In Verantwortung der Verlagsredaktion

Venöse Thromboembolien

VTE-Prophylaxe bei Niereninsuffizienz

Durch die immer kürzere Krankenhausverweildauer sieht der Arzt in der ambulanten Weiterversorgung vermehrt Patienten mit anhaltend erhöhtem Risiko für venöse Thromboembolien (VTE), so Professor Rupert Bauersachs, Darmstadt. Auf dem Internistenkongress 2017 diskutierte er die Risikobewertung bei der VTE-Prophylaxe und ging hierbei besonders auf älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ein. Das niedermolekulare Heparin Certoparin kann auch bei schwerer Niereninsuffizienz eingesetzt werden.

Rund zwei Drittel der Patienten, die nach stationärer Behandlung eine VTE erleiden, entwickeln diese erst innerhalb eines Monats nach ihrer Krankenhausentlassung (1). Laut Bauersachs sollte bei länger anhaltender Erhöhung des VTE-Risikos die VTE-Prophylaxe für die Dauer der Erkrankung (etwa einer Pneumonie mit Bettlägerigkeit) bestehen bleiben. Die evidenzbasierte S3-Leitlinie empfiehlt bei stationären Patienten mit akuten internistischen Erkrankungen und Bettlägerigkeit in der Regel eine Dauer von 6 bis 14 Tagen. Zur medikamentösen Prophylaxe werden vorzugsweise Fondaparinux oder NMH in Hochrisiko-Dosierung empfohlen (2).

Für das NMH Certoparin (Mono-Embolex®) liegt die bisher größte (n = 3 239) und einzige Verum-kontrollierte klinische Vergleichsstudie (CERTIFY) in dieser Indikation vor. Eingeschlossen wurden auch Patienten > 70 Jahre mit deutlich reduzierter Mobilität und mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min). Die Teilnehmer (im Durchschnitt 79 Jahre) erhielten 3 000 I.E. anti-Xa Certoparin als einmal tägliche Fixdosis oder UFH (3 x täglich 5 000 IE). Bei statistischer Nichtunterlegenheit hinsichtlich der Wirksamkeit von Certoparin war die Rate an VTE im Vergleich zu UFH numerisch kleiner, dieser Unterschied war aber nicht statistisch signifikant (3).

Certoparin auch bei Niereninsuffizienz

Mit zunehmenden Lebensalter nimmt die Nierenfunktion kontinuierlich ab. Durch die eingeschränkte Nierenfunktion besteht die Gefahr der Kumulation der Medikamente zur VTE-Prophylaxe, daher ist deren Einsatz oftmals limitiert, mahnte Bauersachs. Für Certoparin ist eine schwere Einschränkung der Nierenfunktion keine Kontraindikation. Die Anwendung muss aber mit erhöhter Vorsicht erfolgen (4). Eine Dosisanpassung ist in der Regel nicht notwendig.

Eine CERTIFY-Subgruppenanalyse zeigte die Wirksamkeit und Sicherheit von Certoparin 3 000 I.E auch bei schwer eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min). Im Vergleich zu UFH erwies sich Certoparin gegenüber UFH bei der Häufigkeit thromboembolischer Ereignisse als nicht unterlegen (Certoparin: 6,49 %; UFH: 2,6 %, OR 2,6; 95 %-KI 0,49–13,85). Unter Certoparin kam es auch zu signifikant weniger Blutungskomplikationen als unter UFH (Gesamtblutungen: 5,15 % vs. 14,13 %; OR 0,33; 95 %-KI 0,11–0,97; p = 0,04; schwere Blutungen: 2,06 % vs. 4,35 %; OR 0,46; 95 %-KI 0,08–2,59, n. s.) (▶ Abb. 1) (5). Bei Patienten mit distaler TVT bestand ein nicht signifikanter Trend zugunsten von Certoparin.

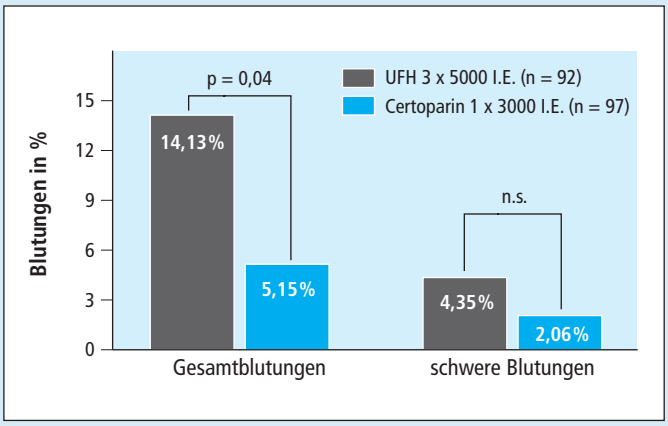

Abb. 1
VTE-Prophylaxe bei Patienten mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min) mit Certoparin versus unfraktioniertes Heparin (UFH) (mod. nach [5]).

Effektive Langzeitprophylaxe

Patienten nach großen orthopädischen Eingriffen gelten als VTE-Hochrisikogruppe. Für eine VTE-Langzeitprophylaxe erhielten in einer Vergleichsstudie 360 ältere orthopädische Patienten entweder Certoparin 1 x 3 000 I.E. anti-Xa/d (n = 161) oder Placebo (n = 149) bis Tag 42 (6). Hier reduzierte Certoparin signifikant das Auftreten von VTE beim primären Endpunkt (symptomatische oder asymptomatische tiefe Venenthrombose, symptomatische Lungenembolie oder Tod durch VTE: Certoparin: 5,0 %; Placebo: 12,1 %, p = 0,02) und bei symptomatischen VTE (1,2 % vs. 5,4 %, p = 0,04).

Dr. Alexander Kretzschmar, München

Literatur

1. Spencer FA et al. Arch Intern Med 2007; 167(14): 1471–1475.
2. S3-Leitlinie „Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)"; Stand: 15.10.2015; www.awmf.org.
3. Riess H et al. J Thromb Haemost 2010; 8(6): 1209–1215.
4. Fachinformation Mono-Embolex® 3000 I.E., Stand Mai 2016.
5. Bauersachs R et al. Thromb Haemost 2011; 105: 981–988.
6. Kolb G et al. Thromb Haemost 2003; 90: 1100–1105.

Quelle: Pressegespräch „ Verlängerte Thromboseprophylaxe mit Certoparin (Mono-Embolex®) " auf der 123. DGIM-Tagung, Mannheim, 1. Mai 2017; Veranstalter: Aspen Germany GmbH, München.

Mit freundlicher Unterstützung der Aspen Germany GmbH.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

DE-CER-0617–0245 06.2017

© Schattauer 2018