

# Antikoagulation im Alter

VON THOMAS GARY

Nachlese zur ÖASA-Jahrestagung am 5. und 6. November in Graz

Auch 2010 fand wieder eine Jahrestagung der Österreichischen Arbeitsgruppe für das Selbstmanagement der oralen Antikoagulation (ÖASA) statt. Heuer wurde Graz als Austragungsort gewählt, als Kongresspräsident fungierte Dr. Thomas Gary, Tagungsort war das Schlossberghotel für Vorstandssitzung und Generalversammlung bzw. die Universitätsklinik in Graz für das am Samstag stattfindende wissenschaftliche Programm.

## Aufgaben und Projekte der ÖASA

Aufgabe der Gesellschaft ist es, das Gerinnungsselbstmanagement in Österreich zu verbreiten sowie in strukturierten Schulungskursen die Patienten auf Gerinnungsselbstmessgeräte einzuschulen.

Ein bereits erfolgreich abgeschlossenes Projekt der Gesellschaft war die Erstellung neuer Schulungsunterlagen für die Patientenschulungen. Diese wurden am Freitag im Rahmen der Ge-

neralversammlung allen interessierten ÖASA-Mitgliedern vorgestellt. Die alten Schulungsunterlagen wurden umfassend überarbeitet und neuesten wissenschaftlichen Standards angepasst. Ein weiterer Schwerpunkt war die Wahl des neuen Präsidenten. Der scheidende Präsident Prim. Dr. Harald Rubey, Landesklinikum Weinviertel-Mistelbach, unter dem viele wichtige Anliegen der ÖASA umgesetzt wurden, konnte Dr. Benjamin Dieplinger, Zentrallabor Barmherzige Brüder und Barmherzige Schwestern Linz, zur neuen Präsidentschaft gratulieren.

## Antikoagulation im Alter

Die am Samstag stattfindende wissenschaftliche Tagung stand unter dem Hauptthema „Antikoagulation im Alter“. Prim. Dr. Rubey eröffnete die wissenschaftliche Veranstaltung mit einem kurzen Auszug der Geschehnisse der letzten Jahre zum Thema Gerinnungsselbstmanagement in Österreich.

Nachfolgend ein kurzer Auszug der Inhalte der samstägigen Tagung.

## Blutung im Alter

Die Hauptnebenwirkung der Antikoagulation ist das Blutungsgeschehen. Seit vielen Jahren versucht man Scores zu entwickeln, die es den Klinikern ermöglichen, Blutungsgeschehen – gerade bei älteren Patienten – vorauszusehen.

Für Patienten mit venöser Thromboembolie (VTE) wurde in den letzten Jahren der RIETE Score gut validiert und publiziert. Dieser scheint für VTE-Patienten nach Einleitung einer oralen Antikoagulation (OAK) eine gute Möglichkeit zu sein, um Blutungsergebnisse vorauszusehen.

Eine weitaus häufigere Indikation für eine OAK – gerade bei älteren Patienten – ist die Vorhofflimmerarrhythmie (VHFA). So betrifft diese Erkrankung über 10 % der Menschen über 80 Jahre. Auch für diese Erkrankung gibt es eigens entwickelte Blu-

Letter	Clinical Characteristic*	Score	HAS-BLED Score	Bleeds per 100 Patient-years†
H	Hypertension	1	0	1.13
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2	1	1.02
S	Stroke	1	2	1.88
B	Bleeding	1	3	3.74
L	Labile INRs	1	4	8.70
E	Elderly	1		
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2		
Maximum 9 points				

„Hypertension“ is defined as systolic blood pressure >160 mmHg. „Abnormal kidney function“ is defined as the presence of chronic dialysis or renal transplantation or serum creatinine  $\geq 200 \mu\text{mol/L}$ . „Abnormal liver function“ is defined as chronic hepatic disease (eg, cirrhosis) or biochemical evidence of significant hepatic derangement (eg, bilirubin >2x upper limit of normal, in association with aspartate transaminase/alanine transaminase/alkaline phosphatase >3x upper limit normal). „Bleeding“ refers to previous bleeding history or predisposition to bleeding (eg, bleeding diathesis, anemia). „Labile INRs“ refers to anstable/high international normalized ratios or poor time in therapeutic range (eg, <60%). „Drugs/alcohol use“ refers to concomitant use of drugs, such as antiplatelet agents and nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

† Based on initial validation cohort reported by Pisters et al, with insufficient events as HASBLED scores  $\geq 5$  to give rates; actual rates of stroke in contemporary cohorts may vary from these estimates.

Tab. 1: HASBLED Score

tungsscores. Ein rezent publizierter und gut validierter Score ist der HAS-BLED Score (Tab. 1). Im HASBLED Score werden wichtige Risikofaktoren für ein Blutungsgeschehen (wie zum Beispiel Alter, aber auch ein stattgehabtes Insultgeschehen) zusammengefasst. Bedenkt man, dass dieselben Faktoren (Alter und stattgehabtes Insultgeschehen) auch in den Kardioembolie Scores (CHADS2 Score oder CHADSVASC Score; Tab. 2), die ja gerade zur Untermauerung der Antikoagulationsindikation dienen, Ein-

gang finden, wird klar, dass die Entscheidung für oder gegen eine Antikoagulation beim alten VHFA-Patienten eine individuelle ist. Scores können hier nur eine Hilfestellung bieten, die Entscheidung muss vom betreuenden Arzt jedoch für jeden Patienten individuell gefällt werden.

### Neue Antikoagulanzen

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung waren neue Antikoagulanzen. Die in den letzten Jahren für die Thromboseprophylaxe bei Hüft- und Knie-

gelenkersatz zugelassenen Substanzen (Rivaroxaban und Dabigatran) sind in zum Teil bereits publizierten Studien auch bei den Erkrankungen VHFA und VTE untersucht worden. Eine gute Wirksamkeit bei tendenziell weniger Blutungen konnte zumindest für Dabigatran verglichen gegen Vitamin K-Antagonisten (VKA) gezeigt werden. Die VHFA Studie für Rivaroxaban (Rocket AF Studie) ist zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Zeilen noch ausständig. Die Präsentation der Daten im November dieses Jahres am AHA in Chicago wird von der Fachwelt mit großer Spannung erwartet.

Die bisher vorliegenden Daten zu beiden neuen Antikoagulanzen beziehen sich größtenteils auf Untersuchungen bei gesunden älteren Menschen, wobei bei den vorliegenden Studien ein Durchschnittsalter von knapp über 60 Jahren bereits als älter klassifiziert wurde. Bei Durchsicht der derzeit gültigen Berechnungen der österreichischen Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2075 erkennt man, dass in diesem Jahr jeder dritte Österreicher über 60 Jahre alt sein wird. Derzeit ist es „erst“ jeder fünfte. Nimmt man diese Zahlen und ergänzt sie um die bereits oben ausgeführte Tatsache, dass bei Über-80-Jährigen 10 % der Menschen eine VHFA haben, sieht man, dass Studien für neue Substanzen, die an weitestgehend gesunden knapp 60-Jährigen untersucht werden, nicht das zukünftige Einsatzgebiet

CHADS <sub>2</sub> Acronym	Score	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC Acronym	Score	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC Score	Adjusted Stroke Rate (%/Year)
Congestive heart failure	1	Congestive heart	1	0	0
Hypertension	1	Failure/LV dysfunction			
Aged ≥75 years	1	Hypertension	1	1	0.7%
Diabetes mellitus	1	Aged ≥75 years	2	2	1.9%
Stroke/TIA/TE	2	Diabetes mellitus	1	3	4.7%
Maximum score	6	Stroke/TIA/TE	2	4	2.3%
		Vascular disease (prior MI, PAD, or aortic plaque)	1	5	3.9%
		Aged 65-74 years	1	6	4.5%
		Sex category (ie, female sex)	1	7	10.1%
		Maximum score	9	8	14.2%
				9	100%

Tab. 2: CHADS2 Score und CHADSVASC Score

der Substanzen widerspiegeln.

Positiv ist zu vermerken, dass in der Rely Studie (Dabigatran bei VHFA) Patienten mit einem Durchschnittsalter von 72 Jahren eingeschlossen wurden. Beinahe die Hälfte der über 18.000 Studienpatienten hatte zusätzlich eine thrombozytenfunktionshemmende Therapie mit ASS. Dies entspricht durchaus dem wirklichen Leben, zumal bei Patienten mit gleichzeitigen atherosklerotischen Läsionen oder gar stattgehabten endovaskulären Therapien mit Stentimplantationen (in dieser Altersklasse keine Seltenheit) ebenso die Indikation für eine thrombozytenfunktionshemmende Therapie mit ASS zusätzlich zur Antikoagulationsindikation mit VKA besteht.

### Gerinnungsselbstmanagement beim älteren Patienten

Als Kontrapunkt zu diesem Vortrag wurde auch über die Gerinnungsselbstmessung bei älteren Patienten gesprochen. Obwohl die Gerinnungsselbstmessgeräte immer einfacher werden, ist trotzdem ein Mindestmaß an Compliance für die Gerätebedienung und in weiterer Folge ein großes Maß an Compliance für die korrekte VKA-Dosierung in Abhängigkeit vom INR-Wert des Patienten vonnöten, um erfolgreich Gerinnungsselbstmanagement betreiben zu können. Bei fortgeschrittenem Alter wird von den betreuenden Ärzten oft diese Compliance der Patienten infrage gestellt. Diese Sorgen konnten zumindest teilweise durch die präsentierten Daten

im Rahmen der Tagung zerstreut werden. Auch die Arbeiten der Grazer Arbeitsgruppe um Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch wurden im Rahmen dieser Tagung immer wieder zitiert. In ihrer Arbeit konnte sie zeigen, dass auch ältere Patienten vom Gerinnungsselbstmanagement klar profitieren. Weniger Endpunkte (Blutungen und vaskuläre Endpunkte) konnten in einem viereinhalbjährigen Follow-up in ihrer SPOG 60+ Studie verzeichnet werden.

### Heparine bei älteren Patienten

Gerade zur Thromboseprohylaxe werden oft auch bei älteren Patienten Heparinpräparate angewendet. Diese sind jedoch angesichts der auch bei Älteren bestehenden eingeschränkten



Nierenfunktion mit einer Kumulationsgefahr und damit mit einem erhöhten Blutungsrisiko vergesellschaftet. Die Möglichkeit der Anti Xa Spiegelbestimmung hat jedoch in den letzten Jahren sicherlich eine gute und weit verbreitete Kontrollmöglichkeit für den Kliniker eröffnet. Gerade auch bei Palliativpatienten ist die Thromboseprophylaxe ein besonders wichtiges Kapitel. Die Entscheidung für die Gabe eines solchen Präparates, wie Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Klinik für Innere Medizin I, MU Wien, anhand der Präsentation eigener Daten zeigen konnte, ist vor allem von der Aktivität des Patienten (ausgedrückt durch den Karnofsky Index) abhängig.

Die NMH-Prophylaxe in der geriatrischen Pflegeinstitution wurde ebenso in einem eigenen Vortrag dargestellt. Bei Pflegeheim-Patienten soll-

ten vor allem die Begleiterkrankungen (Infektionen etc.) ein wichtiges Kriterium sein, um sich für oder auch gegen eine Thromboseprophylaxe zu entscheiden. Der durchschnittliche Pflegeheimpatient scheint von einer routinemäßigen Thromboseprophylaxe bei einziger venöser Risikosituation „gering eingeschränkte Mobilität“ nach derzeitiger Datenlage nicht zu profitieren.

### **Vergleichbarkeit von INR-Werten**

Für große Diskussion im Publikum sorgte der Vortrag zum Thema Vergleichbarkeit von INR-Werten. Dieser vom Labormediziner und zukünftigen Präsidenten der ÖASA, Dr. Benjamin Dieplinger, gehaltene Vortrag sorgte vor allem unter den niedergelassenen Kollegen für Diskussionen.

Wie soll man Patienten, die mittels Gerinnungsselbstmessung ihren INR anhand einer sehr gut validierten Methodik bestimmen, weiterführend in der Ordination kontrollieren, wenn dort nicht dasselbe Testverfahren verwendet wird? Leider führen solche immer wieder durchgeführten Kontrollen sowohl aufseiten der Ärzte als auch seitens der Patienten zu Verunsicherung, da ein exaktes Übereinstimmen der Werte prinzipiell nur bei gleichen Testverfahren erreicht werden kann. Die Antwort auf die oben ausgeführte Frage lautete wie folgt: INR-Gegenmessungen sind nur dann sinnvoll, wenn diese mit demselben Testverfahren durchgeführt werden. Sollte dieses nicht zur Verfügung stehen, ist natürlich auch immer eine Anfrage bezüglich Kontrolle am betreuenden Schulungszentrum möglich.

### **Nächste Tagung 2011 in Linz**

Die nächste ÖASA-Jahrestagung wird am 11. und 12. November 2011 in Linz stattfinden. Alle Beteiligten hoffen, dass sich auch in Linz – ähnlich wie in Graz – das Wetter von seiner besten Seite präsentieren wird. Auf interessante Vorträge und spannende Diskussionen darf man sich freuen.

*Dr. Thomas Gary, Klinische Abteilung für Angiologie der Medizinischen Universitätsklinik in Graz.*

*Literatur beim Autor*