

Patienteninformation

Gerinnungshemmung – Marcumar oder Xarelto® und Co?

Warum muss ich ein gerinnungshemmendes Medikament einnehmen?

Bei beschädigten Arterienwänden, bei Gefäßverengung durch Arteriosklerose (pAVK) aber auch bei gestörter Beweglichkeit des Herzmuskels (Vorhofflimmern) oder an künstlichen Herzklappen können sich Blutgerinnsel (Thromben) bilden.

Diese Thromben können entweder direkt eine Gefäß verlegen und so eine akute Durchblutungsstörung auslösen, oder sie lösen sich ab, wandern mit dem Blutstrom und bewirken dann letztendlich fern vom Entstehungsort einen Gefäßverschluss aus, die sog. Embolie (Lungenembolie, Schlaganfall).

Durch gerinnungshemmende Präparate (Phenprocoumon/Marcumar®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®) können oben beschriebene Ereignisse unwahrscheinlicher gemacht werden.

In der Klinik wurde mir ein „modernes Präparat zur Blutverdünnung“ empfohlen – warum rät der Hausarzt zu „Marcumar“?

Marcumar ist seit über 60 Jahren auf dem Markt und ist damit in Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum umfassend erforscht – die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten (noch) unbekannter Komplikationen geht gegen null. Indes sind die „modernen Präparate“ (s.o.) frühestens seit 2008 (Pradaxa®) auf dem europäischen Markt. Langzeiterfahrungen bei großen Patientengruppen können somit noch nicht vorliegen, langfristige, auch seltener aber folgenschwere Komplikationen können noch nicht abschließend beurteilt werden. **Da sich in der Gesamtbetrachtung die Vorteile gegenüber den Nachteilen bei diesen Medikamenten noch als eher ungünstig darstellen empfehlen wir weiterhin Marcumar® als erste Wahl.**

Was sind die Vorteile von Marcumar® gegenüber den neuen Optionen?

- jahrzehntelange Erfahrung (auch im Umgang mit Blutungsereignissen, OPs, etc.)
- vollständige Kenntnis der Nebenwirkungen und Komplikationen
- Kontrolle der Wirkung möglich (INR/„Quick“)
- Veränderungen des Organismus (Leber- oder Nierenschwäche, Alterung, ...) wirken sich auf die Gerinnung aus und werden zeitnah bemerkt – Dosisanpassung möglich
- bei einer versehentlich vergessenen Dosis geht die Wirkung/der Schutz nicht sofort verloren
- „Gegenmittel“ (Vitamin K) vorhanden – in Notfällen kann Wirkung aufgehoben werden)

- bei allen Fragestellungen erforscht und zugelassen (auch Kunstklappen am Herzen, zusätzliche Therapie mit ASS und Clopidogrel)

Die „Neuen“ sind besser – stimmt das dann nicht?

Ja und nein. In einzelnen Studien konnte (mit Ausnahme von Eliquis®) lediglich eine Nichtunterlegenheit bezüglich ihrer erwünschten Wirkung (Verhinderung von Schlaganfällen, etc.) belegt werden. Die Blutungsrisiken waren unter üblicher Dosierung (ebenso mit Ausnahme von Eliquis®) nicht höher und nicht geringer als unter Marcumar®. Sie sind also zunächst nur als „genauso gut“ zu betrachten.

In einer Meta-Analyse (Zusammenfassung vieler Studien) aus dem Jahr 2013 zeigte sich zwischen den neuen oralen Gerinnungshemmern und Marcumar

- kein signifikanter Unterschied bzgl. dem Auftreten von Schlaganfällen oder Embolien
- kein signifikanter Unterschied bzgl. Todesfällen und schweren Blutungen in der Gruppe der gut eingestellten Marcumarpatienten (zu 65% der Zeit im Zielbereich mit INR/„Quick“)

Allein Eliquis® scheint bei Patienten über 65 Jahren Vorteile zu haben: Das Risiko für Tod, größere Blutungen oder Schlaganfall ist hier geringer.

Wann sollten „die Neuen“ nun eingesetzt werden und wann nicht?

Erste Wahl bleibt aufgrund der o.a. Punkte weiterhin Marcumar®.

Pradaxa®, Xarelto® und Co kann erwogen werden bei:

- schwerer Einstellbarkeit auf Marcumar®
- Einnahme von Medikamenten mit häufigen Wechselwirkungen mit Marcumar®
- Schwierigkeiten einer regelmäßigen Kontrolle

Einsatz nur mit Vorsicht/Zurückhaltung bei:

- Alter > 75 Jahren oder Gewicht < 60kg
- chronische Nierenschwäche
- zusätzlicher Gabe von ASS (oder Clopidogrel)
- unsicherer Medikamenteneinnahme (häufigeres Vergessen der Einnahme)

Kein Einsatz sollte erfolgen bei:

- gut auf Marcumar® einstellbaren Patienten
- Medikation mit ASS + Clopidogrel/Brillique®
- besonderer Blutungsgefährdung

Ihr Praxisteam des Facharztzentrums Allgemeinmedizin

[1] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ): Leitfaden orale Antikoagulation. Version 1.0. September 2012

[2] Gómez-Outes A et al: Dabigatran, Rivaroxaban, or Apixaban versus Warfarin in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Subgroups. Thrombosis 2013;