

Editorial

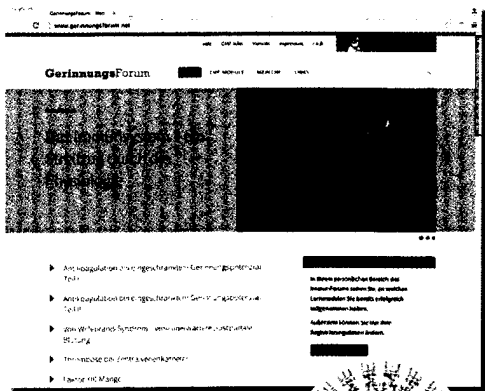
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bei vielen Erkrankungen, die mit einer Hyperkoagulabilität einhergeht, muss das Blut im Sinne einer verbesserten Rheologie therapiert werden. Bei diesen Erkrankungen sind optimale Fließeigenschaften extrem wichtig, um das Risiko von Thromboembolien zu senken. Dafür gibt es etablierte, orale Medikamente.

Es hat sich bei den oralen Antikoagulanzen manches getan, sodass wir diese Ausgabe der Aktualität angepasst haben. Nach einer kurzen Kasuistik als Einführung lesen Sie Grundsätzliches zum Thema unter „Zum aktuellen Fall“. In zwei Expertenforen wird das Thema vertieft.

Und vergessen Sie nicht: Unter immun-forum.net können zum Bereich Immunologie ebenfalls bis zu 4 CME-Punkte pro Thema erzielt werden.

Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Inhalt

CME-Teil 1

Der aktuelle Fall
Neue direkte orale Antikoagulanzen – ein Update 1–2

Zum aktuellen Fall
Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) 2–5

CME-Teil 2

Expertenforum 1
Pharmakologie und Einsatz der DOAK 5–9

Expertenforum 2
Diagnostik und Therapie bei Interventionen und akuten Blutungen 9–12

Der aktuelle Fall

Neue direkte orale Antikoagulanzen – ein Update

Ein 72-jähriger Mann stellt sich in der Notaufnahme vor und berichtet, dass er unter starker Schwäche und Abgeschlagenheit leide und in den letzten Tagen immer wieder **Blutauflagerungen** auf dem Stuhlgang sowie schwarzen Stuhlgang bemerkt habe. Die weitere Anamnese ergibt, dass der Patient an einem Diabetes mellitus Typ II sowie einer hypertensiven Herzerkrankung mit **intermittierendem Vorhofflimmern** leidet. An Medikamenten nimmt er zwei Antihypertensiva sowie Metformin, Glibenclamid und Dabigatran ein. Die Medikation mit **Dabigatran** wurde vor etwa sechs Monaten aufgenommen, nachdem mit Phenprocoumon keine stabile Antikoagulation wegen seines intermittierenden Vorhofflimmerns erreicht werden konnte.

Der Patient berichtet, dass es unter Gabe von Phenprocoumon immer wieder zu einer zu starken Hemmung der Blutgerinnung gekommen sei, mit der Folge großer Hämatome. Daher habe sein Hausarzt die **Antikoagulation auf Dabigatran 150 mg zweimal täglich p.o. umgestellt**.

Im durchgeführten Notfalllabor zeigt sich ein deutlich reduzierter Hämoglobinwert mit 8,2 mg/dl. Die Werte der **plasmatischen Globalgerinnungstests sind stark verlängert**:

› aPTT 98 s
› INR 8,7

Weiterhin auffällig ist ein deutlich **erhöhtes Serumkreatinin** mit 3,3 mg/dl.

Auf genaue Nachfrage berichtet der Patient, dass leicht erhöhte Nierenwerte im Rahmen seines Diabetes mellitus bekannt seien. Auf empfohlene Kontrolluntersuchungen bei seinem Hausarzt habe er in den letzten Monaten bei subjektivem Wohlbefinden verzichtet.

Unter der Arbeitsdiagnose einer unbeabsichtigten **Intoxikation mit Dabigatran** bei sich akut **verschlechternder Nierenfunktion** wird der Patient nun therapiert. Um weitere Blutungen zu vermeiden, wird ein Prothrombinkomplex-Präparat mit insgesamt 50 U/kg KG intravenös verabreicht und die Gerinnung laborchemisch kontrolliert:

› aPTT 85 s
› INR 4,1

Da aufgrund der reduzierten Nierenfunktion eine verlängerte Halbwertszeit von Dabigatran zu erwarten ist und weitere Gaben von Gerinnungsfaktoren vermieden werden sollen, wird die Indikation zur **Hämodialyse** gestellt. Nach zwei Dialysen normalisiert sich die plasmatische Gerinnung, weitere Blutungsepisoden werden nicht beobachtet. Die durchgeführten endoskopischen Untersuchungen von Magen und Darm ergeben keine eindeutige Blutungsquelle.