

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



das GerinnungsForum befasst sich seit 12 Jahren mit Störungen des physiologischen Gleichgewichtes zwischen Gerinnung und Fibrinolyse. Immer wieder sind solche Imbalancen Ursache von Blutungskomplikationen und/oder Thromboembolien. Diese Ausgabe macht die klinische Herausforderung besonders deutlich: Einige Patienten müssen trotz eines ohnehin eingeschränkten Gerinnungspotenzials (z. B. zu Grunde liegende Thrombozytopenie, medikamentöse Antikoagulation wegen erhöhten Thromboembolie-Risikos) und somit bereits bestehendem erhöhtem Blutungsrisiko antikoaguliert werden. Die Kasuistiken verdeutlichen diese Gratwanderung und Risikoabwägung. Zwingend erforderlich ist in solchen Fällen eine adäquate Therapiekontrolle. Lesen Sie unter „Zu den aktuellen Fällen“ die Stufendiagnostik mit Schwerpunkt auf die Thrombozytenfunktionstests. Wie man mit diesem Dilemma umgehen kann, wird im Expertenforum dargestellt.

Unter www.gerinnungsforum.net finden Sie zur Beantwortung der zugehörigen CME-Fragen das entsprechende Modul.



Dr. med. Peter Kohler

Facharzt für Anästhesiologie

PS: Unter www.immun-forum.net können zum Thema Immunologie ebenfalls CME-Punkte erzielt werden.

Inhalt

CME Teil I:

Der aktuelle Fall (1)
Antikoagulation: Indikation bei Kontraindikation .. 1

Der aktuelle Fall (2)
Immunthrombozytopenie und Stent 4

Zu den aktuellen Fällen
Leitlinien und Diagnostik I 5

CME Teil II:

Zu den aktuellen Fällen
Diagnostik II 8

Expertenforum
Skylla und Charybdis in der Gerinnungstherapie .. 9

Der aktuelle Fall (1)

Antikoagulation: Indikation bei Kontraindikation

Ein 55-jähriger Lehrer bemerkte im Frühjahr 2013 eine zunehmende Leistungsschwäche. Diese äußerte sich in einer Belastungsdyspnoe. So konnte er beim Joggen mit seiner Frau nicht mehr mithalten. Auch bemerkte er vor allem morgens leichte Anfälle von Schwindel, die er vorher nie so gehabt hatte. Auch bei der Arbeit merkte er eine Veränderung: Es fiel ihm zunehmend schwerer, sich zu konzentrieren, und er ermüdete tagsüber leicht. Er schob diese Symptomatik in erster Linie auf beruflich bedingte Belastungen durch eine von ihm zu betreuende Abiturklasse.

Drei Wochen vor der stationären Aufnahme bemerkte er morgens nach dem Stuhlgang einen **peranal**en Blutabgang. Ihm waren Hämorrhoiden bekannt, die in der Vergangenheit immer wieder zu leichteren Blutungen geführt hatten, diesmal war die Blutung jedoch ausgeprägter.

Da die allgemeine Beschwerdesymptomatik langsam weiter zunahm, drängte seine Frau ihn schließlich, den Hausarzt aufzusuchen.

Anamnese und Befunde beim Hausarzt

Aus der früheren Anamnese war erwähnenswert, dass bei einem Belastungs-EKG im Jahr 2008 **Hinweise auf eine koronare Herzkrankge-**

fäßerkrankung gesehen wurden. Eine daraufhin durchgeführte elektive Herzkatheteruntersuchung zeigte eine Zweigefäßkrankung mit einer höhergradigen Stenose in der RCX und einer nicht interventionsbedürftigen Stenose in der LAD. Die RCX-Stenose wurde mit einem bare metal stent (BMS = einfacher Metallstent) versorgt.

Der Hausarzt fand bei der körperlichen Untersuchung eine Schleimhautblässe, eine Tachykardie von 92/min und einen Blutdruck von 140/90 mm Hg. Ansonsten bestanden keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Zeichen einer Blutungsneigung wie Hämatome oder Petechien.

Er veranlasste eine Labordiagnostik. Diese ergab die Konstellation einer Panzytopenie:

- › Hämoglobin 9,2 g/dl
- › Leukozyten 2400/µl
- › Thrombozyten 81.000/µl

Der Hausarzt besprach die Befunde mit dem Patienten, äußerte den V. a. eine hämatologische Systemerkrankung und veranlasste am 11.3.2013 zur weiteren diagnostischen Abklärung die Einweisung in die Klinik.

Diagnostik in der Klinik

Bei der Aufnahme konnte der körperliche Untersuchungsbefund des Hausarztes nachvollzogen werden. Es fand sich ein diskreter Druckschmerz im