

HIT II

Reexposition negativ

In einem Einzelfallbericht wird ein 70-jähriger Patient beschrieben, der 18 Monate nach dem Auftreten einer Heparin-induzierten Thrombozytopenie Typ II (HIT II) versehentlichweise erneut mit 5000 I.E.

Heparin behandelt wurde. Die einmalige Gabe wurde ohne Abfall der Thrombozyten vertragen, auch zwei Antikörper-Nachweisteste blieben negativ. Es bleibt offen, ob der vermutete Boostereffekt der Antikörper in diesem Fall generell ausblieb oder die einmalige Heparin-gabe nicht ausreichte, erneut eine lebensgefährliche HIT II mit schweren Thromboembolien auszulösen.

Anmerkung

Trotz eines Nothilfepasses mit dem Eintrag „HIT II“ kam es zu einer Reexposition mit Heparin. Der blinde Verlauf bei diesem Patienten sollte einem prinzipiellen Verbot einer Therapie aller Heparine (bei dem Patienten bestand eine Kreuzreaktion mit niedermolekularen Heparinen und Danaparoid) nach einer HIT II nicht entgegenstehen, zumindest innerhalb von drei Monaten nach der letzten Heparin-gabe. Eine Kontrolle der Persistenz von HIT-Antikörpern ist dringend zu empfehlen. Auf eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abschätzung bei der Anwendung aller Heparine sollte generell geachtet werden. Insbesondere gelten für das Spülen von Kathedern mit einer Heparin-Kochsalzlösung die gleichen Vorsichtsmaßnahmen wie bei einer Therapie mit Heparin. Eine mögliche Sensibilisierung durch Heparin-haltige Salben wird ebenfalls diskutiert.

Übersicht Thromboembolierisiko Operation – Heparin-gabe

generelles Operationsrisiko	Tiefe Venentrombose	Lungenembolie	Tod
<b>Niedrig</b> (Pat. unter 40 Jahren, kurzer Eingriff, Arthroskopie, Gips)	2 %	0,2 %	0,02 %
<b>Mittel</b> (allgem.-chirurg., urolog., gynäkol. Eingriffe)	10 - 40 %	1-4 %	0,4-1 %
<b>Hoch</b> (Polytrauma, Becken-, Knie-, Hüft-Op.)	40-80 %	4-10 %	1 - 5 %

Heparinrisiko	Antikörper	HIT Typ II	Thrombosen, Herzinfarkte, Insulte	Tod
generell	8 - 12 %	3 %	1 %	0,1 %

Nutzen - Risiko - Abwägung:

Durch die Gabe von Heparin können drei von vier tiefen Venenthrombosen verhindert werden. Bei niedrigem Operationsrisiko und niedrigem individuellen thromboembolischen Risiko scheint jedoch eine Heparinisierung nicht unbedingt notwendig (siehe 1. Zeile der Tabelle).

Vor jeder Gabe von Heparin, am ersten Tag nach Beginn der Behandlung und anschließend regelmäßig alle drei bis vier Tage während der ersten drei Wochen müssen die Thrombozyten kontrolliert werden. In einem gerichtsmedizinischen Übersichtsreferat wird das Nichtbeachten heutiger Kenntnisse über immunogene Reaktionen von Heparinen als justiziables, ärztliches Versäumnis bezeichnet und empfohlen, während einer Therapie mit Heparinen die Thrombozyten täglich zu kontrollieren. Zur Diskussion wird auf Empfehlungen der chirurgischen bzw. phlebologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, abrufbar auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hingewiesen.

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 1999; 124: 1259,1267, 1271 ; P. Schönhöfer, Vortrag bei Forschungsgruppe Risiko-Wissenschaften Bremen 1999; Rechtsmedizin 1995; 5: 121

NICHT-STEROIDALE ANTIPLHLOGISTIKA

Parenterale Gabe

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) weist erneut darauf hin, daß die parenterale Anwendung von Nicht-steroidalen Antiphlogistika häufiger mit einem höheren Risiko unerwünschter Wirkungen einhergeht als die orale bzw. rektale Gabe. In der Regel sollte die von Patienten zum Teil gewünschte intramuskuläre Injektion nur zur Therapieeinleitung

und nur dann erfolgen, wenn eine andere Behandlung nicht möglich ist. Wegen anaphylaktischer Reaktionen sollte anschließend eine Beobachtungszeit von mindestens einer Stunde nach Injektion eingehalten werden. Therapiegerechte Packungseinheiten von einer Ampulle sind von der Überwachungsbehörde festgelegt worden

Quelle: Dt. Ärztebl. 1999; 96(43): A-2767

SELEKTIVE SEROTONIN-WIEDERAUFNAHME-HEMMER

Gastrointestinale Blutung

Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI, z.B. Citalopram, Clomipramin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertalin, Trazodon) erhöhen in einer retrospektiven Studie das Risiko von Blutungen des oberen Gastrointestinaltraktes in ähnlichem Ausmaß wie niedrig-dosiertes Ibuprofen. Diese leicht erhöhte Blutungsneigung wird bei gleichzeitiger Gabe von nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID) circa 10fach erhöht, auch die Kombination mit niedrig-

dosiertem ASS führt zu vermehrten Blutungen. Bei nicht-selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wie z.B. Amitriptylin, Imipramin, Dothiepin, Doxepin, Lofepamin ergab sich nur eine schwache Korrelation zu einer Blutungsneigung. Bei Antidepressiva mit selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung wie z.B. Desipramin, Maprotilin, Nortryptilin, Trimipramin fehlte diese unerwünschte Wirkung.

Quellen: Brit. Med. J. 1999; 319: 1081; Fortschr. Neurol. Psychiat. 1998; 66: 32

Anmerkung

Diese Ergebnisse bestätigen frühere Warnungen aus Deutschland. Dennoch müssen sie noch in prospektiven Studien bestätigt werden. Bei prädisponierten Patienten sollte bereits jetzt erwogen werden, NSAID mit geringerem Blutungspotential wie selektive COX-2-Hemmer anzuwenden. An die mögliche Einnahme freiverkäuflicher oraler Schmerz- und Rheumamittel (nicht paracetamolhaltige Mittel) denken!

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:  
Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,  
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf,  
Tel. (02 11) 43 02-587