

Wichtige Hinweise zu den folgenden Tabellen:

- Vor Nutzung der u.s. Angaben muss immer die individuelle klinische Situation des Patienten bewertet werden – insbesondere bei blutungsgefährdeten Patienten!
- Die folgenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Dosierung von Gerinnungshemmern bei Erwachsenen!
- Die vom Labor ermittelte GFR beruht auf einer Schätzformel. Die tatsächliche GFR kann in Abhängigkeit von Über- oder Untergewicht oder bei instabiler Nierenfunktion erheblich abweichen. Dann ist ein 24-Stunden Sammelurin empfehlenswert
- Ansprechpartner bei Fragen ist die Abteilung Arzneimittelinformation und Klinische Pharmazie der Zentralapotheke, Tel: 0511/927 6602 sowie der Stationsapotheker vor Ort

Antikoagulation bei Niereninsuffizienz

Dalteparin (Fragmin®)

	GFR > 30ml/min	GFR 15 – 30ml/min	GFR < 15ml/min (exkl. Dialyse)
Thromboembolieprophylaxe bei internistischen Patienten mit reduzierter Mobilität	5000 I.E. 1x tägl.	5000 I.E. 1x tägl. zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung*	5000 I.E. 1x tägl. zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung*
Thromboembolieprophylaxe bei chirurgischen Patienten	Mäßiges thromboembolisches Risiko: 2500 I.E. 1x tägl. Hohes thromboembolisches Risiko: 5000 I.E. 1x tägl.	Mäßiges thromboembolisches Risiko: 2500 I.E. 1x tägl. Hohes thromboembolisches Risiko: 5000 I.E. 1x tägl. zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung*	Mäßiges thromboembolisches Risiko: 2500 I.E. 1x tägl. Hohes thromboembolisches Risiko: 5000 I.E. 1x tägl. zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung*
Bridging einer oralen Antikoagulation bei moderatem bis hohem Risiko für Thrombembolien und ohne erhöhtes Blutungsrisiko	in Diskussion Angaben CP: Wie unter „Therapie VTE/LE“ oder 5000 I.E. 1 x tgl.	in Diskussion	in Diskussion
Therapie einer tiefen Venenthrombose oder Lungenembolie	200 I.E./kg <u>1x</u> täglich oder 100 I.E./kg <u>2x</u> täglich	200 I.E./kg <u>1x</u> täglich oder 100 I.E./kg <u>2x</u> täglich zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung**	200 I.E./kg <u>1x</u> täglich oder 100 I.E./kg <u>2x</u> täglich zusätzlich Anti-Xa-Spiegelbestimmung**
Therapie der instabilen Angina pectoris oder eines NSTEMI; Therapie eines akuten STEMI	nicht zugelassen	nicht zugelassen	nicht zugelassen

Wenn nicht anders angegeben erfolgt die Injektion von Dalteparin subcutan.

* Abnahme 3-4h nach Applikation ab Tag 3 nach Beginn; Zielbereich Primärprophylaxe: 0,1-0,4 I.E./ml

** Abnahme 3-4h nach Applikation ab Tag 3 nach Beginn; Zielbereich Therapie: 0,8-1,6 I.E./ml (1x tgl.) und 0,5-1,0 I.E./ml (2x tgl.)

Direkte orale Antikoagulantien (DOAKs)

Indikation	GFR [ml/min]	Rivaroxaban (Xarelto®)	Apixaban (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)	Dabigatran (Pradaxa®)
Nicht-valvuläres Vorhofflimmern	≥ 50	1 x 20mg	2 x 5mg ⁽¹⁾	1 x 60mg ⁽²⁾	2 x 150mg ⁽³⁾
	30 - 49				2 x 150mg ^(3,4)
	15 - 29	1 x 15mg	2 x 2,5mg	1 x 30mg	
	< 15	nicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen	Kontraindiziert
Akut-Therapie einer tiefen Venenthrombose oder Lungenembolie (Dauer: 3-6 Monate)	≥ 50	2 x 15mg (21d), dann 1x 20mg	2 x 10mg (7d), dann 2 x 5mg	1 x 60mg ^(2,6)	2 x 150mg ^(3,6)
	30 - 49	2 x 15mg			2 x 150mg ^(3,4,6)
	15 - 29	(21d), dann 1x 20mg ⁽⁵⁾	s.o., mit Vorsicht	1 x 30mg ⁽⁶⁾	
	< 15	nicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen	Kontraindiziert
Verlängerte Erhaltungstherapie einer Venenthrombose oder Lungenembolie⁽⁷⁾	≥ 50	1 x 10mg ⁽⁸⁾	2 x 2,5mg	1 x 60mg ^(2,6)	2 x 150mg ^(3,6)
	30 - 49				2 x 150mg ^(3,4,6)
	15 - 29	1 x 10mg ⁽⁹⁾	s.o., mit Vorsicht	1 x 30mg	
	< 15	nicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen	Kontraindiziert
Primärprophylaxe venöser Thrombo- embolien nach elektivem Gelenkersatz	≥ 50			Keine Zulassung	1 x 220mg ⁽¹⁰⁾ (1. Dosis: 110mg 1 - 4h postOP)
	30 - 49	1 x 10mg (1. Dosis: 6 - 10h postOP)	2 x 2,5mg (1. Dosis: 12 - 24h postOP)		1 x 150mg (1. Dosis: 75mg 1 - 4h postOP)
	15 - 29	s.o., mit Vorsicht	s.o., mit Vorsicht		
	< 15	nicht empfohlen	nicht empfohlen		Kontraindiziert

⁽¹⁾ Dosis auf 2 x 2,5mg/d reduzieren, wenn ≥ 2 der folgenden Kriterien erfüllt sind: Kreatinin ≥ 1,5mg/dl; Alter ≥ 80 Jahre; Gewicht ≤ 60kg.

⁽²⁾ Bei Gewicht ≤ 60 kg: Reduktion auf 1 x 30mg/d.

⁽³⁾ Bei Patienten 75 - 79 Jahre: Reduktion auf 2 x 110 mg/d erwägen (nach individueller Beurteilung des Thromboembolie- und Blutungsrisikos). Patienten ≥ 80 Jahre: 2 x 110mg/d.

⁽⁴⁾ Reduktion auf 2 x 110mg/d erwägen (nach individueller Beurteilung des Thromboembolie- und Blutungsrisikos).

⁽⁵⁾ Reduktion ab Tag 22 auf 1 x 15mg/d erwägen (nach individueller Beurteilung des Risikos für rezidivierende tiefe Venenthrombose, bzw. Lungenembolie und des Blutungsrisikos).

⁽⁶⁾ Nach initial mindestens 5 Tagen parenteraler Antikoagulation.

⁽⁷⁾ Im Anschluss an eine mindestens 6-monatige Therapie.

⁽⁸⁾ Bei hohem Risiko für rezidivierende tiefe Venenthrombose, bzw. Lungenembolie 1 x 20mg/d erwägen.

⁽⁹⁾ Bei hohem Risiko für rezidivierende tiefe Venenthrombose, bzw. Lungenembolie 1 x 20mg/d erwägen; bei hohem Rezidiv-Risiko und zusätzlich höherem Blutungsrisiko 1 x 15mg/d erwägen.

⁽¹⁰⁾ Bei Patienten > 75 Jahre: Reduktion auf 1 x 150mg/d (1. Dosis: 75mg 1 - 4h postOP).

Quellen: Fachinformationen Clexane®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana® u. Pradaxa®; Zugriff 02/2018

Antikoagulation bei Adipositas

Dalteparin (Fragmin®)

Prophylaktische Dosierung	Ab BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$: 1x tägl. 7500 I.E. Anti-Faktor-Xa Monitoring ab $>180 \text{ kg KG}$ empfohlen: Zielbereich 0,2 – 0,4 I.E./ml (bei Abnahme 4h nach Applikation)
Therapeutische Dosierung	1 x tgl. 200 I.E. Dalteparin nach aktuellem Körpergewicht (total body weight TBW) Studiendaten liegen, wenn auch nur in kleiner Fallzahl bis zu einem Körpergewicht von 190 kg vor (s. Dok. Nr. 52805: Dosierung von Dalteparin (Fragmin®)) Ab einem Körpergewicht $> 150 \text{ kg}$ oder einem BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ kann die körperlsgewichtsadaptierte Dosierung zu einer Überantikoagulation führen. Daher kann ab diesem Gewichtsbereich eine Bestimmung des Anti Faktor Xa zur Therapiesteuerung sinnvoll sein. Zielbereich bei einmal täglicher Gabe: 0,8-1,6 I.E./ml* (bei Abnahme 4h nach Applikation). Bei Applikation von 2 x 100 I.E./kgKG resultieren Anti Faktor Xa Spiegel von 0,6 – 1,0 I.E./ml**.

* Produktinformation Pfizer

**Fachinformation Fragmin

Direkte orale Antikoagulantien (DOAKs)

	Empfehlung
Dabigatran (Pradaxa®)	Vermeiden bei Patienten $> 100 \text{ kg}$ Körpergewicht, ggf. Wechsel auf Xarelto oder Eliquis <u>Fachinfo:</u> Talspiegel bei Patienten $> 100 \text{ kg}$ ca. 20% niedriger als bei Patienten mit einem Körpergewicht von 50 – 100kg; <u>Pathak et al. 2015:</u> $Q_0 = 0,2$, bei Übergewichtigen Nierengesunden höhere GFR, daher beschleunigte Exkretion zu erwarten. $V_d = 60 - 70 \text{ L}$, hohes Verteilungsvolumen führt zu niedrigeren Wirkstoffspiegeln bei Übergewichtigen.; <u>Morrill et al. 2015:</u> Subgruppenanalyse der RECOVER-Studie zeigt höhere Inzidenz von Schlaganfällen und VTE bei Patienten $> 100 \text{ kg}$ Körpergewicht.
Rivaroxaban (Xarelto®)	Geeignet zur Therapie adipöser Patienten, keine Dosisanpassung notwendig <u>Fachinfo, Moore et al. 2017:</u> Keine Dosisanpassung bei Übergewicht erforderlich.; <u>Morrill et al. 2015:</u> EINSTEIN- und ROCKET AF-Studien finden keinen Zusammenhang zwischen Körpergewicht und klinischen Endpunkten. Pharmakokinetische und –dynamische Betrachtungen zeigen keine signifikanten Unterschiede bei der AUC, T_{max} , C_{max} , HWZ und FXa-Inhibition bei übergewichtigen gegenüber normalgewichtigen Patienten.
Apixaban (Eliquis®)	Geeignet zur Therapie adipöser Patienten, keine Dosisanpassung notwendig <u>Fachinfo, Upreti et al. 2013:</u> Keine Dosisanpassung bei Übergewicht erforderlich.; <u>Morrill et al. 2015:</u> ADVANCE-Studie hat keinen signifikanten Zusammenhang zwischen VTE-Inzidenz und Übergewicht gefunden.
Edoxaban (Lixiana®)	Vermeiden bei adipösen Patienten, ggf. Wechsel auf Xarelto® oder Eliquis® <u>Graves et al. 2017:</u> Subgruppenanalyse der „ENGAGE AF-TIMI 48“-Studie zeigt höhere Inzidenz ischämischer Schlaganfälle bei Patienten mit $CrCl > 95 \text{ ml/min}$. Die Kreatinin Clearance bei Adipösen ist i.d.R. $> 95 \text{ ml/min}$ sofern keine signifikante Nierenfunktionsstörung vorliegt. <u>Caterina et al. 2017:</u> $V_d = 107 \text{ L}$; $Q_0 = 0,5$; Plasmaproteinbindung ca. 55%; Bei Betrachtung der Pharmakokinetischen und –dynamischen Eigenschaften sollte Edoxaban bei übergewichtigen Patienten mit Vorsicht eingesetzt werden.

Quellen:

Fachinformationen Fragmin® 4ml Multidose 25.000 IE/ml, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana® u. Pradaxa®; Zugriff 02/2018 und 11/2020 (Fragmin)

Douketis et al., Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2015;373(9): 823-33

Meta-analysis on efficacy and safety of new oral anticoagulants for venous thromboembolism prophylaxis in overweight and obese postarthroplasty patients - Pathak et al. 2015

Dosing of Target-Specific Oral Anticoagulants in Special Populations - Morril et al. 2015

Use of Oral Anticoagulants in Obese Patients - Graves et al. 2017

The non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) and extremes of body weight - Catherina et al. 2017

Prospective comparison of three enoxaparin dosing regimens to achieve target anti-factor Xa levels in hospitalized, medically ill patients with extreme obesity - Freeman et al. 2012

Dosage of enoxaparin among obese and renal impairment patients - Bazinet et al. 2005

Monitoring Enoxaparin with Antifactor Xa Levels in Obese Patients - Lee et al. 2015

Diese Information ist aus den genannten Quellen zusammengestellt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; sie dient lediglich zur internen Information und ist nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt.