

Ny og gammel antikoagulerende behandling

Thomas Decker Christensen, Tina Svenstrup Poulsen, Steen Husted & Anna-Marie Münster

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Trombose og
Hæmostase

Årligt behandles ca. 350.000 danske patienter med antikoagulerende (AK)-medicin. Indikationerne varierer fra apopleksiprofylakse ved atrieflimren (AFLI) og mekaniske hjerteklapper til forebyggelse af og behandling ved venøs tromboemboli (VTE). I en lang årrække har AK-behandling omfattet hepariner (ufraktioneret og lavmolekylært heparin), pentasaccharid og K-vitamin-antagonister (VKA) (warfarin og phenprocoumon).

I 2012 er der tilkommet nye orale antikoagulantika (NOA) som alternativer til AK-behandling. Dabigatranetexilat og rivaroxaban hæmmer henholdsvis trombin og faktor Xa og er godkendt til profylakse mod apopleksi og systemisk emboli ved nonvalvulær AFLI og VTE-profylakse ved større ortopædkirurgiske indgreb. Rivaroxaban er også registreret til behandling af venøs trombose. Apixaban er godkendt til profylakse i forbindelse med større ortopædkirurgiske indgreb og forventes snart godkendt til apopleksiprofylakse ved nonvalvulær AFLI. Umiddelbare fordele ved NOA er, at de gives i fast daglig dosering og ikke kræver monitorering. Største ulempe er mangel på antidot i tilfælde af blødning.

Der er udført store randomiserede *non-inferiority*-studier, hvor NOA sammenlignes med konventionel VKA-behandling. I studierne har man belyst forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med AFLI og fundet, at NOA er mindst lige så virkningsfulde som konventionel VKA-behandling. Kontrol og styring af VKA-behandlingen blev foretaget på en hospitalsafdeling eller hos egen læge, og har, bedømt ud fra den gennemsnitlige tid i terapeutisk interval (TTI) på 60%, ikke været optimal. Styring af VKA-

behandlingen er essentiel for behandlingsresultatet, og med en TTI $\geq 70\%$ er VKA-behandling konkurrencedygtig i sammenligning med NOA [1]. Selvtæstning og selvstyring af VKA-behandling er metoder til at opnå en god behandlingskontrol, og ved anvendelse af disse metoder opnås en TTI på 70% eller højere [1].

VKA-behandling har været tilgængelig i mange år. På trods af dette har det knebet med at få patienter med relevant indikation sat i behandling og opnå høj kvalitet i behandlingen. Ved introduktion af NOA bør der være en skærpet opmærksomhed på: 1) iværksættelse af AK-behandling til alle patienter med indikation og 2) vigtigheden af kvaliteten af konventionel VKA-behandling.

For patienter, der er i VKA-behandling, er det vigtigt at få den korrekte overlappende (*bridging*) behandling i forbindelse med invasive og operative procedurer. Derfor har Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH) udviklet en »onlineapplikation«, som findes på selskabets hjemmeside [2], og ved hjælp af denne fås et forslag til *bridging* for den enkelte patient.

I Danske Regioner har man også været opmærksom på disse nye præparater, og man har ultimo 2011 nedsat Fagudvalg for Lægemidler til Antitrombotisk Forebyggelse og Behandling, samt Lægemidler til Trombocythæmning hos Patienter med Cardiologiske Lidelser under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin. DSTH har formandskabet i dette fagudvalg. Endvidere har DSTH i samarbejde med flere andre selskaber i 2012 udgivet trombokardiologirapporten [3], hvori man bl.a. kan få viden om NOA.

KORRESPONDANCE: Thomas Decker Christensen, Hjerte-lunge-kirurgisk Afdeling T, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgaardsvej, 8200 Aarhus N. E-mail: tdc@ki.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Christensen TD, Larsen TB, Hasenkam JM. Results of vitamin K antagonist treatment in patients with atrial fibrillation depend on the type of management. *Circulation* 2012;126:e45.
2. <http://dsth.dk/prab/index.html>.
3. Trombokardiologirapporten. København: Dansk Cardiologisk Selskab, 2012.



Hjemmesiden www.dsth.dk giver svar på spørgsmål om trombose og hæmostase. Tegnet af Anette Riemann.