

## Richtig medizieren vor Kniearthroskopie Clopidogrel absetzen?

**Frage:** Eine 43-jährige Patientin wurde nach einem ischämischen Insult 2008 auf ASS und Clopidogrel eingestellt. Bekannt sind eine Endangitis obliterans, Zustand nach Thrombose, ein offenes Foramen ovale und ein Nikotinkonsum von 20 Zigaretten/Tag. Nun ist eine Kniearthroskopie geplant und die Operateure möchten, dass Clopidogrel abgesetzt wird. Gibt es ein Reboundphänomen, welches Vorgehen empfiehlt sich bei der Risikopatientin?

**Prof. Dr. Hanno Ries, Berlin:** Für eine Art „Bridging“ von plättchenfunktionshemmenden Medikamenten gibt es keine belastbare Datenlage, sondern nur unterschiedliche an der Pathophysiologie ausgerichtete Vorschläge. Ein „Reboundphänomen“ ist nicht akzeptiert, allerdings ist von einer nachlassenden protektiven Wirkung in Abhängigkeit von der Halbwertszeit von Clopidogrel auszugehen. Ob für eine Arthroskopie Clopidogrel pausiert werden muss, ist Gegenstand einer offenen und kontroversen Diskussion.

Bei Ihrer Patientin gehe ich von einem erhöhten venösen Thromboembolierisiko aus (Thrombose in der Anamnese, zudem ist ein thromboembolischer Schlaganfall mit gekreuzter Embolie bei offenem Foramen ovale in Betracht zu ziehen), so dass ich beim Pausieren von Clopidogrel (sieben bis zehn Tage präinterventionell) mit einer überbrückenden Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin (NMH, in Hochrisikodosisierung einmal täglich für drei Tage, gefolgt von zwei mal täglich bis zum präoperativen Abend) beginnen würde.

### Nach dem Eingriff: Clopidogrel und NMH parallel

Acht bis zwölf Stunden nach der (unkomplizierten!) Arthroskopie sollte dann eine postinterventionelle NMH-Gabe parallel mit Wiederbeginn von Clopidogrel entweder als Loading-Dose mit 300 mg oder gleich mit 75 mg täglich erfolgen, im letzteren Falle NMH noch für zwei Tage einmal täglich fortführen.

**Dr. Eberhard Förster, Braunschweig:** Prinzipiell erscheint das vorgeschlagene Vorgehen (Clopidogrel ca. eine Woche abzusetzen, Beschränkung auf die einfache Sekundärprophylaxe mit ASS) angemessen. Auch ist eine perioperative Thromboseprophylaxe ab dem Abend vor der OP bis zur vollen Mobilisierung mit NMH bei einem mit hohem Thromboserisiko verbundenen Eingriff zwingend erforderlich. Ein elektiver endoskopischer Eingriff unter einer dualen Plättchenhemmung (Clopidogrel + ASS) kommt wegen des massiv erhöhten Blutungsrisikos (ähnlich hoch wie bei einem Marcumar-Patienten) auf keinen Fall infrage!

**Prof. Dr. Hanno Ries, Berlin:** Ich stimme Ihnen im Prinzip zu! Kritisch wird die Nutzen/Risiko-Abwägung bei „vitaler“ Indikation für die duale Plättchenfunktionshemmung! Zum Glück sind solche Patienten nicht unser Regelfall!

Expertenrat Hämostaseologie  
www.springermedizin.de

## Kontrolle auf Größenzunahme!

# Können Milzzysten bei Sport platzen?

**Frage:** Eine sportliche 30-jährige Patientin sprach mich an, inwieweit bei ihr zufällig diagnostizierte Milzzysten von 6 x 6 cm und 3,5 x 4 cm bei körperlicher Aktivität oder auch bei Unfällen komplikationsträchtig rupturieren könnten und eine präventive Entfernung bzw. Punktion sinnvoll wäre. Gibt es Daten zur Häufigkeit und Komplikationen solcher Rupturen?

**Dr. Martin Held, München:** Es ist zu unterscheiden, ob die Zysten an der Oberflä-

che der Milz sind oder von Milzgewebe umgeben. Letztere sind ungefährlich. Ferner sollte erwiesen sein, dass es sich um eine blande Zyste handelt und nicht um eine eingeblutete Zyste. Ich würde die Zysten auf Größenzunahme kontrollieren und bei Größenzunahme die Zystenresektion, nicht die Splenektomie empfehlen. Die Spontanrupturrate ist sehr gering und sicher unter 5% an der Oberfläche gelegen, wenn auch keine Beschwerden bestehen. Natürlich kann ein Trauma zu einer Ruptur der Zyste führen,

aber ebenso zu einer Milzruptur. Eine Punktion ist nicht sinnvoll und risikoreich bezüglich der Blutungsgefahr. Aktuell halte ich eine abwartende Haltung für gerechtfertigt.

Expertenrat Gastroenterologie  
www.springermedizin.de

Lässt Sport die Zysten platzen?