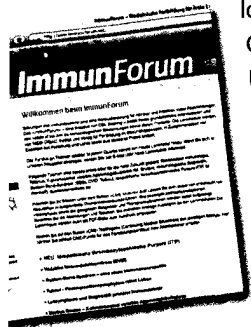


Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

in den 1980er Jahren war mir als Assistent im Klinikum Großhadern zunächst nicht ganz klar, warum ich im Operationsaal bei Blutungen auf Anweisung PPSB infundierte. Auch die Bedeutung des Akronyms PPSB musste ich vor erster Anwendung nachlesen. Aber schnell hat man gelernt: Wann und warum ist es einzusetzen, wann aber nicht. Bei bestimmten Gerinnungskonstellationen lieber Einzelkomponenten usw. In dieser Ausgabe zeigt die Kasuistik, dass man bei der Gabe von PPSB auch an die Möglichkeit thrombembolischer Komplikationen denken muss – auch wenn in diesem Fall doch eher die Grunderkrankung mit vielseitigen Risiken als Ursache anzusehen ist. Diese Ausgabe stellt dar, was man über PPSB wissen sollte. Ein Kommentar macht deutlich, wie das Präparat im DRG-System vergütet wird.

Unter www.cme-terminal.de finden Sie auch www.immun-forum.net zum Thema Immunologie. Dort können ebenfalls CME-Punkte erzielt werden. Und: Mit jedem Quartal wächst das Angebot zum Punkte-Erwerb durch beide Projekte um 6 Punkte.



Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Inhalt

Der aktuelle Fall Thrombembolische Komplikation bei Tumor und Blutung.....	1–3
Zum aktuellen Fall PPSB – was sollte man wissen?.....	3–5
Expertenforum Thrombembolische Komplikationen – Fakt oder Fiktion?.....	5–7
DRG-Kommentar PPSB – Erstattung der Kosten im Krankenhaus.....	8–9

Der aktuelle Fall

Thrombembolische Komplikation bei Tumor und Blutung

Der Hausarzt veranlasste die Einweisung eines 60-jährigen Patienten wegen einer zunehmenden Dyspnoe bei beidseitigen Pleuraergüssen. Die stationäre Aufnahme erfolgte bei uns.

Anamnese

Sechs Jahre vor der stationären Aufnahme wurde ein gastrointestinaler Stromatumor (GIST) diagnostiziert. Dieser wurde mit einer Dünndarmteilresektion behandelt. Anschließend wurde adjuvant eine Therapie mit dem Tyrosinkinaseinhibitor Imatinib eingeleitet.

Vier Jahre später kam es zum Auftreten von Lebermetastasen, sowie einem Lokalrezidiv im Bereich des Dünndarms. Es erfolgte eine erneute operative Revision mit Jejunum- und Ileumteilresektion und einer atypischen Leberresektion. Nachfolgende Untersuchungen zeigten unter der fortgeführten Imatinib-Behandlung einen stabilen Krankheitszustand.

Als Nebendiagnosen bestanden eine arterielle Hypertonie sowie eine **absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern**. Zur Diagnose des Vorhofflimmerns hatte eine TIA geführt. Der Patient wies einen CHAD-Score von 3 auf und wurde

daher mit **Phenprocoumon oral antikoaguliert**.

Sechs Wochen nach der letzten Kontrolluntersuchung des GIST-Tumors wurde der Patient bei zunehmender Schwäche und belastungsabhängiger Dyspnoe am Abend stationär aufgenommen. Der Hausarzt machte die klinisch deutlichen beidseitigen Pleuraergüsse für die Symptomatik verantwortlich.

Bei der Anamneseerhebung durch den aufnehmenden Arzt berichtete der Patient, in den letzten Tagen vor der stationären Aufnahme immer wieder schwarzen Stuhlgang bemerkt zu haben. Der Patient gab an, das Phenprocoumon nach dem vom Hausarzt festgelegten Schema genommen zu haben. Er habe in den letzten Wochen sehr wenig Appetit gehabt und nur sehr wenig Essen können.

Verdacht auf gastrointestinale Blutung

Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich ein blasses Hautkolorit, eine Tachykardie bei bekanntem Vorhofflimmern von 115/min sowie beidseitige Unterschenkelödeme. Nach digitaler rektaler Untersuchung befand sich kein frisches Blut am Fingerling. Eine Abdomen-Sonografie