

Originalien

8



S. SCHELLONG

Prophylaxe der venösen Thromboembolie bei nicht chirurgischen Patienten

Erst in den vergangenen sechs Jahren ist es gelungen, die nicht chirurgische Risikopopulation so zu definieren, dass valide und übertragbare Studienergebnisse erzielt werden konnten. Dabei wurde deutlich, dass das natürliche VTE-Risiko von Patienten ohne Prophylaxe im Vergleich zu chirurgischen Patienten entgegen den allgemeinen Annahmen als moderat eingeschätzt werden muss. Des Weiteren stellte sich heraus, dass zur effektiven Thromboseprophylaxe in dieser nicht chirurgischen Risikopopulation eine hohe Prophylaxedosis erforderlich ist, wie sie in der orthopädischen Hochrisikochirurgie getestet und zugelassen wurde. Lesen Sie Einzelheiten im vorliegenden Beitrag von S. Schellong, Dresden.

16



J.A. SCHMIDT-LUCKE

Thromboembolie-Prophylaxe im höheren Alter

Welche Vorgehensweisen zur Primär- und Sekundärprophylaxe von Thromboembolien sind nach dem derzeitigen Kenntnisstand bei älteren Menschen angezeigt? Bestehen für die Hauptindikationen venöse Erkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und für Patienten mit künstlichen Herzklappen relevante unterschiedliche Empfehlungen zur Antikoagulation für die verschiedenen Altersklassen? J.A. Schmidt-Lucke, Berlin, geht in seinem Beitrag diesen Fragen nach.

24



B. ANGELKORT ET AL.

Tiefe Beinvenenthrombose – stationäre versus ambulante Behandlung

Grundlegend haben sich in den letzten Jahren die Diagnose- und Therapiestrategien bei Patienten mit tiefen Beinvenenthrombosen verändert. Bei den meisten Patienten kann die Therapie mit gleicher Effektivität und Sicherheit ganz oder teilweise ambulant durchgeführt werden. Die ambulante Therapie vermindert die Kosten wesentlich. B. Angelkort, Dortmund, berichtet über derzeitige Diagnose- und Therapiestrategien und vergleicht ambulante und stationäre Vorgehensweise.

34

Special



H. SCHINZEL

Periinterventionelles Management bei Patienten mit oraler Antikoagulation (Bridging)

Elektivinterventionen sind unter Fortführung der oralen Antikoagulation auf Grund des damit verbundenen Blutungsrisikos nicht durchführbar. Die OAK (orale Antikoagulation) muss daher auf Zeit unterbrochen werden. Als Alternative zur intravenösen Heparin-Therapie bei der periinterventionellen Antikoagulation haben sich in den letzten Jahren niedermolekulare Heparine (NMH) bewährt. Vor- und Nachteile verschiedener periinterventioneller Antikoagulationsregime lesen Sie im vorliegenden Beitrag von H. Schinzel, Mainz.