

In dem Abschnitt „Allgemeine Aspekte im Umgang mit antithrombotischer Medikation bei geplanten neuroaxialen Blockaden“ wird erwähnt, dass bei älteren Antikoagulantien aufgrund langjähriger Erfahrung oder ausreichender Datenlage häufig von dieser Faustregel abgewichen wird. So auch bei Kombinationstherapien von Acetylsalicylsäure und NMH.

Aufgrund der langjährigen Erfahrung und geringen Komplikationsrate im Umgang mit Kombinationstherapien aus niedrigdosierter Acetylsalicylsäure (bis 100 mg/d) und zusätzlicher Antikoagulation mit NMH ist das bereits 2007 in den Empfehlungen der DGAI publizierte Zeitintervall von 36-42 h aufrechterhalten worden.

Im konkreten Fall bedeutet dies, dass bei multimorbidem Patienten mit Schenkelhalsfraktur, die zusätzlich zu Acetylsalicylsäure am Vorabend ein NMH erhalten haben, ein Zeitintervall von 16-30 h zwischen letztemaliger NMH-Gabe und rückenmarksnahen Regionalanästhesieverfahren nach heutigem Kenntnisstand nicht ausreichend ist. Gerade bei älteren multimorbidem Patienten mit Niereninsuffizienz akkumulieren niedermolekulare Heparine. Bei schwerer Niereninsuffizienz kann die Eliminationshalbwertszeit niedermolekularer Heparine auf bis zu 16 h verlängert sein.

Bis heute bleibt die klinisch inapparente Niereninsuffizienz in Kombination mit Antikoagulantien ein wesentlicher Risikofaktor für spinale epidurale Hämatome

Stellungnahme zum Leserbrief

Grundsätzlich gilt, dass aufgrund des additiven Effektes auf die Gerinnungshemmung bei Kombinationstherapien aus Acetylsalicylsäure (ASS) und zusätzlichen Antikoagulantien der Sicherheitsabstand vor neuroaxialen Punktions/Katheterentfernungen von 2 HWZ (ohne ASS-Komedikation) – als Faustregel – auf 4-5 HWZ verlängert wird. Während die Restaktivität des Antikoagulans nach 2 HWZ noch 25% beträgt, beträgt die Restaktivität nach 4-5 HWZ noch 3,1-6,2% und erscheint somit vernachlässigbar.

nach rückenmarksnahen Regionalanästhesien. Somit erscheint das Beibehalten des Zeitintervalls von 36-42 h auch im Hinblick auf eine klinisch inapparente Niereninsuffizienz sinnvoll.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt gelten rückenmarksnahe Regionalanästhesieverfahren ausschließlich unter Kombinationstherapien aus niedrigdosierter Acetylsalicylsäure (bis 100 mg/d) und niedermolekularen Heparinen/Fondaparinux unter Berücksichtigung der verlängerten Zeitintervalle von 36-42 h als sicher. Bei allen anderen Antikoagulan-

tien mit Ausnahme von unfractioniertem Heparin muss zum jetzigen Zeitpunkt von einer neuroaxialen Blockade unter zeitgleicher Acetylsalicylsäure-Einnahme abgeraten werden. Wird im Rahmen einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung dennoch die Indikation zur neuroaxialen Blockade gestellt, so sollten 4-5 HWZ zwischen letzter Einnahme (z.B. von NOAK oder Hirudinen) und Punktions/Katheterentfernung eingehalten werden.

Auf Seite 469 heißt es in der Empfehlung unter unfractionierte Heparine (UFH):

„Nach einer blutigen Punktions sollten die Zeitintervalle bis zur niedrigdosierten Antikoagulation (z.B. mit 5.000 I.E. Heparin s.c.) auf mindestens 2 Stunden verlängert werden“. Auch eine niedrigdosierte i.v.-Heparinisierung (bis 5.000 I.E.) ist nach einer Verlängerung des Zeitintervalls auf mindestens 2 h nach blutiger Punktions möglich, eine Vollheparinisierung hingegen sollte frühestens nach 6-12 h erfolgen.

K. Waurick, Münster