

## Leben mit Gerinnungshemmern

# Schmerzen unter Gerinnungshemmung mit Vitamin-K-Antagonisten – Was tun?

Jeder Patient kann einmal die Notwendigkeit für eine kurzfristige Schmerztherapie haben, natürlich auch Patienten unter Gerinnungshemmung. Oft treten die Probleme wie Erkältung, Knieschmerzen o. ä. am Abend oder am Wochenende auf, so dass eine schnelle Linderung aus der Hausapotheke wünschenswert wäre.

Einige, auch frei verkäufliche, Schmerzmittel führen aber zu einer Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und sollten daher vermieden werden. Die Möglichkeiten der Schmerztherapie sollen hier anhand der verschiedenen Präparate dargestellt werden:

### Aspirin®, Wirkstoff: Acetylsalicylsäure

U. a. folgende typische Schmerzmittel enthalten Acetylsalicylsäure: z. B. ASS, Thomapyrin®, Dolomo®, Boxazin®, Grippal + C, Neuralgin®, Toga®.

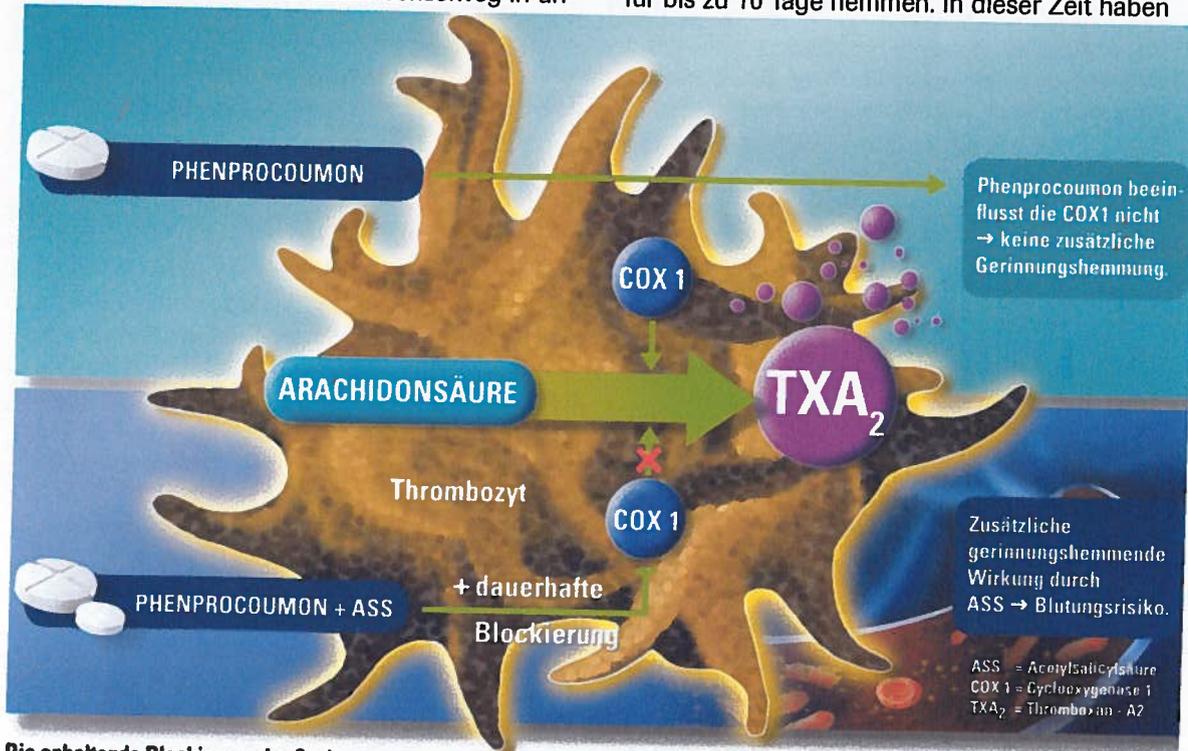
Der Wirkstoff „Acetylsalicylsäure“ hemmt unwiderruflich einen bestimmten Stoffwechselweg in un-

seren Blutplättchen (Thrombozyten), und zwar über die Hemmung des Enzyms Cyclooxygenase. Die Wirkung des Aspirins wird also erst nach Neubildung von frischen Blutplättchen im Knochenmark aufgehoben. Dieser Vorgang dauert individuell unterschiedlich lange, im Schnitt ist die Wirkung von Acetylsalicylsäure auf die Blutplättchen nach etwa 5 – 10 Tagen Dauer verschwunden. Auch eine kleine Dosis Acetylsalicylsäure (bereits 100 mg einmalig eingenommen) führt zu einer vollständigen Hemmung dieses Stoffwechselweges.

→ Anders formuliert: Bereits die Einnahme einer einzigen Schmerztablette mit Acetylsalicylsäure kann die Gerinnungsfähigkeit der Blutplättchen für bis zu 10 Tage hemmen. In dieser Zeit haben



Dr. med. Hannelore Rott



Die anhaltende Blockierung der Cyclooxygenase in Thrombozyten durch ASS bewirkt eine dauerhafte Gerinnungshemmung mit erhöhtem Blutungsrisiko, das bis zum Abbau der Thrombozyten bestehen bleibt.

Patienten, die andere gerinnungshemmende Mittel einnehmen wie z. B. Phenprocoumon, also ein erhöhtes Blutungsrisiko! Dies kann sich besonders auswirken, wenn in diesem Zeitraum noch ein Eingriff oder eine Punktion ausgeführt werden bzw. wenn eine Verletzung auftritt. Grundsätzlich sollte also Acetylsalicylsäure als Schmerzmittel bei Patienten, die bereits eine Gerinnungshemmung erhalten, vermieden werden.

**Ausnahme:** Einige Patienten mit sog. Stents am Herzen müssen eine Zeitlang Phenprocoumon + Acetylsalicylsäure oder manchmal sogar noch ein weiteres Medikament einnehmen und haben daher ein erhöhtes Blutungsrisiko (siehe „Die Gerinnung“ Nr. 46, Seiten 5-8). Diese Kombinationstherapie wird daher also immer so kurz wie möglich gehalten, die Dauer wird vom Kardiologen festgelegt.

### Antirheumatika:

Eine weitere Gruppe von Schmerzmitteln sind sog. nicht-steroidale Antirheumatika. Diese werden vor allem bei Kopf- und Gelenkschmerzen verwendet, sind aber auch gut wirksam bei Erkältungskrankheiten und bei Monatsbeschwerden.

Die typischen Wirkstoffe sind:

- Ibuprofen
- Naproxen
- Diclofenac
- Piroxicam

Die Wirkung auf die Funktion der Blutplättchen ist hier im allgemeinen schwach, oft kaum messbar. Zudem führen diese Mittel zu einer reversiblen Blutplättchenhemmung, d. h. das Blutplättchen ist in der Lage, nach einer kurzen Zeit den Stoffwechsel wieder zu normalisieren, es wird keine Neubildung von Blutplättchen hierzu benötigt. Deshalb dauert die gerinnungshemmende Wirkung dieser Mittel in der Regel auch nur 24 Stunden an. Somit sind diese Mittel deutlich geeigneter für Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, als Acetylsalicylsäure-haltige Mittel.

### Paracetamol:

Paracetamol ist ein beliebtes Schmerz- und Erkältungsmittel, da es auch eine fiebersenkende Wirkung hat. Paracetamol hat keine Wirkung auf die Gerinnung und kann daher ohne weiteres verwendet werden. Eine Überdosierung (mehr als 4000 mg tgl.) ist auch hier zu vermeiden, da diese zu Leberschäden führen kann.

### Metamizol (Novalgin®):

Auch Metamizol ist als Schmerzmittel für Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, geeignet, da kein zusätzlich gerinnungshemmender Effekt auftritt. Der Nachteil ist allerdings eine Einschränkung des Reaktionsvermögens, d. h. das Führen von Fahrzeugen und Maschinen wird unter Einnahme eher nicht empfohlen. Somit ist der Nutzen im Alltag doch deutlich eingeschränkt.

Zudem gibt es eine Reihe morphinähnlicher Mittel wie z. B.:

- Tramadol (*Tramal®*)
- Tilidin/Naloxon (*Valoron®*),
- Hydromorphon (*Palladon®*),
- Durogesic (*Fentanyl®*),
- Buprenorphin (*Temgesic®*).

Auch diese sind grundsätzlich als Schmerzmittel bei Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, geeignet, da keine Interaktion mit der Gerinnung stattfindet.

→ Aber Achtung: Wie bei Metamizol ist die Reaktionsfähigkeit stark vermindert und es besteht ein Abhängigkeitspotential!

### Fazit:

Frei verkäufliche Schmerzmittel der ersten Wahl bei Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, sind:

- Ibuprofen (vor allem bei Gelenk- und Kopf- und Monatsschmerzen) und
- Paracetamol (bei leichten Kopfschmerzen und Infekten).

Diese sollten am besten in der Hausapotheke vorrätig sein.

### Übliche Dosierungen:

- Ibuprofen 200 - 600 mg 1- bis 3-mal tgl. je nach Schwere der Schmerzen;
- Paracetamol 500 - 3000 mg 1- bis 3-mal tgl. je nach Schwere der Schmerzen.

### Einige wichtige Punkte noch zum Schluss:

→ Jedes neue Medikament, auch die einmalige Einnahme eines Schmerzmittels (!), kann zu Schwankungen beim INR-Wert führen. Daher bitte bei Selbstmedikation mit Schmerzmitteln am besten 2 x wöchentlich den INR kontrollieren und ggf. die Dosis anpassen. Viele Patienten beschreiben z. B. eine INR-Erhöhung nach Einnahme von Ibuprofen.

→ Nahezu alle Schmerzmittel können, insbesondere bei länger andauernder und hochdosierter Medikation, die Schleimhäute des Magen-Darm-Traktes angreifen und hier zu Geschwüren und Blutungen führen. Magen- und Darmblutungen tragen erheblich zur Sterblichkeit bei Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, bei! Daher ist es oft sinnvoll, vor Beginn einer längerfristigen Schmerzmitteltherapie eine bakterielle Besiedlung des Magens auszuschließen (sog. Helicobacter-Test) sowie, falls nötig, ein Magenschutzmedikament dazu zu geben, wie z. B. die Wirkstoffe Omeprazol und Pantoprazol.

→ Daher bitte niemals länger als eine Woche Schmerzmittel einnehmen ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt!

→ Jede Blutung aus dem Magen-Darm-Trakt ist ein Notfall und bedarf sofortiger Klärung, meist mittels Spiegelung von Magen und /oder Darm.

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

## Sie fragen ... PD Dr. med. Jan Steffel, Oberarzt i.V. für Rhythmologie und Kardiologie, antwortet:

### Betr.: Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern (VHF)

Ich bin Mitglied bei INR Swiss und lese regelmäßig Ihre Zeitschrift „Die Gerinnung“. Im Heft Nr. 43 ist ein Artikel über das Schlaganfallrisiko bei VHF.

Dazu eine Frage, die vielleicht andere Patienten auch noch interessiert.

Ich habe seit ca. 20 Jahren in Abständen von ca. 2 Jahren ein sporadisch einsetzendes VHF, dies dauert in der Regel 24 bis 48 Stunden. Sobald ich spüre, dass es einsetzt, nehme ich ein vom Kardiologen abgegebenes Antiarrhythmikum (Amiodaron 200) dreimal täglich ein. Nach Wiedereinsetzen des normalen Herzrhythmus setze ich das Medikament nach 2-3 Tagen wieder ab. Nun meine Frage dazu: Macht es Sinn, die ganze Zeit ohne VHF die Antikoagulation (INR 2-3) aufrecht zu erhalten, wenn das Ereignis nur ca. alle 2 Jahre eintritt? Wie groß ist das Schlaganfallrisiko wenn beim Eintritt des VHF sofort Heparin gespritzt wird, welches dann nach dem VHF Anfall wieder abgesetzt wird?

R.P.

### Unsere Antwort:

Hier handelt es sich bis zum Beweis des Gegenteils um ein paroxysmales VHF. Die Wahrscheinlichkeit, dass es im Interim eben doch hin und wieder zu (sei es kurzem und/oder asymptomatischem) VHF kommt, ist relativ hoch. Aus diesem Grund würde ich in diesem Fall die Blutverdünnung entsprechend Risikostratifizierung (CHA2DS2-VASc) weiter geben – erst recht, wenn der Patient die Gerinnungs-Selbstbestimmung durchführt und damit (hoffentlich) sehr gut eingestellt ist. Es bestünde die Möglichkeit (mittels R-Test, Loop Rekorder oder sogar Reveal Rekorder Implantation), den Rhythmus „kontinuierlich“ über mehrere Monate zu überprüfen. Stellt sich dann heraus, dass er tatsächlich ausschliesslich an den von ihm beschriebenen Tagen im VHF ist, dann – und nur dann! – wäre für mich ein Absetzen der OAK (Gerinnungshemmung) zu rechtfertigen. Ein singuläres 24-Stunden EKG reicht sicher nicht aus! Sollte man sich zum Absetzen der OAK entscheiden (unter den gen. Voraussetzungen), dann muss man in der Tat nur handeln, sobald das VHF auftritt. Hier gilt im Prinzip dieselbe Regel wie immer: Wenn das VHF länger als 48 Stunden dauert, muss das Blut vor einer Konversion (egal ob pharmakologisch oder elektrisch) verdünnt werden – und zwar für vier Wochen vor der Konversion bis vier Wochen nachher. Ist man sicher (!) innerhalb dieses Zeitfensters von 48 Stunden, kann ohne Blutverdünnung und ohne Thrombenausschluss (TEE) konvertiert werden.



PD Dr. med. J. Steffel

### Betr.: Vorhofflimmern und Panikattacken

Ich bestimme meinen INR-Wert seit 2005 selbst. Seit dieser Zeit beziehe ich auch Ihre hochaktuelle Zeitschrift „Die Gerinnung“. Dies hat mir schon oft weitergeholfen und Ängste genommen. Ein Problem macht mir jedoch nach wie vor große Sorgen: Ich bin 74 Jahre alt und habe seit 2005 intermittierendes Vorhofflimmern. Meinen INR-Wert bestimme ich wöchentlich, bei Bedarf auch öfters, selbst. In den vergangenen Jahren lagen meine INR-Werte lediglich fünf mal leicht (3,3/1,9) und für kurze Zeit außerhalb der Norm von zwei bis drei. Während das Vorhofflimmern am Anfang