

## Leben mit Gerinnungshemmern

### **Phenprocoumon und Plättchenfunktionshemmer (z. B. Acetylsalizylsäure/ASS)**

Normalerweise sollten Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, vermeiden, zusätzlich zum Phenprocoumon andere Medikamente einzunehmen, die die Blutgerinnung hemmen. Hierzu gehört auch der Wirkstoff Acetylsalizylsäure, besser bekannt als ASS. ASS ist ein wirkungsvolles Schmerzmittel, gleichzeitig wird aber bereits mit der einmaligen Einnahme die Funktion unserer Blutplättchen (Thrombozyten) und damit auch die Blutgerinnung für bis zu 7 Tage gehemmt. Manche Patienten reagieren daher bereits auf die Einnahme von ASS-haltigen Mitteln mit einer vermehrten

Neigung zu blauen Flecken, Nasenbluten oder Zahnfleischbluten. Für Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, werden daher eher andere Schmerzmittel empfohlen wie Paracetamol, Ibuprofen oder Metamizol.

Trotzdem kann es Situationen geben, in denen es anzuraten ist, dem antikoagulierten Patienten ausnahmsweise, meist über einen begrenzten Zeitraum, zusätzlich eine kleine Dosis ASS (100 mg) oder ein anderes Mittel zu geben, welches die Blutplättchenfunktion hemmt, z.B. Clopidogrel oder Prasugrel.

#### **Blutplättchen werden aktiviert**

Dies ist vor allem zutreffend für Patienten, die eine Verengung der Herzkranzgefäße haben (sog. koronare Herzkrankheit) und hier zur Erweiterung der Gefäße einen oder mehrere sog. Stents gelegt bekommen haben. Die Stents sind im Durchmesser recht klein, das Blut fließt in ihnen recht schnell (hohe Scherkräfte). Diese Besonderheit führt dazu, dass durch die hohen Scherkräfte vor allem die Blutplättchen stark aktiviert werden und so zu einem schnellen Verschluss des Stent führen können mit der möglichen Folge eines Herzinfarktes.

#### **Phenprocoumon wirkt nicht auf Blutplättchen**

Es ist also nach dem Legen eines Stents notwendig, die Blutplättchen über einen gewissen Zeitraum zusätzlich zu hemmen, da Phenprocoumon alleine keinerlei Wirkung auf die Blutplättchen ausübt. Man konnte nachweisen, dass bei Patienten mit frischen Stents die alleinige Gabe von Phenprocoumon nicht ausreichte, den frühen Verschluss eines solchen Stents zu verhindern. Welches Medikament (ASS, Clopidogrel, Prasugrel) gegeben wird, ob sogar eine Kombination notwendig ist und wie lange diese Blutplättchenhemmer gegeben werden müssen, ist vor allem von der Art des eingesetzten Stents abhängig.

Manche Stents sind von innen mit Medikamenten beschichtet, um ein Zuwachsen zu vermeiden. Diese medikamentenbeschichteten Stents haben aber in der Frühphase ein höheres Risiko für einen Stentverschluss als unbeschichtete Stents. Es wird aktuell empfohlen, je nach Stent ca. 3 - 12 Monate danach eine kombinierte Blutplättchenhemmende Therapie durchzuführen, der Gerinnungshemmer Phenprocoumon kann diese Maßnahme nicht ersetzen. Die Dauer dieser Kombinationstherapie wird vom behandelnden Kardiologen festgelegt.

Patienten mit einem grundsätzlich erhöhten Blutungsrisiko, und dazu gehören auch Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, sollten daher, falls möglich, eher keine medikamentenbeschichteten Stents erhalten, sondern reine Metall-Stents. Reine Metall-Stents verkürzen in der Regel den notwendigen Einnahmezeitraum der 2- bzw. 3-fach-Kombination im Vergleich zu beschichteten Stents.

#### **Erhöhtes Blutungsrisiko**

Leider ist es natürlich so, dass diese Patienten unter 2- oder 3-fach-Kombination von gerinnungshemmenden Substanzen ein deutlich erhöhtes Blutungsrisiko aufweisen im Vergleich zu Patienten, die „nur“ Phenprocoumon einnehmen. Daher profitieren antikoagulierte Patienten mit Stent vom Selbstmanagement des INR hier be-

sonders, da sie häufiger (1x Woche) kontrollieren können und so durch gutes Einstellen des INR Blutungskomplikationen eher vermeiden können. Der INR sollte, falls möglich, im unteren Bereich, also z.B. bei einem Zielbereich von 2,0 - 3,0, eher bei 2,0 - 2,5 gehalten werden.

Zudem wird häufig noch ein Medikament dazugegeben, welches die Schleimhäute des Magen-Darm-Traktes schützen soll vor Blutungen (z. B. Omeprazol, Pantoprazol).

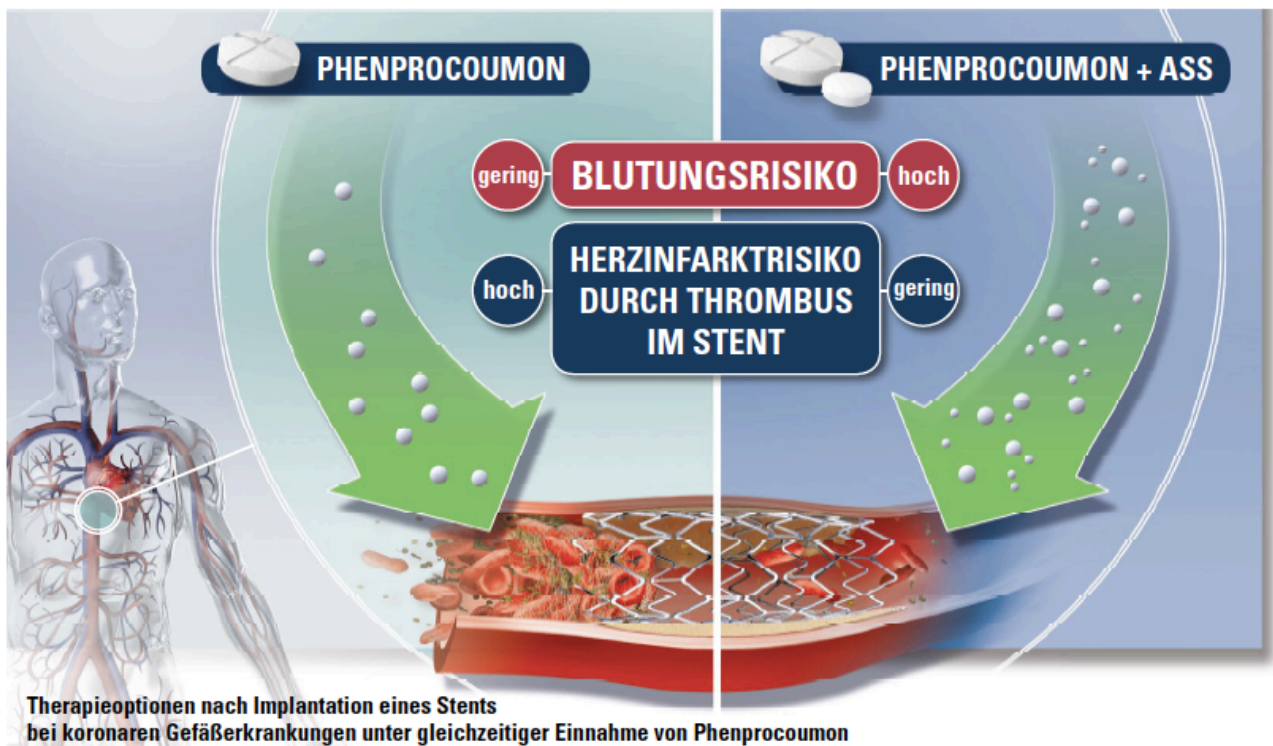
Jede ungewöhnliche Blutung, insbesondere aus Darm oder Blase, ist immer als Warnsignal zu bewerten und sollte zu Arztkontakt führen, speziell bei 2-fach oder 3-fach-Kombination von Gerinnungshemmern.

Meist kann dann nach einem gewissen Zeitraum die Gabe des Blutplättchenfunktionshemmers wieder abgesetzt werden, der Kardiologe entscheidet hierüber.

In den ersten 6 - 12 Monaten nach Stenteinlage sollten operative Eingriffe, wenn möglich, verschoben werden. Falls bekannt ist, dass ein Patient, bei dem ein Stent geplant ist, noch weitere dringliche OPs braucht, sollten diese - falls möglich - vorher durchgeführt werden.

Falls doch ein dringlicher operativer Eingriff nach Stenteinlage anstehen sollte, muss je nach Zeitpunkt der Stenteinlage und der Art des Stents individuell entschieden werden, ob die OP unter der laufenden gerinnungshemmenden Therapie durchgeführt werden muss. Falls ja, besteht hier natürlich leider auch wieder ein erhöhtes Blutungsrisiko. Jede OP bei Patienten mit Stent muss daher individuell geplant werden und erfordert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit (Kardiologie, Anästhesie, Hämostaseologie etc.).

Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusionsmedizin;  
Gerinnungszentrum Rhein-Ruhr, Königstraße 13, D-47051 Duisburg;  
E-Mail: hannelore.rott@gzzr.de



**Therapieoptionen nach Implantation eines Stents bei koronaren Gefäßerkrankungen unter gleichzeitiger Einnahme von Phenprocoumon**