

GerinnungsForum

Die gel

8. Jahrgang · Heft 4/2009

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Patientin in unserem aktuellen Fall hat nahezu keine Komplikation einer primär nicht erkannten Grunderkrankung „ausgelassen“ – und das über einen Zeitraum von 15 Jahren! Die erste Verdachtsdiagnose lautete M. Werlhof mit den klassischen therapeutischen Konsequenzen. Im Verlauf fokussierte sich die Diagnose auf einen Systemischen Lupus erythematodes (SLE). Retrospektiv ist es immer leichter zu beurteilen: Heute kann von einem sekundären Antiphospholipidsyndrom bei SLE ausgegangen werden. Lesen Sie das Hin und Her zwischen lebensbedrohlichen Blutungen und thromboembolischen Komplikationen – sowie die Hintergründe zum SLE und die Interpretation der Krankengeschichte aus heutiger Sicht.

Vor allem Kollegen in der Weiterbildung können mit unserem Fortbildungsangebot neben Kongressbesuchen o. ä. im anstrengenden Klinikalltag bequem online CME-Punkte erwerben. Unter www.cme-terminal.de finden Sie auch unser Projekt www.immun-forum.net

zum Thema Immunologie. Mit allen dort aufgeführten CME-Modulen der beiden Angebote www.gerinnungsforum.net und www.immun-forum.net können derzeit 126 Punkte erzielt werden. Und: Das Angebot wächst mit jedem Quartal um 6 Punkte.

Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Inhalt

Der aktuelle Fall
Vom Morbus Werlhof zum
Lupus erythematodes? 1–4

Zum aktuellen Fall
Systemischer
Lupus erythematodes 4–6

Expertenforum
Lupus Antikoagulanz und
Antiphospholipidsyndrom 7–9

Der aktuelle Fall

Vom Morbus Werlhof zum Lupus erythematodes?

Die heute 57-jährige Patientin hat eine 15 Jahre währende Odyssee durch eine Vielzahl von Erkrankungen und Komplikationen hinter sich. Im Mittelpunkt standen dabei immer Gerinnungsstörungen – von dramatischen Thrombozytopenien mit Blutungskomplikationen bis hin zu Thrombosen (Abb.). Der Leidensweg begann 1994 mit der Verdachtsdiagnose M. Werlhof (Idiopathische thrombozytopenische Purpura, ITP). Aus heutiger Sicht handelte es sich möglicherweise schon am Anfang um einen Lupus erythematodes (SLE).

1994 war die damals 42-jährige Patientin und Mutter von vier gesunden Töchtern nach 3 Aborten schwanger. Nach einer in diesem Alter indizierten Amniozentese trat ein Fruchtwasserverlust auf. Das führte zu einem dreitägigen Klinikaufenthalt. Dabei ergab sich als Zufallsbefund eine **Thrombozytopenie von < 30.000/µl**. Da die Thrombozytenzahlen zunächst spontan allmählich anstiegen, wurde bis zur komplikationslosen Geburt einer fünften gesunden Tochter keine Kontrolle durchgeführt.

Klinisch manifeste Thrombozytopenie

Ein halbes Jahr nach der Geburt jedoch fielen der Patientin Pete-

chien und verstärkte Neigungen zu **Hämatomen** auf. Sie wurde in der Hämatologischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses aufgenommen. Es bestand nunmehr eine **Thrombozytopenie von < 5.000/µl**.

Nach mehreren differenzialdiagnostischen Untersuchungen (Sichelzellenanämie, Rheumafaktoren, Knochenmarkspunktion) wurde die Verdachtsdiagnose **Idiopathische thrombozytopenische Purpura, ITP** gestellt (siehe Näheres zu ITP unter www.immun-forum.net).

Eine Therapie mit Cortison war erfolglos (1 x 400 mg, dann 100 mg, eine Woche lang, dann langsamer Ausstieg). Die Gabe von Immunglobulinen brachte nur vorübergehende Besserungen.

Gleichgewichtsstörung im Gerinnungssystem

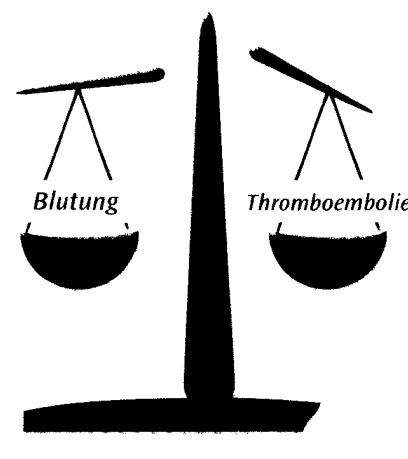


Abb.: Situation in der Kasuistik