



Prof. Dr. med.  
Roger Darioli



Dr. med.  
Urs Dürst



Prof. Dr. med.  
Franz Eberli



Prof. Dr. Dr. h.c.  
Walter F. Riesen

## NOAKs: WK mit CAVEs



Prof. Dr. med.  
Jürg Beer

Schon wieder eine Serie zu den neuen Antikoagulantien“ werden Sie vielleicht sagen und denken, dass der „Trampelpfad“ nun doch zu einer vielbefahrenen Autobahn geworden ist. Es gibt in der Tat sehr viele Publikationen zu den NOAKs. Warum dann trotzdem die Serie in dieser Ausgabe von **info@herz+gefäss?**

Dazu gibt es 3 Antworten, u.a. von Malcolm Gladwell („die 10000-Stunden-Regel“) (1). 1. Man ist in komplexen und potenziell sehr gefährlichen Bereichen nur gut genug, wenn man die Tätigkeit und die Abläufe immer und immer wieder geübt hat und genügend Alltags-Routine aufweist. 2. Artikel mit direkter Praxisrelevanz sind dann doch nicht so häufig. 3. Das Feld verändert sich noch sehr rasch; es gibt laufend neue Erkenntnisse, die man in den Alltag einbauen kann und soll.

Der Einsatz der NOAKs ist zwar durchaus einfacher als derjenige der VKAs geworden, aber doch gilt es wie bei allen neuen Medikamenten, Erfahrungen zu sammeln, korrekte Indikationen und Kontraindikationen zu kennen und für den richtigen Patienten in der richtigen Dosierung die Therapie korrekt durchzuführen; wir sollten die speziellen Situationen wie z.B. die Nieren- und Leberinsuffizienz gut kennen und unsere Patienten mit möglichst geringem Risiko durch die kritischen Situationen durchnavigieren. Gemäss Malcolm Gladwell sind wir nur gut genug, wenn wir dies immer und immer wieder machen, uns updaten und die Spezialsituationen antizipieren. Dabei wollen wir nie vergessen, dass die Antikoagulation weiterhin zu den gefährlichsten der nicht-invasiven/resp. medikamentösen Therapien gehört. Im gleichen Atemzug gehört auch das Nichteinsetzen der Antikoagulation bei guter Indikation zu einer ausserordentlich gefährlichen „Nichtintervention“. In diesem Sinne bieten wir Ihnen die vorliegenden drei kurzen, praxisorientierten Artikel als nützlichen, für Sie „zeitoptimierten WK“ zum Durcharbeiten an – mit dem Ziel des individualisierten Updates für das Handling von NOAKs in Ihrer täglichen Praxis. Aufgrund der Fragen aus der Praxis, die sich mir im klinischen Alltag stellen, bin ich sicher, dass sie auf fruchtbaren Boden fallen werden.

Dr. med. Lukas Graf und Prof. Dr. med. Wolfgang Korte teilen zunächst die Risiken im arteriellen und venösen Bereich in hoch, mittel und niedrig ein (2). Diese Einschätzung bildet die Grundlage. Ihre Tabellen sind ein nützliches Nachschlagewerk im Alltag. Im 2. Teil repetieren sie das praktische Vorgehen bei den Vitamin-K-Antagonisten und bei den NOAKs. Schon rein die Textlänge zeigt auf, dass die NOAKs bezüglich Bridging einfacher zu handhaben sind. Trotzdem wirft dieses Prozedere immer wieder Fragen auf, da neu und ungewohnt.

Dr. med. Matthias Bossard zeigt, zusammen mit PD Dr. med. Michael Kühne, souverän das Vorgehen bei der Niereninsuffizienz auf. Sie illustrieren die Problematik bei den Vitamin-K-Antagonisten in Bezug auf erhöhte Blutungs- und Thromboembolierisiken (3). Der Artikel mündet im pragmatischen Ansatz bezüglich Anwendung der neuen Antikoagulantien, abgestuft nach Kreatinin-Clearance. Die kritische Rolle der Nierenfunktion (immer gemessen als CCr) und deren regelmässige Überprüfung, besonders bei klinisch interistischen, relevanten Erkrankungen (Durchfallerkrankung/Exsikkose, Medikamentenwechsel etc.) sind von ausserordentlicher Relevanz. Die Leberzirrhose und die Hepatopathien wurden in NOAK-Studien eher stiefmütterlich behandelt, und entsprechende Vorsicht und Kontrolle ist hier noch geboten. Umgekehrt wissen wir auch schon seit vielen Jahren, dass die VKA bei Patienten mit Lebererkrankungen ausserordentlich schwierig einzustellen sind und die INR - Zielwerte schwer erreichbar sind.

Dr. med. Michael Schindler und Prof. Dr. med. Jürg H. Beer schliesslich zeigen einige klassische Stolpersteine im Alltag mit den Antikoagulantien auf (4). Die Kombinationen mit Plättchenhemmern und mit nicht-steroidalen Antirheumatika, aber auch mit Medikamenten, die mit den NOAKs interferieren, sollten regelmässig und kritisch hinterfragt respektive wenn möglich vermieden werden. Der „Klassiker“, nämlich der Patient mit koronarem Stent und mit Vorhofflimmern, hat erst kürzlich neue Guidelines erhalten, und die Gefahr der Blutung bei dieser Doppel- und Tripel-Antikoagulation ist erkannt. Entsprechend wurden diese Aspekte neuerdings in die Guidelines (kürzere Dauer der Tripel- und, wenn möglich, rasche Reduktion auf duale Antikoagulation) aufgenommen. Die Quintessenz ist skizziert, und der Link ist beigelegt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir wünschen Ihnen einen interessanten, spannenden und praxistauglichen Antikoagulations-WK auf dem Weg zu Ihrer persönlichen „10000-Stunden-Marke“ zum Wohle unserer Patienten und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Prof. Dr. med. Jürg H. Beer, Baden

### Literatur:

- Gladwell M.: Outliers: The Story of Success. ISBN-10: 0316056286
- Graf L, Korte W.: Bridging der oralen Antikoagulation 2014, info@herz+gefäss, Ausgabe 6, November 2014
- Bossard M, Kühne M.: Einsatz der NOAC bei Leber und Niereninsuffizienz; info@herz+gefäss, Ausgabe 6, November 2014
- Schindler M, Beer JH.: Stolpersteine der oralen Antikoagulation, info@herz+gefäss, Ausgabe 6, November 2014