

SGAIM-Frühjahrskongress 2017, Lausanne

## Neues Dogma bei HIV: Sofort Therapieren, nicht abwarten



**Schon bei geringstem Verdacht auf eine HIV-Infektion, insbesondere bei Indikatorekrankungen sollte eine HIV-Testung erfolgen; denn bei einer frühen intensiven antiretroviralen Therapie ist die Lebenserwartung der betroffenen Patienten heute annähernd normal. Nach neueren Daten sollte mit der Therapie immer sofort nach der Diagnosestellung unabhängig von der CD4-Zahl begonnen werden.**

HIV ist auch in der Schweiz immer noch ein relevantes Thema. «Pro Jahr werden nämlich 500 bis 700 neue HIV-Fälle diagnostiziert», so **Dr. med. Marcel Stöckle**, Basel. Z.Zt. leben ca. 15 000–17 000 HIV-Infizierte in der Schweiz. Ein Problem ist, dass viele Betroffene ihren HIV-Status nicht kennen und deshalb bei ca. 40% der Infizierten die Diagnose erst in einem fortgeschrittenen Stadium gestellt wird, was die Prognose verschlechtert und Transmissionen ermöglicht.

### Bei Verdacht immer testen

Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, schon beim geringsten Verdacht auf Vorliegen dieser Infektion einen HIV-Test durchzuführen. «Der HIV-Test ist ein Routinetest, so dass man den Patienten zwar darüber informieren muss, aber eine explizite Einverständniserklärung ist nicht notwendig», so Dr. Stöckle. Bei unklarem Fieber, bei V.a. aseptische Meningitis, bei einer Mononukleose-ähnlichen Erkrankung, bei einer disseminierten Lymphadenopathie, bei einer erythematösen Pharyngitis und bei einem unklaren Hautauschlag sollte immer sofort getestet werden. Indikatorekrankungen, die für eine chronische HIV-Infektion sprechen, sind eine Soor-Stomatitis

bzw. -ösophagitis, eine orale Haar-Leukoplakie, ein Kaposi Sarkom, eine pulmonale Pneumocystis carinii-Infektion, eine zerebrale Toxoplasmose, eine Cytomegalie-Retinitis, eine Tuberkulose und eine Syphilis. Getestet werden sollten auch alle Personen aus Risikogruppen bzw. mit einem entsprechenden Risikoverhalten, z. B. nach einer Reise mit sexuellen Kontakten oder bei i.v. Drogenabusus. «Bei der Testung im Rahmen der Primärinfektion sollte man die diagnostische Lücke berücksichtigen, so dass evtl. eine zweite Testung nach 2 bis 8 Wochen durchgeführt werden muss», so Dr. Stöckle.

### Früher Therapiestart

Nach den Ergebnissen der START-Studie sollte heute bei jedem neu diagnostizierten Patienten unabhängig von der CD4-Zahl mit der Therapie begonnen werden. Dadurch konnte in dieser Studie das Risiko für Tod oder ein schweres Ereignis um 57% gesenkt werden. Auch zeigte sich in einer Partnerschaftsstudie, dass damit auch bei regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr Übertragungen auf den Partner vollständig verhindert werden können.

Für die Therapie der HIV-Infektion stehen heute 3 Substanzgruppen zur Verfügung, die nukleosidischen und nicht-nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Hemmer, die Protease-Hemmer und die Integrasehemmer. Aus Gründen der Verträglichkeit sollte man mit einer Integrase-basierten Therapie beginnen. Standardmässig erfolgt eine Kombination mit 3 Medikamenten, die heute zusammen in einer Pille eingenommen werden können (Genvoya®, Eviplera®, Triumeq®). Die Therapie wirkt sehr gut, d.h. ca. 95% der Patienten haben eine supprimierte Viruslast. Entscheidend für den Therapieerfolg ist ein früher Start.

## Prä- und Post-Expositionsprophylaxe

Doch wie lässt sich die HIV-Infektion letztendlich vermeiden? Erste Erfahrungen mit einer Prä-Expositionsprophylaxe sind sehr erfolgreich. Eine Indikation für ein solches «Treatment as Prevention» besteht dann, wenn Menschen mit entsprechendem Risikoverhalten Kondome nicht konsequent nutzen. Doch eine solche Prophylaxe ist nicht 100%ig wirksam und schützt auch nicht vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

Nach einer entsprechenden Exposition besteht die Notwendigkeit für eine Post-Expositionsprophylaxe mit einer Dreier-Kombination über 4 Wochen. Diese Situation ist immer ein Notfall; denn je früher die Medikation gegeben wird, desto wirksamer ist sie. «Trotz grosser Fortschritte ist eine Heilung und eine Impfung nicht in Sicht, da das Virus in das Genom integriert wird und es bisher keine Möglichkeit gibt, es daraus wieder herauszuschneiden», so Dr. Stöckel.

## Zeckenstich

# Die Borreliose hat viele Gesichter

**Ein Zeckenstich kann zur Übertragung verschiedener Infektionen führen. Am häufigsten ist die Borreliose, sehr viel seltener die FSME und eine Rarität die Tularämie.**

In der Schweiz werden jährlich ca. 23 000 Patienten mit einem Zeckenstich vorstellig. Gemeldet werden pro Jahr ca. 12 000 Borrelien-Erkrankungen, das entspricht einer Inzidenz von 131/100 000 Einwohnern. Sehr viel seltener mit 250 gemeldeten Fällen pro Jahr ist die FSME. «Dies beruht darauf, dass ca. 30% der Zecken mit *Borrelia burgdorferi* infiziert sind, aber nur 1–2% mit dem FSME-Virus», so **Dr. med. Cornelia Staehelin**, Bern. Da die Borrelie im Darm der Zecke lebt, dauert es nach einem Zeckenstich länger, bis der Erreger übertragen werden kann, im Durchschnitt 1 bis 2 Tage, mindestens 17 Stunden. Das FSME-Virus wird dagegen durch den Speichel der Zecke übertragen und dies geht sehr viel schneller.

## Verschiedene Stadien der Borrelien-Infektion

Kommt es zu einer Borrelien-Infektion, so manifestiert sich die Erkrankung primär an der Haut in Form eines Erythema migrans. Dieses entwickelt sich 1 bis 2 Wochen nach dem Zeckenstich und hält unbehandelt ca. 4 Wochen an. Eine andere sehr selten, vor allem bei Kindern auftretende Hautmanifestation ist das benigne Lymphozytom, eine umschriebene rötliche Schwellung, die vorrangig am Ohr läppchen auftritt. 6 Monate bis 8 Jahre nach der Infektion kann sich auch eine Acrodermatitis chronica atrophicans entwickeln, die mit Atrophie und Hyperpigmentierung der Haut einhergeht, was Schmerzen, Juckreiz und Parästhesien auslösen kann.

Im zweiten Stadium kommt es zum Organbefall, wobei die Monarthritis und die Karditis am häufigsten sind. Die Arthritis befällt meist die grossen Gelenke wie das Kniegelenk und ist schmerzlos. Die Karditis führt vor allem zu einem höhergradigen AV-Block 2. oder 3. Grades, der jedoch nicht mit einem dauerhaften Schrittmacher versorgt werden muss, da sich der Befund nach Einleitung der Antibiose fast immer rasch zurückbildet.

Eine schwerwiegende Komplikation ist die Neuroborreliose, die sich in der Frühform als lymphozytäre Meningitis, als ein- oder

beidseitige Fazialisparese oder als sehr schmerzhafte Meningoradikulitis (Bannwarth's Syndrom) manifestieren kann. Seltener sind eine periphere Neuropathie, die Mononeuritis multiplex und eine Ataxie. Die späte Neuroborreliose führt dann zu einer Enzephalitis mit Lähmungen, Sprachstörungen, Koordinationsstörungen, Epilepsie bzw. hirnorganischem Psychosyndrom oder zu einer Myelitis mit Paraplegie bzw. Harn- und Stuhlinkontinenz.

## Doxycyclin bleibt erste Wahl

Die Diagnose der Borreliose wird gesichert durch die Serologie, wobei IgM lange persistieren kann, also nicht unbedingt eine akute Infektion anzeigt. Es sollte immer eine 2-Stufendiagnostik erfolgen, d.h. das positive Ergebnis des ELISA muss mittels Western Blot bestätigt werden.

Das Medikament der ersten Wahl ist 2 x 100 mg Doxycyclin, wobei sich die Dauer der Behandlung am klinischen Bild orientiert, also zwischen 10 und 28 Tagen liegt. Alternativen sind Amoxicillin, Cefuroxim und Ceftriaxon.

## FSME: Eine schwere Erkrankung

Bei 1000 Zeckenstichen werden nur 10 Personen mit dem FSME-Virus infiziert und davon erkrankt nur einer. «Aber die Erkrankten sind immer schwer krank», so Dr. Staehelin. Die meisten (56%) entwickeln eine Meningoenzephalitis, seltener (22%) nur eine Meningitis. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankten benötigt eine stationäre Behandlung, wobei der klinische Verlauf sehr unterschiedlich ist. Im Liquor findet sich eine Monocytose, die Diagnose wird gesichert durch die Serologie. «Für FSME gibt es eine sehr effektive Impfung, die in über 90% eine effektive Prophylaxe garantiert», so Dr. Staehelin. Eine solche stehe für die Borreliose nicht zur Verfügung, so dass nur Schutzmassnahmen vor einem Stich empfohlen werden können.

Eine sehr selten durch Zeckenstich übertragbare Erkrankung ist die Tularämie. Sie beginnt plötzlich mit hohem Fieber und führt zu nekrotisierenden Lymphadenitiden, wobei das histologische Bild einer Tuberkulose ähnelt.

▼ **Dr. med. Peter Stiefelhagen**

Quelle: 2. Frühjahrskongress der SGAIM, Lausanne, 3.–5. Mai 2017



Konservative und operative Therapieoptionen

# Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms

**Schlafapnoe ist eine relativ häufige Erkrankung. Sie tritt gemäss der HypnoLaus Kohortenstudie bei 40 bis 85-Jährigen als Apnoe-Hypopnoe-Index > 15 Episoden pro Stunde Schlaf mit einer Prävalenz von ca. 50% bei Männern und ca. 23% bei Frauen auf und als Apnoe-Hypopnoe-Index > 5 Episoden pro Stunde Schlaf und Einschlafneigung tagsüber von ca. 11% der Männer und ca. 5% der Frauen. Das Mortalitätsrisiko steigt mit der Anzahl der Apnoe-Hypopnoe-Ereignisse.**

**PD Dr. med. José Haba-Rubio**, Lausanne, stellte verschiedene Therapieoptionen des Schlafapnoe-Syndroms vor.



PD Dr. J. Haba-Rubio

## Konservative Behandlungsoptionen

Als Behandlung werden je nach Schwere und Ursache verschiedene Methoden empfohlen. Begonnen werden sollte eine Therapie der obstruktiven Schlafapnoe mit Gewichtsreduktion, Verzicht auf Alkohol und Schlafmittel sowie Vermeiden von Schlafen in Rückenlage.

### ► CPAP-Beatmung

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ist eine Beatmungsform, die die Spontanatmung des Patienten mit einem dauerhaften Überdruck kombiniert, wobei der Patient Atemtiefe, Atemfrequenz und Luftdurchfluss selbst bestimmen kann. Die Meta-Analyse von Sharples (Sleep Medicine Rev 2016;27:108) konnte einen Therapiebenefit nachweisen, ebenso wie Marin und Kollegen (Marin Lancet 2005), die zeigten, dass der Einsatz der CPAP-Beatmung das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall auf das Niveau einer milden OSAH (obstructive sleep apnea/hypopnea) senkt.

CPAP ist die am weitesten verbreitete Therapie des Schlafapnoe-Syndroms und der international anerkannte «Goldstandard». Diese Methode funktioniert immer und reduziert wirksam die Symptome der Schlafapnoe und wirkt präventiv auf kardiovaskuläre Ereignisse, zeigt wenig Nebenwirkungen, wird jedoch nicht von allen Patienten toleriert.

### ► Unterkieferprotrusionsschiene

Hierbei handelt es sich um individuell hergestellte, einstellbare Schienensysteme, die Unterkiefer und Zunge nach vorne bewegen und den Biss öffnen, so dass die Atemwege im Schlaf mechanisch offengehalten werden und der Atemwegwiderstand abnimmt. Auch hier konnte die Meta-Analyse von Sharples einen Therapiebenefit nachweisen.

Diese Methode ist wirksam, leicht und einfach in der Anwendung, jedoch sind Nebenwirkungen auf Zähne und das Kiefergelenk nicht auszuschliessen. Seit Juli 2014 sind Protrusionsschienen bei CPAP-Ablehnung oder -Intoleranz mit maximal CHF 500.- von den Krankenkassen rückerstattungsfähig.

### ► Schlafposition

Die Änderung der Schlafposition von Rücken- in Seitenlage senkte den Apnoe-Hypopnoe-Index um 50% und mehr falls die Schlafapnoe allein schlafpositionsbedingt ist.

Die Behandlungsmethoden basieren darauf, das Liegen in Rückenlage durch Tennisbälle, Westen oder spezielle Kissen, unkomfortabel bis unmöglich zu machen. Solche Positionstherapien können den Apnoe-Hypopnoe-Index bei positionsbedingten OSAH-Patienten durchaus auf normale Werte reduzieren.

Eine andere Methode stellt der «Nightbalance Schlafpositionstrainer» dar, der durch einen aktiven Lagesensor, der kontinuierlich die Schlafposition ermittelt, den Anwender bei Rückenlage mit leichten Vibrationen auffordert, sich in eine andere Position zu drehen. Dieses Gerät bietet die Vorteile, dass es individuell angepasst (Intensität, Dauer der Vibration etc.) und die Wirksamkeit überwacht werden können.

► Eine neue, nicht-invasive Alternative zu CPAP bieten die klinisch getesteten Pflaster von Provent EPAP, die die Atemluft des Patienten nutzen, um einen positiven Luftdruck in den Atemwegen zu erzeugen und diese zu öffnen. Der erhöhte Druck in Nase und Nasenrachenraum verhindert, dass diese kollabieren. Jedoch zeigten aufgrund von Luftentweichung durch den Mund und Arousal nur 50% der Patienten einen Therapienutzen.

► Die «Oral (negative) pressure therapy (OPT)» erzeugt einen Unterdruck im Mund und «zieht» mit Hilfe eines Mundstücks Zunge und weichen Gaumen nach vorn. Der AHI-Score halbierte sich unter der Therapie (Colrain et al. Sleep Medicine 2013;14:830).

► Orofaziale Physiotherapie kann durch Stärkung der Muskulatur von Mund und Hals eine Verbesserung bewirken, was ebenfalls durch regelmässiges Musizieren mit Blasinstrumenten, insbesondere mit einem Didgeridoo erreicht werden kann (BJM 2006;332:266).

## Operative Therapieoptionen

► Bei Unverträglichkeit konservativer Therapien besteht die Option, obstruktive Schlafapnoe operativ zu behandeln. Ein sinnvolles Ziel chirurgischer Eingriffe kann die Verbesserung der Nasenluftpassage zur Verbesserung der CPAP-Compliance sein oder bei Vorliegen ungewöhnlich grosser Gaumentonsillen und Adenoiden.

► Bei der bimaxillären Operation («Maxillomandibular Advancement») werden die physischen Ursachen der obstruktiven Schlafapnoe, wie zu kleine oder zu weit zurückliegende Kiefer und der damit verbundene Zungengrund, der infolge die oberen Atemwege verengt, behandelt. Bei diesem Eingriff werden durch das Vorverlagern des Ober- und Unterkiefers die oberen Atemwege dauerhaft erweitert.

► Bei der «Inspire» Therapie handelt es sich um ein vollständig implantierbares System, auch Zungenschrittmacher genannt, das über eine kleine Fernbedienung bestimmte Muskeln im Rachenraum stimuliert, die dann die Atemwege während des Schlafs offenhalten. Der Patient kann mittels Fernbedienung die Stimulation an- und ausschalten. Dieses System zeigte gute Wirksamkeit bei ausgesuchten Patienten, «real life» Daten werden derzeit gesammelt.

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle: 2. Frühjahrskongress der SGAIM, Lausanne, 3.–5. Mai 2017



Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten

## Welche Analgetika sind empfehlenswert?

**Alte Patienten klagen häufig über chronische Schmerzen vor allem des Bewegungsapparates. Doch viele, vor allem demente Patienten sind unzureichend analgetisch versorgt. Bei der Gabe eines Analgetikums müssen Sie aber altersspezifische Besonderheiten berücksichtigen.**

Bis zu 75% aller geriatrischen Patienten klagen über chronische Schmerzen, doch ein Drittel davon erhält keine adäquate Schmerztherapie. Dies gilt vorrangig für Demenz-Patienten. «Je stärker die kognitiven Defizite, umso grösser sind die Defizite bei der Schmerzbehandlung», so **Dr. med. Birgit Schwenk**, St. Gallen. Dazu kommen die Multimorbidität, die die Gabe zahlreicher Medikamente erforderlich macht, und die Tatsache, dass oft mehrere Schmerzursachen vorliegen. Nicht selten wird der Schmerz auch als Preis für das hohe Alter fatalistisch in Kauf genommen. Das alles führt zur Unterversorgung mit den daraus resultierenden Folgen körperlicher, psychischer und sozialer Art.

### Pharmakologische Besonderheiten im Alter

Eine sichere und effektive Therapie mit Analgetika erfordert genaue Kenntnisse der altersphysiologischen Veränderungen und der altersspezifischen pharmakodynamischen Wirkung der eingesetzten Substanzen. Das Wissen um die Verteilung der Medikamente im Organismus, den Metabolismus und die Ausscheidung ist unverzichtbar, um die Reaktionen des alten Patienten auf ein Analgetikum verstehen zu können. So kann beispielsweise die im Alter häufig beobachtete Zunahme des Körperfettgewebes bei Verabreichung fettlöslicher Analgetika wie Fentanyl oder Buprenorphin zu einer verzögerten Wirkung führen. Dagegen ist das Körperwasser oft vermindert mit der Folge, dass wasserlösliche Analgetika wie Morphin stärker wirken und deshalb initial niedriger dosiert werden sollten. Auch wenn der Proteingehalt i.S. vermindert ist, nimmt der Anteil ungebundener Substanz zu, d.h. die Wirkung verstärkt sich. Besonders wichtig ist aber die Kenntnis der Leber- und Nierenfunktion. Sind diese beeinträchtigt, kann die Ausscheidung einer Substanz gestört sein mit der Folge einer Akkumulation.

### Individuelle Bedürfnisse beachten

Der Einsatz der Analgetika sollte sich auch bei betagten Patienten am WHO-Stufenplan orientieren, wobei aber die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden müssen. Von den Nicht-opioidhaltigen Substanzen empfiehlt sich bei älteren Patienten Paracetamol, während man mit NSAR und COX-2-Hemmern wegen des kardialen, renalen und gastrointestinalen Risikos zurückhaltend sein sollte. Doch bei einer chronischen Lebererkrankung ist die Halbwertszeit von Paracetamol verlängert. Auch Metamizol ist eine sinnvolle Option, jedoch kommt es selten zu einer Agranulozytose und bei zu schneller i.v.-Injektion können allergische Reaktionen mit Blutdruckabfall auftreten. Wegen ihrer vielfältigen potentiellen Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt (Ulzera und Blutungen), Nieren (Niereninsuffizienz) und Herz (Herzinsuffizienz, kardiovaskuläres Ereignis) sollten NSAR nur bei akuten entzündlichen Erkrankungen und nach Möglichkeit nicht in der Langzeittherapie eingesetzt werden.

### Opiode als Alternative zu NSAR

Opiode sind bei tumorbedingten Schmerzen meist unverzichtbar. Aber auch bei nicht-tumorbedingten Schmerzen sind sie eine sinnvolle Alternative zu NSAR. Sie sollten nach einem festen Zeitschema verabreicht werden. Bei einer Dauermedikation empfiehlt sich eine Retard-Formulierung, damit der Nachtschlaf nicht durch die Schmerzmitteleinnahme gestört wird. Aus der Gruppe der schwachen Opiode haben sich gerade bei alten Patienten Tilidin/Naloxon und Tramadol bewährt. Bei der Dosierung müssen Leber- und Nierenfunktion berücksichtigt werden. Bei sehr starken Schmerzen sind hochpotente Opiode das Mittel der Wahl (Morphin, Fentanyl, Buprenorphin, Hydromorphon). Bei älteren Patienten werden häufig Pflastersysteme bevorzugt, da darunter weniger Obstipation auftritt und der Nachtschlaf nicht gestört wird. Doch die Gabe von Opioiden ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen assoziiert, die oft eine Begleitmedikation erforderlich machen. Dazu gehören Müdigkeit, Sedierung, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation. Grundsätzlich gilt für die Schmerztherapie beim alten Patienten: «Start low, go slow», so Dr. Schwenk.

▼ **Dr. med. Peter Stiefelhagen**

Quelle: 2. Frühjahrskongress der SGAIM, Lausanne, 3.–5. Mai 2017



## Hepatitis B

## Hepatitis B ist nicht heilbar

Die Hepatitis B-Impfung führt in über 90% zu einem Schutz vor dieser Infektion, so dass durch die hohe Impfquote nur noch selten in der Schweiz Geborene betroffen sind. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit einer chronischen Hepatitis B hat heute einen Migrationshintergrund. Da bei der chronischen Hepatitis B das Virusgenom stabil in das Wirtsgenom integriert wird, kann das Virus mit den bisher zur Verfügung stehenden Medikamenten nicht eradiziert werden. Mit einer Interferon-Therapie wird nur eine ausreichende Immunantwort zur Kontrolle der Virusreplikation angestrebt. Angesichts der langen Therapiedauer, der nicht unerheblichen Nebenwirkungen und der begrenzten Effektivität von Interferon werden heute die direkten antiviralen Substanzen, nämlich die Nucleos(t)idanaloga Entecavir und Tenofovir bevorzugt. «Damit ist eine effektive Kontrolle der HBV-Replikation praktisch immer möglich, allerdings ist eine Dauertherapie erforderlich», so **Dr. med. Andrea De Gottardi**, Bern.

Um eine chronische Hepatitis B-Infektion (HBV) zu erfassen, sollte nicht nur bei Patienten mit erhöhten Leberwerten sondern auch bei Angehörigen von infizierten Patienten und auch bei Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern mit einer erhöhten HBV-Prävalenz nach dieser Infektion gefahndet werden und zwar mit

Bestimmung von HBsAg, Anti-HBc und Anti-HBs. Im Unterschied zur chronischen Hepatitis C kann das HBV nie vollständig eradiziert werden. Therapieziel ist die dauerhafte Senkung der HBV-DNA unter die Nachweisgrenze und der HBsAg-Verlust. Dies führt zu einer Besserung der Leberwerte, der Histologie und verhindert die gefürchteten Komplikationen nämlich Leberzirrhose und hepatozelluläres Karzinom. Behandelt werden sollten Patienten mit einer dauerhaft erhöhten GPT und einer Virusmenge >2000 IE/ml. Bei Patienten mit Leberzirrhose besteht die Indikation immer unabhängig von den Leberwerten und der Viruslast.

Patienten mit günstigen Therapie-Prädiktoren (hohe Werte für Transaminasen, geringe Viruslast, kurze Infektionsdauer, hohe inflammatorische Aktivität) können über 12 Monate mit Peg-Interferon behandelt werden. Ansonsten kommen Nucleos(t)idanaloga zum Einsatz. Neuere Empfehlungen bevorzugen Entecavir und Tenofovir als Firstline wegen des nur sehr geringen Resistenzrisikos. Lamivudin, Adefovir und Telbivudin haben wegen der höheren Resistenzraten nur noch einen nachgeordneten Charakter. Mit Tenofovir alafenamide (Vemlidy®) steht in der Schweiz in absehbarer Zeit eine neue Substanz zur Verfügung, die keine negativen Effekte am Knochen entfaltet.

## NOAKs bei älteren Patienten

## NOAKs auch für ältere Patienten vorteilhaft?

Die Einführung der NOAKs hat die orale Antikoagulation (OAK) bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern im Vergleich zu den Vitamin K-Antagonisten einfacher und sicherer gemacht; denn bei zumindest gleich guter Wirksamkeit bei der Verhinderung eines embolischen Ereignisses wird durch die Gabe einer solchen Substanz das Risiko für eine schwere, insbesondere intrakranielle Blutung um ca. 50% reduziert und zwar von allen vier zur Verfügung stehenden Substanzen (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban). Doch gilt das auch für ältere Patienten, die häufig multimorbide sind und eine chronische Niereninsuffizienz haben? «Grundsätzlich ja, aber es müssen bei geriatrischen Patienten einige Besonderheiten berücksichtigt werden», so **Dr. med. Matthias Frank**, Basel. Der Stellenwert der NOAKs in dieser Altersgruppe lasse sich folgenderweise beschreiben:

- ▶ Eine orale Antikoagulation mit NOAK oder Vitamin K-Antagonisten ist unabhängig vom Alter möglich.
- ▶ NOAK stellen für viele, auch ältere Patienten einen therapeutischen Fortschritt dar.

- ▶ Unklarheit besteht bei hochbetagten Patienten, eingeschränkter Nierenfunktion und niedrigem Körpergewicht.
- ▶ Es empfiehlt sich gerade bei älteren Patienten die Nierenfunktion mittels der Cockcroft/Gault-Formel zu bestimmen.
- ▶ Bei schwerer Niereninsuffizienz sollte die Nierenfunktion engmaschig kontrolliert werden.
- ▶ Für das Embolie- und Blutungsrisiko gelten ähnliche Risikofaktoren.
- ▶ Die Dosisfindung bei den NOAKs kann komplex sein, d. h. es muss eine strenge Sorgfaltspflicht beachtet werden.
- ▶ Kombinationen eines oralen Antikoagulanz mit Thrombozytenaggregationshemmer sollten so kurz wie möglich gegeben werden wegen des stark erhöhten Blutungsrisikos.
- ▶ Bei geriatrischen Patienten ist die Indikation für eine OAK und die Wahl der Substanz eine individuelle Entscheidungsfindung, also mehr Eminenz- und weniger Evidenz-basiert.

▼ **Dr. med. Peter Stiefelhagen**

Quelle: 2. Frühjahrskongress der SGAIM, Lausanne, 3.–5. Mai 2017