

12. Berliner Workshop für Gerinnung und Thrombose in Berlin

Organsysteme und Hämostaseforschung

"Rund 100 000 Patienten pro Jahr", so Frau Dr. Sabine Ziemer von der Charité Berlin, "entwickeln im Rahmen einer Grunderkrankung ein die weitere Therapie massiv beeinflussendes hämostaseologisches Problem". Beim 12. Berliner Workshop für Gerinnung und Thrombose im November spannte sich unter der Leitung von Frau Dr. Zimmer und Herrn Prof. Dr. Hanno Riess der Themenbogen daher von Lebererkrankungen und ihren Folgen über neue therapeutische Aspekte aus der Kardiologie bis hin zum Schlaganfall und zur Therapie einer erhöhten Thromboseneigung bei Malignomen und in der Schwangerschaft.

Priv.-Doz. Dr. Carl-Erik Dempfle aus Mannheim faßte die Gerinnungsstörungen zusammen, die im Rahmen einer chronischen Lebererkrankung auftreten. Typisch sei folgender Befund: Eine Abnahme der hepatischen Gerinnungsfaktoren und -inhibitoren, eine Thrombozytopenie und eine Thrombozytenfunktionsstörung. Wichtig der Hinweis, daß bei Leberpatienten aufgrund des Blutrückstaus im Portalvenensystem auch die Resorptionsleistung des Darms herabgesetzt ist und daher z. B. eine orale Vitamin-K-Substitution nicht den gewünschten Effekt erzielt. Durch eine verminderte Leberclearance, erhöhte Endotoxinspiegel im portalvenösen Blut und eine verminderte Thrombopoetinproduktion in der Leber wird die Gerinnungsaktivierung weiter gefördert. Fazit: Leberpatienten haben eine chronische Gerinnungsstörung. Für den klinischen Alltag sei zu bedenken, so Dempfle, daß nicht nur isoliert ein Faktor fehlt, sondern die gesamte Leberfunktion gestört ist. "Ich erstelle quasi aus Einzelfaktoren (Vitamin K i. v., FFP, Thrombozytenkonzentrate, Desmopressin, Fibrinolyseinhibitoren, rekombinanter Faktor VII a) wieder ein gesamtes Plasma."

Aktuelle Aspekte beim akuten Koronarsyndrom diskutierte Priv.-Doz. Dr. Michael Laule aus Berlin. Ganz klar sei, daß im ersten Jahr nach dem Auftreten einer Angina-pectoris-Symptomatik das Risiko für einen Infarkt am größten sei. Um die Gefahr zu bannen, werden drei Therapiestrategien diskutiert: ein rein medikamentöses Vorgehen, das "watchful waiting" und die frühinvasive Strategie. Die aktuelle Datenlage bietet ein komplexes Bild, insgesamt scheint bei der instabilen Angina und beim Myokardinfarkt die Kombination aus einer invasiven Strategie und niedermolekularem Heparin die erfolgversprechendste Option zu sein. Bei instabiler Angina wie auch bei Myokardinfarkt sei, was in der Großstadt auch sehr wohl möglich ist, eine invasive Diagnostik und frühe Katheterintervention anzustreben.

Myokardinfarkt-Patienten profitieren auch von einer Lyse-Therapie mit einem neuen Fibrinolytikum (Tenecteplase, Metalyse) in Kombination mit einem niedermolekularen Heparin (Clexane) wie die kürzlich auf dem ESC vorgestellte Studie ASSENT 3 gezeigt hat. Besondere Beachtung verdienen die in ASSENT 3 erzielten Sterblichkeitsraten. Die niedrigste Sterblichkeitsrate wurde in der Gruppe Metalyse/TNKase und Clexane/Lovenox mit 5,35% beobachtet."

"Wir müssen uns immer die Frage stellen, wie weit wir mit der Antikoagulation bei Herzrhythmusstörungen und Vitien gehen können", führte Priv.-Doz. Dr. Uwe Janssens aus Aachen in sein Thema ein. Die Gefahr sei einerseits eine Embolie, meist aus dem linken Vorhofsohr, und damit ein kardial bedingter Insult oder andererseits eine erhöhte Blutungsneigung. Ein zusätzlich erhöhtes Risiko liege vor bei

- Herzinsuffizienz
- LVFE unter 0,35%
- Hypertonie
- Thyreotoxikose
- Rheumatischen Klappenerkrankungen
- Klappenprothesen
- Vorangegangener Thromboembolie
- Atriale Thrombus
- Alter > 75 Jahre (besonders Frauen).



Dr. Sabine Ziemer und Prof. Dr. Heiko Riess leiteten den 12. Workshop: "Das Dutzend ist voll".

Die Echokardiographie sei für die Diagnose und Risikostratifizierung ein unersetzbares Hilfsmittel. Atheromatöse Plaques mit mehr als 4 mm Dicke erhöhen die Emboliegefahr hochsignifikant, diese Patienten benötigen Marcumar. Werde eine Kardioversion bei Vorhofflimmern durchgeführt, so sei das Tunning-Phänomen innerhalb der ersten 10 Tage gefährlich, eine Heparinisierung für diesen Zeitraum angezeigt.

"Wir Neurologen haben das 3-Stunden-Zeitfenster für die Lyse beim Schlaganfall und unsere intention to treat liegt bei 8 - das heißt, wir helfen jedem 8., den wir lysieren", brachte Dr. Florian Masuhr aus Berlin moderne Schlaganfalltherapie auf den Punkt. Als häufigste Ursache des Schlaganfalls seien Plaques aus den Karotiden zu finden, die Karotisstenose an sich mache keine Embolie! Erstes Ziel in der Prophylaxe des Schlaganfalls müsse die Blutdrucksenkung bei Hypertonikern sein. Erst bei einer symptomatischen Stenose von über 70% sei eine Karotisstenose-Operation indiziert. Masuhr: "Da wird zu häufig ohne berechtigte Indikation operiert. Selbst wenn man die besten Operateure und die gesündesten Patienten betrachtet, ist die Datenlage für eine Operation bei asymptomatischer Stenose denkbar schlecht."

An Krebs Erkrankte leiden besonders häufig an Gerinnungsstörungen, die therapeutischen Bemühungen müssen diese immer im Auge behalten. 65% der Tumorpatienten haben bei Diagnosestellung eine Blutgerinnungsstörung und 95% bei einer Metastasierung. Nicht selten ist eine Thrombose als Paraneoplasie ein erster Hinweis auf ein Krebsleiden. Für eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularen Heparinen in der Therapiephase (Operation, Chemotherapie, Hormontherapie) bestätigt die Datenlage eine verbesserte Überlebenszeit - so der Gynäkologe Dr. Georg Friedrich von Tempelhof aus Rüsselsheim.

Prof. Dr. Horst Halle aus Berlin stellte klar, daß eine normale Schwangerschaft per se natürlich keine Indikation für eine Antikoagulantientherapie darstelle, auch wenn das Thromboserisiko um den Faktor 4,2 erhöht sei. Er wies besonders auf das postpartale Risiko hin, die tiefe Venenthrombose im Wochenbett sei gefürchtet. Kämen Risikofaktoren wie eine Varikosis, Rauchen, Adipositas hinzu, so müsse im Einzelfall eine Thromboembolieprophylaxe mit Heparin im zweiten Trimenon begonnen und bis 6 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.