

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Thromboseprophylaxe – prä- und
postoperativ**

Bur A

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (4)

(Ausgabe für Österreich), 12-13

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (3-4)

(Ausgabe für Schweiz), 18-19

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Thromboseprophylaxe – prä- und postoperativ

A. Bur

■ Einleitung

Die jährliche Inzidenz einer symptomatischen tiefen Venenthrombose (TVT) in der Allgemeinbevölkerung liegt im Mittel bei 0,1 %. Dem gegenüber ist die TVT-Rate bei Krankenhauspatienten deutlich höher. Die Prävalenz einer asymptomatischen oder symptomatischen TVT ohne Prophylaxe liegt bei Patienten der Inneren Medizin bei 10–20 %, bei großen urologischen Eingriffen bei 15–40 % und bei Patienten nach multiplem Trauma, Hüftfrakturen, Rückenmarksverletzungen und Intensivpatienten bei bis zu 80 %. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Thromboseprophylaxe in der konservativen und operativen Medizin.

■ Risikofaktoren

Das individuelle Thromboserisiko setzt sich dabei aus eingriffsbedingten (expositionellen) und patienteneigenen (dispositionellen) Risikofaktoren zusammen. Bei chirurgischen Patienten ist das expositionelle TVT-Risiko durch Art und Umfang des operativen Eingriffes bestimmt, bei internistischen durch die zugrunde liegende Erkrankung. Das dispositionelle Risiko umfasst angeborene und erworbene patientenbezogene Faktoren. Wir unterscheiden Faktoren mit hohem Risiko wie eine frühere TVT, Lungenembolie, thrombophile Hämostasedefekte und maligne Erkrankungen, Faktoren mit mittlerem Risiko, wie höheres Alter (> 60 a), akute Infektionen mit Immobilisation, chronische Herzinsuffizienz, TVT bei Verwandten 1. Grades und Übergewicht (BMI > 30 kg/m²), und Faktoren mit geringem Risiko, wie Schwangerschaft, Postpartalperiode, nephrotisches Syndrom und eine stark ausgeprägte Varikosität. Ein substanzspezifisches geringes bis hohes Risiko stellt die Therapie mit oder die Blockade von Sexualhormonen dar.

■ Maßnahmen der Thromboseprophylaxe

- Basismaßnahmen (Frühmobilisation, Bewegungsübungen, Anleitung zu Eigenübungen)

- Physikalische Maßnahmen (Anti-Thrombose-Strümpfe [ATS], intermittierende pneumatische Kompression [IPK])
- Medikamentöse Maßnahmen:
 - a. Heparine – unfractionierte Heparine (UFH), niedermolekulare Heparine (NMH)
 - b. Danaparoid
 - c. Faktor-Xa-Inhibitoren
 - d. Vitamin-K-Antagonisten (Kumarine)

■ Thromboseprophylaxe nach Risikogruppen

Anhand der expositionellen und dispositionellen Risikofaktoren unterscheiden wir Patienten mit einem niedrigem, mittlerem und hohem Thromboserisiko.

- Patienten mit niedrigem Risiko erhalten Basismaßnahmen zur Thromboseprophylaxe. Zusätzlich können physikalische Maßnahmen angewendet werden.
- Patienten mit mittlerem und hohem Risiko sollen eine medikamentöse Thromboseprophylaxe erhalten. Zusätzlich sollen Basismaßnahmen angewendet werden und es können physikalische Maßnahmen zur Anwendung kommen.

■ Empfehlungen der Thromboseprophylaxe bei urologischen Patienten

Akute urologische Erkrankungen

Es werden dabei die Empfehlungen übernommen, die für akute internistische Erkrankungen gelten, da die Studienlage zu akut urologisch erkrankten Patienten dürftig ist. Demnach sollen Patienten mit akuten urologischen Erkrankungen und Bettlägerigkeit eine medikamentöse Thromboseprophylaxe erhalten. Die medikamentöse Prophylaxe soll mit NMH erfolgen. Die Therapie sollte in der Regel für 6–14 Tage durchgeführt werden.

Maligne Erkrankung (nicht-operative Behandlung)

Medikamentöse Thromboseprophylaxe mit NMH; Dauer der Prophylaxe: gesamter Spitalsaufenthalt.

Urologisch-chirurgische Patienten

Für urologisch-chirurgische Patienten gelten die gleichen Richtlinien wie für Patienten mit anderen operativen Eingriffen im Bauch- und Beckenbereich, wobei urologische Eingriffe hinsichtlich ihres Thromboserisikos in drei Gruppen eingeteilt werden in: Operationen der Nieren, onkologische Operationen im Bauch- und Beckenbereich und laparoskopische und transurethrale Eingriffe. Daher sollte bei Patienten

- mit niedrigem eingriffsbedingtem Risiko (einschließlich transurethralen Eingriffen) und fehlendem oder geringem dispositionellem Risiko keine medikamentöse Prophylaxe durchgeführt werden.
- Bei zusätzlichen dispositionellen Faktoren: medikamentöse Prophylaxe mit NMH oder UFH.
- Bei mittlerem Thromboserisiko (mittlere Eingriffe oder kleine Eingriffe mit zusätzlichem dispositionellem Risiko)
 - medikamentöse Therapie mit NMH oder UFH,
 - zusätzlich können physikalische Maßnahmen gesetzt werden.
- Bei hohem Thromboserisiko (große Eingriffe oder mittlere Eingriffe mit zusätzlichem dispositionellem Risiko)
 - medikamentöse Thromboseprophylaxe mit NMH oder UFH,
 - zusätzlich können physikalische Maßnahmen gesetzt werden.
- Bei anhaltendem Thromboserisiko (prolongierte Immobilisation, Infektion) medikamentöse Thromboseprophylaxe fortführen.
- Patienten mit tumorchirurgischen Eingriffen im kleinen Becken (radikale Prostataektomie, Zystektomie): medikamentöse Thromboseprophylaxe für 3–4 Wochen (unabhängig ob Patient ambulant oder stationär).
- Bei mittleren und großen urologischen Eingriffen im Bauch- und Beckenbereich bei benignen Erkrankungen: Dauer der medikamentösen Thromboseprophylaxe kann in der Regel 7 Tage betragen (unabhängig ob Patient ambulant oder stationär).
- Bei Lebendspender-Nephrektomie zur Nierentransplantation medika-

mentöse Thromboseprophylaxe mit NMH.

■ Zusammenfassung

Die medikamentöse Thromboseprophylaxe ist beim urologisch-operativen Patienten indiziert und bei eingeschränkter Mobilität eventuell auch noch nach Entlassung fortzusetzen. Zum Einsatz kommen dabei NMH und UFH. Daten zu Fondaparinux fehlen bei urologischen Patienten. Beim urologisch nicht operativen Patienten sollte eine medikamentöse Prophylaxe bei mittlerem oder hohem Risiko eingesetzt werden.

Beim urologisch-chirurgischen Tumorpatienten ist eine Thromboseprophylaxe mit NMH oder UFH unumgänglich und sollte für weitere 4 Wochen postoperativ fortgesetzt werden.

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

*Ao. Univ.-Prof. Dr. Andreas Bur
Universitätsklinik für Urologie
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20*

E-Mail:

andreas.bur@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)