

## Editorial

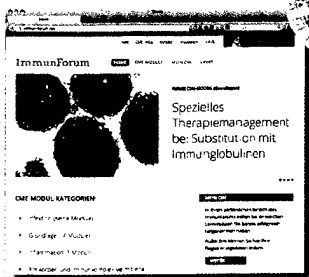
Liebe Kolleginnen und Kollegen, „... alles ganz normal“ – und es blutet trotzdem! Globalgerinnungstests erfassen z. B. nicht primäre Hämostasestörungen wie das im aktuellen Fall vorliegende von Willebrand-Syndrom (vWS). Auch eine Thrombelastometrie half hier nicht weiter. Bei einer Diskrepanz zwischen Gerinnungsdiagnostik und klinischem Bild einer Blutung muss an primäre Gerinnungsstörungen gedacht werden. Zur Erkennung eines von Willebrand-Syndroms sind Spezialuntersuchungen erforderlich. Auch kann die Gerinnungsanamnese wegweisend sein. Lesen Sie in dieser Ausgabe über die Diagnostik des vWS, die Funktion des von Willebrand-Faktors und das therapeutische Management eines vWS.

Zur Beantwortung der zugehörigen CME-Fragen gehen Sie bitte unter [www.gerinnungsforum.net](http://www.gerinnungsforum.net): von Willebrand-Syndrom.



Unter [www.immun-forum.net](http://www.immun-forum.net) können zum Thema Immunologie ebenfalls CME-Punkte erzielt werden.

**Dr. med. Peter Kohler**  
Facharzt für Anästhesiologie



## Inhalt

<b>Der aktuelle Fall</b>	
vWS – eine unerwartete postpartale Blutung ..	1–4
<b>Zum aktuellen Fall</b>	
vWS – nicht leicht zu erkennen .....	4–6
<b>Expertenforum</b>	
vWS – im Focus: die Therapie .....	7–10

## Der aktuelle Fall

# vWS – eine unerwartete postpartale Blutung

**Eine 35-jährige gesunde Primipara stellt sich mit Wehen im Kreißsaal vor. Zur Schmerztherapie erhält sie bei einer unauffälligen Gerinnungsanamnese die Anlage einer Periduralanästhesie. Im weiteren Verlauf zeigt sich im Kardiotokogramm eine schwere Dezeleration, so dass die Indikation zu einer eiligen Sectio gestellt wird.**

## Sectio

Die operative Entbindung wird aufgrund der Dringlichkeit in einer Spinalanästhesie durchgeführt. Das Kind kann zügig und erfreulicherweise in gesundem und stabilem Zustand geholt werden. Der Blutverlust während des akuten Eingriffes bewegt sich im normalen Bereich. Die Patientin wird zur Nachbeobachtung in den Kreißsaal verlegt. In den nächsten Stunden muss der blutige abdominelle Verband zweimal gewechselt werden. Bei einer fortbestehenden subkutanen Sickerblutung wird die Indikation zur Nahtrevision gestellt. Nach erneuter, sorgfältiger Blutstillung erscheint die Wundfläche „trocken“. Ein Hinweis auf eine diffuse Gerinnungsstörung liegt klinisch nicht vor. Die Globalgerinnungsparameter sind ebenfalls unauffällig:

➤ Quick 105 %, PTT 35 s,  
Thrombozyten 273 G/l.

Der weitere postoperative Verlauf ist unauffällig, sodass die Patientin auf die Wöchnerinnenstation verlegt

wird. Nach drei weiteren Tagen wird sie nach Hause entlassen.

## Wiedervorstellung nach einer Woche

Sieben Tage nach erfolgter Sectio stellt sich die Patientin erneut in der Klinik mit einer **vaginalen Blutung** vor. Die Patientin berichtet, dass diese bereits zwei Tage vorher aufgetreten war. In einem kleineren, auswärtigen Krankenhaus sei eine Kürettage durchgeführt worden, die zur Stillung der Blutung geführt habe. Jedoch sei heute erneut diese Blutung aufgetreten. Nach der klinischen Untersuchung wird die Indikation zu einer weiteren operativen Nachkürettage gestellt. Die **Thrombelastometrie** vor dem Eingriff zeigt einen unauffälligen Befund (s. Abb. 1). Sowohl die Gerinnungszeit (CT), die Clotfestigkeit (MCF) als auch das Fibrinogen (MCF im FIBTEM) zeigen Normwerte (s. Tab. 1, Erwartungswerte). Die Gerinnselfestigkeit mit einer MCF über 70 mm zeigt sogar das typische peripartale Bild eines gesteigerten Hämostasepotenzials. Weiterhin gibt es keinen Hinweis auf das Vorliegen einer Fibrinolyse, die maximale Lyse (ML) liegt unter 10 %. Diese Thrombelastometrie schließt damit einen Mangel an plasmatischen Gerinnungsfaktoren und eine Thrombozytopenie als Ursachen für die vaginale Blutung aus. In der Anamnese gibt es keinen Hinweis auf eine Thrombopathie, eine Einnahme gerinnungshemmender