

02. März 2017

---

## Tumorassoziierte venöse Thromboembolien: Venenschutz für Tumorpatienten

**Patienten mit einer aktiven Tumorerkrankung laufen Gefahr, zusätzlich venöse Thromboembolien (VTE) zu erleiden. Ist bereits eine Thrombose oder Lungenembolie aufgetreten, empfiehlt sich die Gabe niedermolekularen Heparins (NMH) für drei bis sechs Monate. Die Sekundärprophylaxe mit NMH sei der Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten überlegen, berichteten Experten auf einem von Leo unterstützten Symposium anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung.**

Tumorpatienten tragen sowohl ein etwa dreifach höheres Risiko für VTE als auch für ein VTE-Rezidiv als Nicht-Tumorpatienten, zudem sei ihr Blutungsrisiko deutlich erhöht, erklärte Prof. Hanno Riess, Charité Centrum Tumormedizin, Berlin. Neben dem Alter der Patienten beeinflussten auch operative und supportive Maßnahmen (Immobilisierung, parenterale Ernährung) das VTE-Risiko. Ebenso spiele die Art des Tumors eine Rolle: ein hohes Risiko für Thromboembolien haben Patienten mit Pankreaskarzinom, beim Mammakarzinom sei das Risiko zwar geringer, aufgrund der großen Zahl betroffener Patientinnen würden aber auch hier tumorassoziierte VTE des öfteren beobachtet.

Tritt eine akute Thromboembolie auf, empfehlen aktuelle Leitlinien die initiale Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin. Danach wird normalerweise auf orale Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) umgestellt. Bei Patienten mit aktiver Tumorerkrankung sollte hingegen die Sekundärprophylaxe mit einem NMH fortgesetzt werden, denn das Nutzen-Risiko-Verhältnis sei unter einer längerfristigen Therapie mit NMH allein besser als unter der Kombination aus NMH, direkt gefolgt von VKA, zitierte Riess die AWMF-Leitlinien. Dies bestätigten auch die Ergebnisse der CATCH-Studie (1), die bei 900 Tumorpatienten die Wirksamkeit einer Sekundärprophylaxe mit dem Tinzaparin (innohep®) oder Warfarin (INR-Einstellung 2 bis 3) über sechs Monate prüfte.

Die Rate symptomatischer tiefer Venenthrombosen wurde unter Tinzaparin signifikant gesenkt und es traten signifikant weniger klinisch relevante nicht schwere Blutungskomplikationen auf, so Riess. Die Studie bestätige die Überlegenheit des NMH gegenüber Warfarin – auch wenn die Unterschiede in den Inzidenzraten der VTE-Rezidive in beiden Gruppen nicht statistisch signifikant waren, sagte Riess. Dies schlage sich auch in den aktuellen Leitlinien-Empfehlungen ([S3-Leitlinie der AWMF 2015](#), ACCP Guideline 2016) nieder: Hier werden für Tumorpatienten zur VTE-Therapie und Sekundärprophylaxe NMH vor VKA oder NOAK (neue orale Antikoagulantien) empfohlen. Im ersten Monat nach VTE sollte die volle therapeutische Antikoagulation mit NMH erfolgen und anschließend könne die Sekundärprophylaxe auch mit reduzierter NMH-Dosis (75-100%) über 2-5 Monate fortgesetzt werden, so Riess. Ob darüber hinaus eine prolongierte Antikoagulation folgen sollte, müsse gemeinsam mit dem Patienten entschieden werden. Krebspatienten mit VTE-Rezidiv unter VKA oder NOAK sollten auf NMH umgestellt werden – erhielten die Patienten bereits NMH, gelte es die Dosis um 25% zu erhöhen. Gerade bei älteren Tumorpatienten sei die Nierenfunktion oft eingeschränkt – hier empfehle es sich Präparate wie Tinzaparin einzusetzen, das ein niedriges renales Kumulationsrisiko berge.

*Susanne Pickl*

*Quelle: Symposium „Antikoagulation in Therapie und Prophylaxe – wohin geht die Reise“ am 16. Februar 2017*

*anlässlich der 61. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostasieforschung (GTH) in Basel;  
veranstaltet von Leo Pharma.*