

## Rezidivrisiko bei venösen Thromboembolien (ohne Passwort zugänglich)

m -- Iorio A, Kearon C, Filippucci E et al. Risk of recurrence after a first episode of symptomatic venous thromboembolism provoked by a transient risk factor: a systematic review. Arch Intern Med 2010 (25. Oktober); 170: 1710-6

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Christina Jeanneret

### Studienziele

Personen, die eine venöse Thromboembolie (VTE) aufgrund eines bekannten, zeitlich limitierten Risikofaktors (RF) erleiden, haben ein geringeres Rezidivrisiko als solche mit einer VTE unbekannter Ursache, weshalb sie in der Regel nur 3 Monate antikoaguliert werden. Im Rahmen dieser Meta-Analyse sollte dieses Risiko quantifiziert und verschiedene Arten von Risikofaktoren miteinander verglichen werden.

### Methoden

Nach einer elektronischen Suche in verschiedenen medizinischen Datenbanken wurden die 1'089 gefundenen Studien von zwei Studienverantwortlichen unabhängig voneinander beurteilt. Berücksichtigt wurden randomisierte Studien oder prospektive Kohortenstudien, welche folgende Kriterien erfüllten: 1. Die Teilnehmenden hatten aufgrund eines zeitlich limitierten RF eine erste VTE erlitten. 2. Danach wurden sie mindestens 3 Monate lang antikoaguliert. 3. Nach Absetzen der Antikoagulation wurden die Teilnehmenden für 12 bis 24 Monate nachbeobachtet. 4. Allfällige Rezidivthrombosen wurden systematisch erfasst und durch ein objektives Testverfahren bestätigt. 5. Die dabei ermittelten Rezidivraten wurden im Artikel erwähnt.

### Ergebnisse

In 13 der 15 Studien, welche die obigen Kriterien erfüllten, wurden die VTE-Raten im Laufe der ersten 12 Monaten rapportiert – dabei kam es insgesamt zu 96 VTE während 2'273 Personenjahren, was 3,1% Rezidiven pro Personenjahr entspricht. 11 Studien enthielten Angaben zur Rezidivrate innerhalb der ersten 24 Monate – hier ereigneten sich insgesamt 150 Rezidive während 4'186 Personen-Jahren, entsprechend 3,3% pro Personenjahr. War der RF für die erste Thrombose ein chirurgischer Eingriff, betrug die Rezidiv-Rate nach 12 Monaten 1%. Hatte es sich um einen nicht-chirurgischen RF gehandelt (verschiedene Formen von Immobilisation, Schwangerschaft, Geburt, Einnahme von Kontrazeptiva u.a.), betrug sie 5,8%. Da in 11 der untersuchten Studien auch Personen mit einer VTE unklarer Ursache weiter beobachtet worden waren, konnte hier die entsprechende Rezidivrate zum Vergleich ebenfalls berechnet werden, sie betrug 7,9%.

### Schlussfolgerungen

Das Rezidivrisiko einer venösen Thromboembolie nach einem chirurgischem Eingriff ist gering, mässig bei Vorliegen eines

nicht-chirurgischen Risikofaktors und hoch beim Fehlen eines spezifischen Risikofaktors. Dieser Aspekt sollte beim Festlegen der Dauer einer Antikoagulation nach VTE beachtet werden.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

*Die vorliegende Studie fasst in einer Meta-Analyse alle registrierten Studien zur «provozierten» Thromboembolie zusammen. Leider sind aber nur in der Hälfte der Fälle randomisierte, kontrollierte Studien analysiert worden, mit Fallzahlen bis zu einem Maximum von 456 Personen. Die weitaus grösseren Studien waren alles Beobachtungsstudien. Die Definition der Risikofaktoren ist in den einzelnen Studien ebenfalls unterschiedlich, die in der Meta-Analyse vorgenommene Einteilung in «chirurgische» und «nicht-chirurgische» Risiken erscheint mir jedoch sinnvoll. Unter den «nichtchirurgischen» Faktoren ist die «anamnestisch stattgehabte Thromboembolie» aufgeführt. Meines Erachtens gehört diese Entität nicht zu den transienten Risikofaktoren. Nichtsdestotrotz schliesse ich mich der Schlussfolgerung der Studienverantwortlichen an, wonach das Rezidivrisiko nach einer durch Operation hervorgerufenen Thromboembolie gering ist. Hoch ist es hingegen, wenn die Thromboembolie unprovoziert war. Auch die Studienverantwortlichen geben hier Raum für eine Grauzone, indem sie ein intermediäres Risiko definieren bei durch «nicht-chirurgische» Risikofaktoren provozierte Thromboembolien. Es gibt Bestrebungen, das auf die einzelne Person bezogene Rezidivrisiko mit einem «Score-System» zu erfassen, was meines Erachtens ein sehr guter und gangbarer Weg ist. Unter anderem werden auch der «Rest-Thrombusload» in den Beinvenen ebenso wie persistierend erhöhte D-Dimere in die Beurteilung miteinbezogen.*

Christina Jeanneret