

Transienter prothrombotischer Zustand

Heparin vor Marcumar: Immer indiziert?

Frage: Immer wieder wird Patienten, die eine orale Antikoagulation benötigen, empfohlen, bevor die eigentliche Aufdosierung mit Marcumar erfolgt, für einige Tage Heparin in therapeutischer Dosis zu sich zu nehmen. Was spricht gegen den gleichzeitigen Beginn dieser Aufdosierung zusammen mit dem Beginn der Heparintherapie?

Dr. Jan Kaufmann, Berlin: Phenprocoumon (Marcumar) hemmt in der Leber nicht nur die Bildung aktiver Gerinnungsfaktoren (II, VII, IX und X), son-

dern auch die antikoagulatorisch wirkenden Proteine C und S (Cofaktor des aktivierten Protein C) aus inaktiven „Precursor“-Proteinen.

Da bei Therapiebeginn die antikoagulatorisch wirkenden Proteine schneller abfallen als die Faktoren II, IX und X und geringfügig langsamer als Faktor VII, überwiegen vorübergehend thrombophile Faktoren. Um diesem transienten „prothrombotischen“ Zustand entgegenzuwirken, wird die Phase bis zum Erreichen einer suffizienten Gerinnungshemmung durch Marcumar mit Heparin überbrückt.

Dabei werden im ambulanten Bereich meist niedermolekulare Heparine (NMH) verwendet, z. B. Nadroparin-Calcium. Nach subkutaner Injektion wird die maximale anti-Xa-Aktivität (c_{\max}) von Nadroparin-Calcium nach etwa drei Stunden (t_{\max}) erreicht. Bei einer Halbwertszeit von ca. acht Stunden (Protein C) bzw. > 24 h (Protein S) ist ein zeitgleicher Beginn der Marcumaraufsättigung mit dem Beginn der NMH-Gabe unbedenklich.

Expertenrat Pharmakologie,
www.springermedizin.de

Diabetiker mit vier Wäschewechseln pro Nacht

Macht die Neuropathie schweißnass?

Frage: Ich betreue einen 42-jährigen Patienten, der seit 1990 Diabetes Typ-2 hat und seit 2000 insulinpflichtig ist. Er leidet zudem an diabetischer Retinopathie, Polyneuropathie und Hypertonus. Seit vier Monaten ist er dialysepflichtig. Seit der ersten Dialyse leidet er unter persistierendem Schwitzen bei einer Temperatur unter Dialyse von 36,8°C. Nachts muss die Wäsche viermal gewechselt werden. Es besteht keine Unterzuckerung, denn der Blutzucker wird durch die Mutter geregelt (HbA1c-Wert = 6,1). Es besteht keine Hyperthyreose, keine Endokarditis und kein Tumornachweis. Als Medikamente nimmt der Patient folgende zu sich: Atacand, Biso, Torem 200, Xipamid (Restdiurese 500 ml) Calcitriol, Calciumacetat-Nefro, Fosrenol, Dekristol (alle zwei Wochen), Insulinanaloge (2–3 IE/KH morgens und mittags und 1,5 IE/KH abends). Was ist Ihrer Meinung nach die Ätiologie der genannten Symptome? Welche Therapiemöglichkeiten bestehen?

Prof. Dr. Matthias Girndt, Halle (Saale): Eine ausgeprägte Hyperhidrose ist als Folge der diabetischen Neuropathie als relativ seltene Komplikation bekannt, häufiger ist die zum Teil regionale Anhidrose.

Die Differenzialdiagnose haben Sie ja bereits durchdacht und überprüft, gegebenenfalls sollte nach den infektiösen und malignen Ursachen im Verlauf erneut geschaut werden. Der zeitliche

Zusammenhang mit der Dialyse – und wahrscheinlich auch einem Volumenzug bei geringer Restdiurese – lässt mich an eine Bedeutung der Sympathikusaktivierung für die Hyperhidrose denken.

Obwohl spekulativ und mit aller Vorsicht empfohlen, könnte gegebenenfalls ein Behandlungsversuch mit einem zentralen Sympathikusblocker zur Nacht in Betracht kommen, wie z. B. Moxonidin oder Clonidin; dabei Betablocker gegebenenfalls reduzieren.

Expertenrat Nephrologie,
www.springermedizin.de



Jede Nacht häuft sich bei diesem Patienten eine ganze Menge Wäsche!