

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

11. Sailersymposium, 16.-17. Juni

2016, Graz - Extended Abstracts

Heine M, Raggam R

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2016;

13 (2), 19-20

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie



Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files der Zeitschrift für Gefäßmedizin und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gefäßmedizin. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Zeitschrift für Gefäßmedizin

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

XI. Sailersymposium Grazer Gerinnungstage für Innere Medizin und Laboratoriumsmedizin 16. und 17. Juni 2016 Hörsaalzentrum der Medizinischen Universität Graz Extended Abstracts

Lysetherapie beim Insultgeschehen

M. Heine

Seit bereits 20 Jahren sind zwei evidenzbasierte erfolgreiche Therapien des akuten ischämischen Schlaganfalls etabliert, nämlich die Behandlung auf einer spezialisierten Schlaganfallereinheit und die systemische intravenöse Thrombolyse mit rPA bei ausgewählten Patienten innerhalb von zunächst 3 Stunden, seit 2010 nach den Ergebnissen der ECASS-III-Studie in Europa innerhalb von 4,5 Stunden. In einem noch späteren Zeitraum kann die Thrombolyse nur noch als individueller Heilversuch durchgeführt werden.

Die Daten der großen randomisierten klinischen Studien wurden durch die Daten des SITS-Registers nachdrücklich bestätigt.

Einige der Ausschlusskriterien für die Anwendung von rtPA sind nicht evidenzbasiert, sondern basieren auf den – aus Sicherheitsgründen eingeführten – Ausschlusskriterien der Zulassungsstudie.

Die zunehmende Erfahrung mit dieser Therapie und zahlreiche Berichte aus großen Registern legen nahe, dass die systemische Thrombolyse mit rtPA auch bei Patienten mit einer „relativen Kontraindikation“ wirksam sein kann.

Die American Stroke Association (ASA) und die deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) haben aktuell 2016 zu den Einschränkungen der Zulassungskriterien Stellung genommen und kommen zu einer Neubewertung der Therapieentscheidungen in Grenzfällen.

Die wichtigsten veränderten oder neuen Empfehlungen zur Behandlung des ischämischen Hirninfarktes sind in Anlehnung an die Formulierungen der Fachgesellschaften die folgenden:

- Die intravenöse Behandlung mit rtPA wird innerhalb eines 4,5-Stunden-Fensters **ohne** obere Altersgrenze empfohlen.
- Die Behandlung mit rtPA kann bei Patienten mit geringem Schlaganfallschweregrad, rückläufigen Symptomen, Dia-

betes mit Schlaganfall in der Anamnese, Schlaganfall oder größeren Operationen in den letzten 3 Monaten oder mit einem epileptischen Anfall erwogen werden. Ein mögliches Risiko sollte gegen den zu erwartenden Nutzen abgewogen werden.

- Die Gabe von rtPA kann für Patienten, die zum Zeitpunkt des Schlaganfalls mit Antikoagulanzen behandelt werden, außerhalb der Zulassungskriterien erwogen werden.
- Die intravenöse Thrombolyse mit rtPA kann bei selektierten Patienten auch zwischen 4,5 und 6 Stunden nach Symptombeginn als individueller Heilversuch zur Anwendung kommen.
- Die intravenöse Thrombolyse mit rtPA kann unabhängig von dem Vorliegen sogenannter „früher Ischämiezeichen“ erfolgen.
- Auf Basis rezenter richtungsweisender Studien zur interventionellen Rekanalisationstherapie wird die mechanische Thrombektomie bei Patienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und nachgewiesenem großen arteriellen Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden nach Symptombeginn empfohlen. Bei fehlender Kontraindikation sollen die Patienten im 4,5-Stunden-Zeitfenster auch systemisch mit rtPA behandelt werden (Bridging-Therapie).

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Martin Heine

Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld

A-8330 Feldbach

Ottokar-Kernstock-Straße 18

E-Mail: martin.heine@kages.at

DGA-Leitlinie S2k: Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie

R. B. Raggam

Diese Leitlinie basiert auf 3 Empfehlungsgraden: „**soll**“ = starke Empfehlung, „**sollte**“ = moderate Empfehlung und „**kann**“ = schwache Empfehlung. Diese Empfehlungen wurden im „**starken Konsens**“ = Zustimmung von $\geq 95\%$ der Teilnehmer oder im „**Konsens**“ = Zustimmung von $> 75\%$ der Teilnehmer verabschiedet.

In dieser Leitlinie sind alle derzeit zur Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie zugelassenen Nicht-Vitamin-K-Antagonisten **Orale Antikoagulantien (NOAKs)** berücksichtigt. Sofort nach Diagnosestellung **soll** eine therapeutische Antikoagulation begonnen werden, eine direkte Empfehlung für NOAKs über Vitamin-K-Antagonisten (VKA) wie in den aktuellen ACCP-Guidelines 2016 (Grad 2C) gibt es hier nicht. Die Leitlinie gibt aber klare Hinweise auf Sicherheitsendpunkte in den Studien, insbesondere bzgl. der Reduktion von intrazerebralen Blutungshäufigkeiten unter NOAKs um bis zu 40 % gegenüber VKA, auch werden die „praktischen“ Vorteile der NOAKs gegenüber VKA aufgelistet (Fixes Dosisregime, kein Monitoring etc.).

Nach 3–6 Monaten **soll** eine Entscheidung über die Beendigung oder Fortführung der Antikoagulation getroffen werden („Nutzen-Risiko-Evaluierung“), diese Empfehlung gilt gleichermaßen für die tiefe Venenthrombose (TVT) und für die Lungenembolie (LE). Die Entscheidung **sollte** unter Berücksichtigung des Rezidiv- und des Blutungsrisikos getroffen werden. Hinsichtlich des Blutungsrisikos sind die in Studien ermittelten Blutungswahrscheinlichkeiten mit NOAKs geeignet, die Entscheidung **für** oder **gegen** eine verlängerte Erhaltungstherapie, sowie auch die **Auswahl** des Antikoagulans mit zu beeinflussen. Acetylsalicylsäure (ASS) mit einer Dosis von 100 mg/d **kann** für diese Indikation keine gesicherte Stellung zugewiesen werden, da bei erhöhtem Blutungsrisiko nur eine geringe Verringerung (ca. 30 %) der Rezidive besteht, zudem gleichzeitig auch die Verfügbarkeit hochwirksamer NOAKs mit geringerem Blutungsrisiko gegeben ist.

Die isolierte distale („1-Etagen-“) TVT **sollte** nicht länger als 3 Monate antikoaguliert werden, auch wenn sie als Rezidiv oder idiopathisch auftritt. Eine prolongierte Antikoagulation über 3 Monate hinaus **kann** jedoch sinnvoll sein bei identifiziertem und fortbestehendem Risikofaktor wie z. B. ein Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom oder eine aktive Tumorerkrankung. Im Gegensatz dazu **kann** eine kürzere Behandlungsdauer, ggf. auch mit reduzierter Antikoagulationsdosis bei erhöhtem Blutungsrisiko, einer sehr geringen Thrombuslast unter sonographischer Befundkontrolle sinnvoll sein.

Bei Auftreten von einem VTE-Rezidiv unter OAK **sollte** die Ursache kritisch evaluiert werden (Compliance?), bleibt diese unklar, **sollte** auf niedermolekulares Heparin (NMH) oder auf eine alternative (N)OAK-Substanz gewechselt werden. Bei Rezidiven unter NMH-Therapie **soll** die Dosierung

um 25–30 % gesteigert werden. Tumorpatienten mit Thrombose sollen initial mit NMH für 3–6 Monate behandelt werden, für NOAKs als initiale Therapie gibt es noch nicht ausreichend Daten. Eine nachfolgende Therapie (Erhaltungstherapie), welche sich in erster Linie nach Aktivität des Tumorleidens und dem Blutungsrisiko des Patienten richten **soll**, können NOAKs neben VKA eine Therapieoption darstellen.

Für die Therapie der LE steht eine Risiko-adaptierte therapeutische Strategie zur Verfügung, wie bereits auch in den ESC-Guidelines 2014 klassifiziert und beschrieben. Hämodynamisch instabile Patienten (RR syst. < 90 mmHg oder Abfall > 40 mmHg innerhalb der letzten 15 min, Rechtsherzversagen) **sollen** eine sofortige systemische Reperfusionstherapie (Lyse) erhalten, bei Versagen oder bei Kontraindikationen für eine systemische Lyse **sollte** ein mechanisches Verfahren zur Anwendung kommen.

Hämodynamisch stabile Patienten mit intermediär-hohem Risiko **sollten** nur dann eine Lyse erhalten, wenn sich im Verlauf Zeichen einer hämodynamischen Dekompensation einstellen, daher **sollten** diese Patienten initial mit unfractioniertem oder niedermolekularem Heparin behandelt werden.

Patienten mit niedrigem oder intermediär-niedrigem Risiko **sollen** antikoaguliert werden wie Patienten mit alleiniger Beinvenenthrombose, bei Patienten *mit niedrigem Risiko kann* die Behandlung der Lungenembolie auch ambulant erfolgen.

Das therapeutische Vorgehen bei einer isolierten subsegmentalen LE (keine TVT) wird nicht dezidiert erwähnt, diese **kann** ja laut ACCP-Guidelines 2016 auch nur klinisch überwacht und nicht antikoaguliert werden, wenn keine Faktoren für Progression oder Rezidiv vorhanden sind (Grad-2C-Empfehlung).

In der Schwangerschaft **soll** jeder Verdacht auf TVT und LE umgehend soweit abgeklärt werden, dass eine therapeutische Entscheidung erfolgen kann; für die LE schließt das auch strahlendiagnostische Methoden ein. Die Antikoagulationstherapie einer LE in der Schwangerschaft **sollte** initial stationär erfolgen. Die Therapie **soll** mit NMH während der gesamten Schwangerschaft sowie darüber hinaus in der postpartalen Phase, mindestens aber für einen Gesamtzeitraum von 3 Monaten, durchgeführt werden.

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Reinhard Bernd Raggam
 Klinische Abteilung für Angiologie
 Universitätsklinik für Innere Medizin Graz
 Medizinische Universität Graz
 A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 2
 E-Mail: reinhard.raggam@medunigraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)