Vorhofflimmern und ACS vor 6 Monaten. CHADS VASC 5, Has Bled 4, ACS & s-Stent. Eisenmangelanämie, gelegentlich gastrointestinales und chronisch mucokutanenes Bluten. Die folgenden Fragen stellen sich: Antikoagulation überhaupt? Typ des Antikoagulans (Gewicht, Niere, Thrombozytenzahl etc.)? Dosis des Antikoagulans? Dauer/wann die Medikation abbrechen? Risiko für VTE und bluten (GI, andere, leichte, schwere? Patientenvorlieben, Vorlieben des Arztes? Nachverfolgung? Was geschah im realen Leben? Die Ereignisrate für schweres Bluten nimmt zu bei höherer Dosis und DAPT, wie aus der RELY Studie hervorgeht. Die Triple-Therapie wird bei niedrigem Blutungsrisiko im Vergleich zum ACS Risiko während 6 Monaten empfohlen (IIaB, die duale Therapie während der nächsten 4 Monate (IIaC) und danach die orale Antikoagulation als Monotherapie lebenslang (IB). Bei hohem Blutungsrisiko im Vergleich zum ACS Risiko 1 Monat Triple-Therapie (IIaB), danach 5 Monate duale Therapie (IIaC), danach ebenfalls Monotherapie lebenslang (IB).

New COMPASS: Rivaroxaban mit oder ohne Aspirin bei stabiler kardiovaskulärer Krankheit. Rivaroxaban allein war besser als Aspirin allein, allerdings nicht signifikant (HR 0.90, Rivaroxaban + Aspirin war signifikant besser als Aspirin allein (HR 0.76, p<0.001). Major Bleeds wurden bei R + A in 3.1%, bei R in 2.8% und ASA allein 1.9% registriert.

Antidote

Idarucizumab (Dabigatran), 2000-4000mg i.v. für komplette Reversion, Phase III bei Blutungen 5g i.v. Andexanet alpha (rekombinanter FXa katalytisch inaktiv) wirksam für Rivaroxaban, Edoxaban, Apixaban. Bolus 400mg-800mg und Infusion über 2h).

Ciraparantag (Pan-Inhibitor, inkl. LMWH) LMWH-Peptid-Inhibitor.

NOAC vs. VKA: Schwierige Entscheidungen bei polymorbiden und polymedizierten Patienten

Multiple Faktoren beeinflussen die Behandlung: Sind VKA besser wegen der INR-Messungen? In einer Post Hoc Analyse der ARISTOTLE-Studie wurden die Effekte der Polypharmazie unter Apixaban gegenüber Warfarin bei Patienten mit Vorhofflimmern untersucht. Apixaban war wirksamer als Warfarin bei Patienten mit Vorhofflimmern und Polypharmazie und ist mindestens ebenso sicher. Die TTR war in den Gruppen mit 0-5, 6-8 und ≥9 Medikamenten 53.2%, 50.2% und 44.9%.

Der Referent fasste wie folgt zusammen:

CAT: NOACs nicht inferior. Bei Langzeitantikoagulation eine tiefere Dosierung in Betracht ziehen. Duale oder Triple-Therapie so kurz wie möglich, niedrigere Dosierung in Betracht ziehen. Duale Therapie niedrige Dosis als neues Prinzip? Umkehrmittel sind nun verfügbar, aber selektiver Einsatz empfohlen. NOACs bei Polymedikation (TTR allerdings niedrig)

Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: SGAIM Frühjahrskongress 2018, Basel