

PRAXIS Antikoagulationsforum

München, 14.07.2018

Falldiskussion über eine ältere, antikoagulierte Patientin

www.prof-wendt.de



Offenlegung etwaiger Interessenkonflikte

Prof. Dr. Th. Wendt Niedergelassener Kardiologe (CODE CardioVascular)
Gutachter
Autor
kein öffentliches Amt

Offenlegung finanzieller Beziehungen zu:

AstraZeneca	Scientific Board
Bayer	Referententätigkeit
Berlin Chemie	Referententätigkeit
Boehringer Ingelheim	Referententätigkeit
Bristol-Myers Squibb	Referententätigkeit
Daiichi Sankyo	Referententätigkeit
Pfizer	Referententätigkeit
Sanofi	Referententätigkeit
Solvay	Referententätigkeit
FAFA-Sponsoren	Referententätigkeit

Offenlegung unvergüteter Tätigkeiten für:

Deutsche Herzstiftung	Mitglied des Wiss. Beirats
Hessischer Rundfunk	Sachverständiger
Hess. Tennisverband	Anti-Dopingbeauftragter
J.W.Goethe-Universität	apl.-Professur
Personal MedSystems	wiss. Kooperation
Infarct Protect	wiss. Kooperation
S + B medVET	wiss. Kooperation

Stand 7/18

Frau F. aus Frankfurt, 82 J., 160cm, 51,6kg

**Künstlerin, verheiratet,
schwimmt, spielt Klavier.**

frail, elderly:

Pneumologische Diagnosen:

- Zust. n. exazerbiertem Asthma bronchiale mit Sekretverschlus des Mittelappenbronchus 1/2017.
 - Restitutio nach endobronchialer Lavage
- Asthma bronchiale mit hypermagnemem Bronchialsystem
 - möglicherweise durch frühere Umweltbelastung (Bitarfeld-Syndrom) und berufbedingte Inhalation toxischer Substanzen

Gastroenterologische Diagnosen:

- Zust. n. endoskopischer Antragung eines hyperplastischen Colortypen ohne Anhalt für Malignität 1/2009
 - letzte Kontrollkoloskopie 7/2015 ohne Rezidiv
- Derzeit asymptomatische Sigmadivertikulose
 - letztes arbeitsbedingtes Rezidiv 9/2013
- Bekanntes, niedriggradige Transmembranerhebung
 - 4/2018: GOT 33, GPT 28, YGT 47
 - 4/2017: GOT 34, GPT 27, YGT 32
 - 4/2016: GOT 44, GPT 46, YGT 49
- Zust. n. hämorrhagischer Entleeris 2009.

Ophthalmologische Diagnosen:

- Zust. n. Katarakt-OP beid 7/2018

Urologische Diagnosen:

- Rekurrierende Hämaturieepisoden
- Kompensierte Niereninsuffizienz
 - 4/18 Krea 1,2

Endokrinologische Diagnosen:

- Kontrollbedingter Glukosestoffwechsel
 - 4/18: HbA1c aktuell 5,9 (max. 6,4)
- Zust. n. Hashimoto-Thyreoiditis
 - 4/18 TSH 1,36

Sonstige Diagnosen:

- Zust. n. Histoplasmen-Tuberkulose 1969 bis 1970
- Anamnestisch Allergie auf Kontrastmittel
 - gute Verträglichkeit von Amoxicillin 2014 in Verbindung mit Penicillin und Häferschleim

Kardiovaskuläre Diagnosen:

- Im Verlauf nicht progrediente Aortenklappenstenose
 - 4/18 4/2016: 4.0mmHg → 4/2017: 10mmHg → 4/18: 16mmHg
 - turbulente Aortenklappeninsuffizienz II
- Posttraumatische Mitralklappenstenose
 - Mitralklappenfläche 1,4cm²
 - Mitralklappenregurg. F
 - starke Vorhofvergrößerung
 - LA aktuell 4,9
- Pernisierendes, valvuläres Vorhofflimmern
 - seit 7/2013
 - CHA₂DS₂-VASc-Score 6 Punkte
 - EHRA I
 - Indikation zur Antikoagulation, aktuell mit Marcumar (Zielwert 2,5 bis 3,5)
- Geringe Trikuspidalinsuffizienz (PA-Druck 20mmHg)
- erhaltene systolische Funktion (EF 60 bis 65%, NT-proBNP 4/18: 1178)
- Bekanntes diastolische Relaxationsstörung
 - NAVM im Stadium IIa (kardial) bei hochgradiger Stenose des truncus aortae links (Doppler 2/18)
- Besondere Anamnese bds.
- Medikamente kontrollierte Hyperlipoproteinämie
 - 4/18 (unter Simvastatin Sng): LDL 158, HDL 65, TG 184, CPK 239

Neurologische Diagnosen:

- Vest. auf recurrierende einfach-akute epileptische Anfälle mit passagieren Aphasien und Sensibilitätsstörungen, insbesondere des rechten Armes ICDO T1Aa
 - am 10.02.2014 (Arztbrief vom 04.03.2014)
 - am 07.06.2018 (Arztbrief vom 26.06.2018)
 - März 2017
- Zust. n. Subarachnoidalblutung links frontal 7/2016 bei Vest. auf kortikale Venenthrombose unter Marcumar (Arztbrief vom 18.06.2016)
 - digitale Subtraktionsangiographie 8/16: kein Nachweis einer Gefäßmalformation
 - vorbeugende antikonvulsive Behandlung mit Lamotrigin (3. Arztbrief vom 07.09.2016) seit 19.09.2016

Othorhologische Diagnosen:

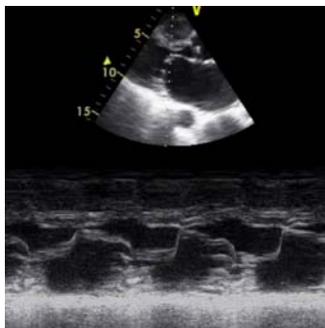
- Zust. n. akzeptiertem sequenziertem Bandscheibenvorfall L3/4 rechts mit relativer Spinalkanalstenose und rechtsseitiger Radikulopathie L4 seit Dezember 2017 (3. Arztbrief vom 05.12.2017)
 - prophylaktisch konservativ beherrscht
- Zust. n. konservativ beherrschter Ringbandstenose am linken Daumen 5/17
- Zust. n. Achillodynie links (3/2017)
- Zust. n. traumatisch bedingter distaler Radikulopathie rechts 2012
 - celastrosynthetische Versorgung (Uli Frankfurt)
 - Metastase in situ
- Zust. n. operativ versorgter subkapitaler Humerusfraktur rechts 2002 (Prof. Bömer)
 - 3. Schrauben in situ
- Derzeit asymptomatische Polymyalgia rheumatica
 - 4/18: ESR in der ersten Stunde 28mm, CRP <0,5
- Osteoporose
 - Calcium- und Vit D-Substitution
 - 4/18: 25-OH-Vit. D 103nmol/l, 1,25 Vit. D 29,1 pg/ml, Parathormon 43ng/ml, Calcitonin 1,0 pg/ml
- Zust. n. Strömungsinsuffizienz D V links.
- Häufige vagus bds.
- ISG-Arthrose bds.



Frau F. aus Frankfurt, 82 J., 160cm, 51,6kg

Kardiale Diagnosen:

- Postrheum. Mitralklappensten. (ED '65)**
MÖF 1,4cm², MI I°, LA 4,9cm



Frau F. aus Frankfurt, 82 J., 160cm, 51,6kg

Kardiale Diagnosen:

- Postrheum. Mitralsten. (ED ´65)
MÖF 1,4cm², MI I°, LA 4,9cm
- Valvuläres VHF
ED und permanent seit 7/2013
CHA₂DS₂-VASc-Score 6 Punkte
- OAK mit Marcumar, darunter
TTR 80%
TIAs 2/14 und 6/16
SAB 7/16 → Epilepsie
- Hyperlipoproteinämie
medikamentös kontrolliert

Sonstige Diagnosen:

- Kompensierte Niereninsuff.
Krea 1,2,
- Bandscheibenvorfall L3/4
mehrmonatige Analgetika-
einnahme mit dann stark
schwankenden INR-Werten
Jan. bis Juni 2018
- Zust. n. hämorrhagischer
Enteritis 2006
- Zust. n. Radiusfraktur 2012
- Zust. n. Humerusfrakt. 2002



Frau F. aus Frankfurt, 82 J., 160cm, 51,6kg

Derzeitige Medikation:

Marcumar n. INR (wegen der TIAs 2,5 bis 3,5)

Bisoprolol 2,5mg ½ - 0 - 0, Digimerck 0,07mg 1 - 0 - 0 5 T/Wo

Foster-Nexthaler 100yg 1 - 0 - 1, Sultanol bB, Mucosolvan bB

Dekristol 20000 1x/Woche

Lamotrigin 25mg 0 - 0 - 1, darunter keine erneuten Anfälle

Ibuprofen bB, Pantoprazol 20mg bB

Omacor 1000mg 1x1, Simvastatin 10mg 1x1, Ezetrol 10mg 1x1

Aktuelle Diagnose:

- pAVK Stadium IIa links bei
truncus tibiofibularis-Stenose



Frau F. aus Frankfurt, 82 J., 160cm, 51,6kg

Frage: Sollte / könnte man aufgrund der jüngst hinzu gekommenen pAVK und der Studienlage (COMPASS) bei Frau F. die alleinige Marcumar-Therapie modifizieren ?

memo: Hirnblutung unter Marcumar

Zust. n. hämorrhagischer Enteritis ohne OAK

zwei sturzbedingte Frakturen (frail, elderly, Epilepsie)

CrCl 29ml/min

memo: DOACs off-label bei valvulärem VHF

Xarelto 2x2,5mg indiziert bei pAVK on top ASS



Frage: Antikoagulation / Antiaggregation?

1. Marcumar wie bisher alleine
2. Marcumar plus ASS
3. Marcumar (2,0 bis 3,0) plus 2 x 2,5mg Xarelto
4. Marcumar plus ASS plus 2 x 2,5mg Xarelto
5. 15mg Xarelto alleine
6. Xarelto morgens 15mg, abends 2,5mg
7. ASS alleine
8. ASS plus 2 x 2,5mg Xarelto
9. Vorhofohrverschluß plus ASS
10. Vorhofohrverschluß plus 2 x 2,5mg Xarelto



Diskussionsbemerkungen kontra Marcumar

- **Marcumar führt auf lange Sicht zur einer Verkalkung von Herzklappen und arteriellen Gefäßen.**
- **Unter Marcumar verschlechtert sich eine Niereninsuffizienz schneller als unter Xarelto.**
- **Unter Marcumar hat die Patientin mit der Hirnblutung trotz guter Einstellung eine typische Marcumarnebenwirkung erlitten.**
- **Trotz Marcumar ist es bei guter INR-Einstellung zu TIAs gekommen.**
- **Bei den vielen Medikamenten und Bedarfsmedikamenten sind Wechselwirkungen mit Marcumar wahrscheinlich.**



Diskussionsbemerkungen pro DOAC

- **DOACs sind nur bei mittelschwerer oder hochgradiger Mitralstenose nicht zugelassen.**
- **Da die Patientin derzeit nur eine leichtgradige Mitralstenose hat könnte man ihr ein DOAC verordnen.**



Diskussionsbemerkungen zum Procedere

- 1. Alleinige Marcumarbehandlung belassen, da bei
Hinzunahme von ASS Blutungskomplikationen drohen.**
- 2. Umsetzen auf 15 mg Xarelto.**
- 3. Verschuß des Vorhofohrs, anschließend 4 Wochen
Antikoagulation und danach dauerhaft 100mg ASS/Tag.**

