

Heparininduzierte Thrombozytopenie: schwere Komplikation der Heparintherapie

Bei heparinisierten Patienten regelmäßig Plättchenzahl messen!

Mit dem zunehmenden Einsatz von Heparin zur Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen bei immobilisierten Patienten ist auch die Inzidenz der heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT) in den letzten Jahren angestiegen. Das Risiko für die Entwicklung dieser potentiell lebensbedrohlichen Komplikation der Heparintherapie und -prophylaxe ist z. B. bei Patienten nach orthopädischen Eingriffen, vor allem nach Hüftgelenkoperationen, mit einer Rate von ca. 3% hoch, erklärte Priv.-Doz. Dr. S. M. Schellong, Dresden. Ebenfalls stark gefährdet sind Patienten nach herz- und gefäßchirurgischen Eingriffen, während das Risiko bei internistischen Patienten deutlich geringer ist.

Die HIT ist ein immunologisches Krankheitsbild, bei dem Heparin mit dem aus Thrombozyten freigesetzten Plättchenfaktor 4 (PF4) Komplexe bildet, auf die sensibilisierte Patienten mit einer Antikörperbildung reagieren. Die entstehenden Heparin-PF4-IgG-Immunkomplexe induzieren die Aktivierung von Thrombozyten mit nachfolgender Ausbildung großer plättchenreicher Aggregate. Noch gefördert wird die Thrombogenese durch die parallele Aktivierung der plasmatischen Gerinnung, und am Endothel entstehende Läsionen.

Klinisch äußert sich die HIT in einem steilen Abfall der Plättchenzahl um mehr als 50% vom Ausgangswert oder unter 100 000/µl zwischen 5. und 15. Tag nach Beginn der Heparinabgabe, bei Reexposition auch deutlich früher. Dr. H. Scheel, Leipzig, forderte daher ein regelmäßiges Monitoring der Plättchenzahl, und zwar vor Beginn der Heparinabgabe und dann täglich zwischen 5. und 20. Tag. Neben dem Thrombozytensturz, der ohne Blutungskomplikationen einhergeht, ist die HIT durch weitere Auffälligkeiten charakterisiert. Neben venösen und arteriellen Thromben sprechen Hautläsionen oder -nekrosen an der Heparin-Einstichstelle und entzündliche oder respiratorische Akutreaktionen nach i.v.-Gabe für dieses Krankheitsbild.

Bei Verdacht auf eine HIT muß Heparin wegen der hohen Gefahr eventuell letal verlaufender thromboembolischer Komplikationen sofort abgesetzt und eine alternative Antikoagulation eingeleitet, betonte Prof. Dr. H. Riess, Berlin. Als effektive Heparin-Alternativen nannte er rekombinantes Hirudin und Danaparoid-Na (Orgaran®). Eine sofortige Umstellung

auf orale Antikoagulantien ist wegen der verzögert einsetzenden Wirkung kontraindiziert.

Erst danach sind differentialdiagnostisch weitere Ursachen einer Thrombozytopenie, etwa Verbrauchskoagulopathie, idiopathische Thrombozytopenie oder thrombotisch-thrombozytopenische Purpura, abzugrenzen und die Labordiagnostik einzuleiten. Mittlerweile stehen mehrere funktionelle Tests und auch zwei ELISAs zur Diagnosesicherung der HIT zur Verfügung.

Danaparoid-Na, ein Heparinoid aus der Familie der Glykosaminoglykane, ist seit August letzten Jahres in Deutschland zur Prophylaxe tiefer Venenthrombosen und zur Therapie thromboembolischer Komplikationen bei Patienten mit akuter oder anamnestisch bekannter HIT zugelassen. Weltweit wird Danaparoid-Na jedoch bereits seit Jahren erfolgreich eingesetzt. Im Rahmen von Vergleichsstudien versus Heparin oder Dextran erzielte die Substanz bei der Therapie von Thromboseereignissen infolge einer HIT eine größere Wirksamkeit als die Vergleichssubstanzen.

Hirudin und Danaparoid-Na besitzen nach Angaben von Riess ein unterschiedliches Indikationsspektrum bei der HIT. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion empfahl er den Einsatz von Danaparoid-Na, bei dem es im Unterschied zu Hirudin nur zu einem geringen Anstieg der Eliminationshalbwertszeit kommt. Auch bei Patienten, die eine langfristige Thromboseprophylaxe benötigen, ist Danaparoid-Na wegen der langen Halbwertszeit günstiger. Hirudin kann bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko oder bei denen ein operativer Eingriff bevorsteht, von Vorteil sein. Beide Antikoagulantien sollten in jeder Klinik als Heparin-Alternative vorhanden sein, betonte Riess.

Zur Vermeidung einer HIT ist niedermolekulares immer gegenüber unfraktioniertem Heparin zu bevorzugen, da das HIT-Risiko wesentlich niedriger ist. Bei Patienten mit gesicherter HIT-Diagnose muß ein entsprechender Eintrag in den Notfallpaß vorgenommen werden, um einen erneuten Heparin-Kontakt auszuschließen. Bereits kleinste Heparinmengen, wie sie zur Katheterpflege verwendet werden, können eine HIT auslösen bzw. wieder aktualisieren.

Fortbildungsveranstaltung „HIT II - erkennen und therapieren“ (Veranstalter: Thiemann Arzneimittel GmbH), Dresden, 19.06.1999.