

Orale Antikoagulanzen-Therapie: Indikationen, Zielbereiche, Dauer

Indikation	INR-Ziel	Therapiedauer
Tiefe Venenthrombose, Lungenembolie	2.0 – 3.0	<p>Therapiedauer 3 Monate: Erstereignis einer Unterschenkel-TVT (tiefe Venenthrombose) ohne Lungeninfarkt bei reversiblen Risikofaktor, wie z.B. Operationen, Geburten, längere körperliche Ruhigstellung, Verletzungen, Reisen, Gabe hoher Östrogendosen (Pille), Hormonersatztherapie. Auch wenn der Patient eine heterozygote Faktor V-Leiden-Mutation oder eine Prothrombin-Mutation aufweist, ist in diesen Fällen keine längere Therapiedauer angezeigt.</p> <p>Therapiedauer 6 Monate: A) Erstereignis einer Unterschenkel-TVT mit Lungeninfarkt bzw. einer Oberschenkel-TVT mit oder ohne Lungeninfarkt bei reversiblen Risikofaktor (siehe oben) B) Erstereignis einer idiopathischen (Ursache unbekannt) Unterschenkel- oder Oberschenkel-TVT mit oder ohne Lungeninfarkt</p> <p>Therapiedauer > 6 Monate bis lebenslang: A) Erstereignis einer TVT mit oder ohne Lungeninfarkt bei: <ul style="list-style-type: none"> • Antithrombinmangel, homozygote Faktor V-Leiden-Mutation • Antiphospholipid Antikörper Syndrom (bis zum Verschwinden der AK) • bösartige Tumore (bis zur eventuellen Heilung) • lebensgefährliches Ereignis (fast tödliche Lungenembolie; Cerebral-, Mesenterial-, Pfortaderthrombose) • mehr als ein genetischer Thromboserisikofaktor B) Patienten mit wiederholt, ohne erkennbare Ursachen (idiopathisch) auftretenden TVT mit oder ohne Lungeninfarkt benötigen eine langandauernde bis lebenslange Antikoagulanzen-Therapie, insbesondere bei Vorhandensein genetischer Thromboserisikofaktoren wie Antithrombin- (schon nach Erstereignis!), Protein C-, Protein S-Mangel oder homozygote Faktor V-Leiden-Mutation (schon nach Erstereignis!), sowie bei familiärer Thrombosenneigung. Treten die genannten Risikofaktoren in Kombination mit einer Hyperhomocysteinämie, einer Prothrombin-Mutation oder einer heterozygote Faktor V-Leiden-Mutation auf, ist besondere Vorsicht geboten. Die Entscheidung über die Dauer der Therapie bei Patienten mit genetischen Thromboserisikofaktoren sollte in Zusammenarbeit mit einem Zentrum, das über entsprechende Erfahrung verfügt, erfolgen.</p>
Vorhofflimmern, geringes Embolierisiko (keine weitere relevante Herzerkrankung)	1.5 – 2.5	Solange Vorhofflimmern besteht und kein Risikofaktor dazukommt. Therapiealternative: Thrombozytenaggregationshemmer
Rhythmisierungsversuch bei Vorhofflimmern	2.0 – 3.0	3 Wochen vor und 3 Wochen nach dem Eingriff

Indikation	INR-Ziel	Therapiedauer
<p>Vorhofflimmern mit Embolierisiko-Faktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter > 75 Jahre • Insult oder TIA in der Anamnese • Bluthochdruck • Linksherzinsuffizienz • Herzklappenersatz • Herzklappenerkrankung • koronare Herzkrankheit • Hyperthyreose • Diabetes mellitus 	2.0-3.0	Dauertherapie
<p>Rheumatische Herzklappenerkrankung (Stenose und/oder Insuffizienz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumentierte systemischer Embolie • paroxysmal. o. chron. Vorhofflimmern • großer linker Vorhof (DM > 5.5 cm) • hohes Alter • schwere hämodynamische Auswirkung 	2.0-3.0	Dauertherapie
<ul style="list-style-type: none"> • wiederholt unter Therapie auftretende systemische Embolien 	2.5-3.5	
<p>Nicht-rheumatische Herzklappenerkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitralingverkalkung mit systemischer Embolie oder Vorhofflimmern • Mitralsuffizienz mit Vorhofflimmern oder systemischer Embolie 	2.0-3.0	Dauertherapie
<p>Mitralklappenprolaps</p> <ul style="list-style-type: none"> • paroxysmales oder chronisches Vorhofflimmern • dokumentierte systemische Embolie • wiederholte neurologische Ausfälle (TIA) unter Aspirintherapie 	2.0-3.0	Dauertherapie
<p>Mechan. Herzklappenprothese (Ausnahme: Doppelscheibenklappe St. Jude bzw. Carbomedics oder Kipp-scheibenklappe Medtronic-Hall in Aortenposition bei normal großem linkem Vorhof und Sinusrhythmus)</p>	2.5-3.5 (2.0-3.0)	Dauertherapie Achtung! Treten embolische Ereignisse unter adäquat eingestellten INR-Werten auf, können zusätzlich zu den oralen Antikoagulanzen auch Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. 100 mg Aspirin/Tag) verabreicht werden.
<p>Biolog. Herzklappenprothese</p>	2.0-3.0	Die ersten drei Monate nach Klappenersatz.
<p>Dilatative Kardiomyopathie (Auswurfraction < 30%), Herzwand-Aneurysma</p>	2.0-3.0	Dauertherapie
<p>Intrakardiale Thromben, z. B. nach Myokardinfarkt, Kardiomyopathie</p>	3.0-4.0	Solange wandständiger Thrombus nachweisbar ist und frische Areale aufweist.
<p>Arterielle Embolie</p>	3.0-4.0	Dauertherapie bei unbekannter Ursache, sonst bis auslösende Ursache nicht mehr vorhanden.
<p>Venenbypass der Beinarterien</p>	2.5-3.5	Solange Bypass durchgängig. Auch Therapie m. Thrombozytenaggregationshemmern möglich.]
<p>Antiphospholipid-AK-Syndrom</p> <ul style="list-style-type: none"> • arterielle Thrombose • venöse Thrombose 	3.0-4.0 2.0-3.0	Therapie solange Antiphospholipid-Antikörper vorhanden sind.