

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Kongressbericht: Highlights des

GTH 2022

Muster V

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2022;

19 (2), 21-22

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.

Highlights des GTH 2022

V. Muster

Klinische Abteilung für Angiologie, Medizinische Universität Graz

Das jährlich stattfindende, 66. Meeting der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH) war von **1.–4. März 2022** in Leipzig zu Gast, wo eine Präsenzteilnahme möglich war, aber auch eine Onlinezuschaltung für alle jene, die nicht vor Ort sein konnten, bereitgestellt wurde.

Zur Diskussion gebracht wurden neue Daten, Entwicklungen und Forschungsinhalte im Bereich der Thrombose und Hämostaseologie.

■ Antikoagulation nach schwerer Blutung

In einer mit Fallpräsentationen aufgebauten sehr praxisrelevanten Session wurde das Thema der Antikoagulation nach schwerer Blutung dargestellt und diskutiert. Ein Fall bezog sich auf eine obere gastrointestinale Blutung unter NOAK-Therapie und Thrombozytenfunktionshemmung für die Indikationen einer Vorhofflimmerarrhythmie und eines Myokardinfarktes vor einigen Jahren. Dabei wurde nochmals darauf hingewiesen wie wichtig es ist, modifizierbare Risikofaktoren für Blutungskomplikationen regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf auch therapeutische Konsequenzen zu ziehen.

Daten bezüglich des Einflusses einer zusätzlichen Thrombozytenfunktionshemmung bei laufender Antikoagulation auf das Risiko für gastrointestinale Blutungen wurden dargelegt und zeigen, dass das Risiko für gastrointestinale Blutungen unter dualer Therapie um das bis zu 5-Fache ansteigt. Wurde eine Antikoagulation nach einer gastrointestinalen Blutung nicht wieder aufgenommen, erlitten rund 8 % der Patienten eine thromboembolische Komplikation innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung der Antikoagulation im Vergleich zu Patienten, bei denen eine Antikoagulation wieder eingeleitet wurde. Trotz aller vorliegenden Daten wird jedoch empfohlen, dass nach einer stattgehabten Blutungskomplikation eine gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich Wie-

deraufnahme oder Absetzen mit dem Patienten stattfindet.

Das Procedere nach intrazerebraler Blutung nach Sturz unter einer Antikoagulation mit NOAK bei Vorhofflimmerarrhythmie und bereits stattgehabtem ischämischen Insult wurde ebenfalls anhand eines Falls präsentiert. Aktuelle Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) wurden dabei diskutiert, wobei auch hier die Adressierung modifizierbarer Blutungsrisiken im Mittelpunkt steht. Weiters wird empfohlen, in diesem Fall einen Neurologen/Schlaganfallspezialisten in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen – insbesondere, da eine zerebrale amyloide Angiopathie und eine zerebrale mikrovaskuläre Erkrankung nicht modifizierbare Risikofaktoren für weitere intrazerebrale Blutungen darstellen. Hingegen kommt klar zur Darstellung, dass das Vorliegen von zerebralen Mikroblutungen mit einem steigenden Risiko für eine intrazerebrale Blutung einhergeht, jedoch das absolute Risiko eines ischämischen Schlaganfalls konsistent substanzial höher ist als das einer weiteren intrazerebralen Blutung (≥ 10 zerebrale Mikroblutungen: 64 ischämische Schlaganfälle versus 27 intrazerebrale Blutungen pro 1000 Patientenjahre; ≥ 20 zerebrale Mikroblutungen: 73 ischämische Schlaganfälle versus 39 intrazerebrale Blutungen pro 1000 Patientenjahre).

Ein Augenmerk wurde auch auf die Art der Antikoagulation nach stattgehabter intrazerebraler Blutung geworfen. So zeigen Studiendaten, dass eine neuerliche intrazerebrale Blutung unter Vitamin-K-Antagonisten häufiger stattfindet als unter NOAK-Therapie und diese unter Vitamin-K-Antagonisten auch häufiger mit einem fatalen Event einhergehen. Zuletzt verblieb die Frage, ab wann eine Antikoagulation nach intrazerebraler Blutung wieder begonnen werden sollte. Hier wurde präsentiert, dass nach dem 6. Tag das Risiko für weitere Blutungskomplikationen sinkt und ab Tag 14 das Risiko für thrombo-

embolische Ereignisse steigt. Somit wird empfohlen, bei Abwesenheit einer zerebralen amyloiden Angiopathie nach 4–8 Wochen wieder eine Antikoagulation, bevorzugt mit NOAK, einzuleiten.

Interessante Daten wurden auch bezüglich der Wiederaufnahmerate einer Antikoagulation nach stattgehabter Blutungskomplikation präsentiert. Hier zeigt sich, dass nach einer oberen gastrointestinalen Blutung mehr Patienten wieder eine orale Antikoagulation einnehmen. Im Gegensatz dazu wird nach intrazerebraler Blutung oftmals keine orale Antikoagulation eingeleitet.

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass die meisten Patienten mit einer eindeutigen Indikation für eine orale Antikoagulation von einem Wiederbeginn nach stattgehabtem Blutungsereignis profitieren. Weiters trägt das richtige Medikament in der richtigen Dosierung entscheidend zur Reduktion einer wiederholten Blutungskomplikation bei; vor allem eine begleitende Thrombozytenfunktionshemmung sollte kritisch hinterfragt werden. Und wiederum wird betont, dass bei jedem Patienten eine individuelle Abschätzung des Blutungs- und Thromboserisikos notwendig ist.

■ Thromboserisiko bei modernen Tumorthapien

Patienten, die mit zielgerichteten Tumorthapien behandelt werden, stellen eine neue und auch zunehmende Patientenpopulation dar, die ein erhöhtes Risiko für tumorassoziierte Thrombosen haben – venöse wie auch arterielle.

In den vergangenen 2 Jahrzehnten kam es zu einer Verdreifachung des Risikos für Tumorpatienten, eine venöse Thromboembolie (VTE) zu erleiden, in der Gruppe der Patienten mit Chemotherapie oder zielgerichteten Therapien sogar zu einer Versechsfachung des Risikos. Darüber hinaus zeigte auch eine österreichweite Studie, dass nicht nur das Risiko für eine VTE bei Tumorpatienten erhöht ist, sondern auch das

Risiko für arterielle Thromboembolien. Wenn nun die unterschiedlichen Therapien beleuchtet werden, zeigen Daten aus Dänemark, dass vor allem Patienten unter einer Immuntherapie oder einer Therapie mit Proteinkinase-Inhibitoren ein besonders hohes Risiko für eine VTE haben. Erhöhte Raten an VTE wurden für den VEGF-Antikörper Bevacizumab, für EGFR-gerichtete monoklonale Antikörper und Zweitgeneration-BCR-ABL-Inhibitoren gezeigt. Rezente Studien zeigen auch, dass es unter der Therapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren sowie CAR-T-Zell-Therapie zu hohen Raten von thromboembolischen Ereignissen kommt.

Unter dem Aspekt der erhöhten Effektivität sowie der Möglichkeit von Langzeit-Remission und Überleben mit den neuen, zielgerichteten Therapien wären fokussierte Studien bezüglich Risikofaktoren, Prävention und Management von thromboembolischen Ereignissen wünschenswert, um die Patientenversorgung noch weiter zu verbessern.

■ Therapie von Thrombosen an atypischen Lokalisationen

Ein aus meiner Sicht weiteres Highlight des diesjährigen GTH-Meetings – obwohl oder vielleicht gerade weil weiterhin viele Fragen offen bleiben und eine lebhaft diskutierte im Anschluss noch einmal viele Aspekte beleuchtete – ist die Therapie von Thrombosen an atypischen Lokalisationen.

Zum einen wurde hier die Therapie der zerebralen venösen Thromboembolie beleuchtet. In einer kleinen randomisiert-kontrollierten Studie zeigte sich, dass Dabigatran wahrscheinlich gleich effektiv in der Behandlung von zerebralen venösen Thromboembolien ist wie

Warfarin. In Anlehnung an diese Studie wurde rezent eine Studie publiziert, die retrospektive Daten bezüglich Vergleich von Nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulantien (NOAKs) zu Warfarin im Real-World-Setting analysierte. Hier zeigte sich ebenfalls, dass NOAKs mit einem ähnlichen radiologischen Outcome und besserem Sicherheitsprofil assoziiert sind wie Warfarin. Größere prospektive bzw. randomisierte Studien fehlen jedoch noch, um dies zu bestätigen.

Auch die tiefe Venenthrombose an der oberen Extremität stellt eine atypische Lokalisation dar, die in dieser Session besprochen wurde. Die tiefe Venenthrombose der oberen Extremität hat eine hohe Prävalenz bei Tumorpatienten und bei zentral venösen Zugängen. Das Rezidiv-Risiko ist ähnlich wie bei tiefen Beinvenenthrombosen anzusehen und auch das Blutungsrisiko ist bei diesen Patienten sehr ähnlich. Jedoch gibt es nur Observationsstudien zu dieser Patientengruppe. Daten aus dem Garfield-VTE-Register zeigen, dass Patienten häufig mit NOAKs therapiert werden, die Patienten in den ersten 30 Tagen jedoch auch häufig niedermolekulares Heparin erhalten. Eine rezent publizierte Meta-Analyse der Antikoagulation bei tiefer Venenthrombose der oberen Extremität zeigt, dass Tumorpatienten wie auch Nicht-Tumorpatienten ein ähnliches Rezidiv- wie auch Blutungsrisiko aufweisen. Es zeigte sich auch kein wesentlicher Unterschied, je nach Präparat der oralen Antikoagulation. Bei katheterassoziierten Thrombosen der oberen Extremität zeigte sich jedoch eine geringe Rate an Rezidiv- und Blutungsereignissen.

Auch weitere atypische Lokalisationen wie Nierenvenenthrombosen und Ovarialthrombosen wurden diskutiert,

aufgrund der mangelnden Evidenzlage kann jedoch auch hier keine fundierte Aussage über die empfohlene Therapie getätigt werden.

Die Dauer der Antikoagulation von Thrombosen an atypischen Lokalisationen sollte analog zur tiefen Beinvenenthrombose evaluiert und festgelegt werden. Die Wahl des Präparats der Antikoagulation richtet sich nach Lokalisation der Thrombose, Risikofaktoren und persönlichen Erfahrungen des betreuenden Kliniklers. NOAKs kommen hier jedoch vermehrt zum Einsatz und erscheinen sicher und effektiv zu sein.

■ Fazit für die Praxis

- Patienten mit einer eindeutigen Indikation für eine orale Antikoagulation profitieren von einem Wiederbeginn der oralen Antikoagulation nach stattgehabtem Blutungsereignis.
- NOAKs kommen in der Therapie von thromboembolischen Ereignissen an atypischen Lokalisationen vermehrt zum Einsatz und erscheinen sicher und effektiv.
- Fokussierte Studien bezüglich Risikofaktoren, Prävention und Management von thromboembolischen Ereignissen unter zielgerichteter onkologischer Therapie sind notwendig.

Literatur: bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Viktoria Muster
Klinische Abteilung für Angiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin
Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 15
E-Mail: viktoria.muster@medunigraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

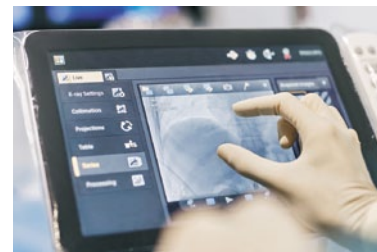
[Medizintechnik-Produkte](#)



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](#)