

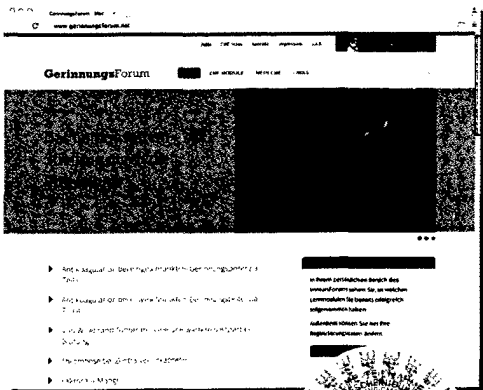
Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das gesamte zerstörerische Potenzial von Krebserkrankungen macht Betroffene und Fachwelt immer wieder sprachlos bis ohnmächtig – auch wenn viele Fortschritte in der Therapie zu verzeichnen sind. Letztlich hat ein Tumor viele „Tricks“ in seinem Sinne, um erfolgreich vom Organismus Besitz zu ergreifen. Er will „überleben“ (s. S. 8). Neben dem zerstörerischen Wachstum und der Verbreitung im Körper durch Metastasen beeinflusst er viele physiologische Abläufe zusätzlich negativ. In dieser Ausgabe wird der Einfluss onkologischer Erkrankungen auf die Gerinnung beleuchtet: Die Kasuistik zeigt eindrücklich die klinischen Auswirkungen tumorassoziierter Gerinnungsstörungen. Unter „zum aktuellen Fall“ stehen tumorassoziierte Thrombosen im Fokus. Im „Expertenforum“ werden hingegen die Blutungsgefahren bei Tumorerkrankungen dargestellt.

Und vergessen Sie nicht: Unter www.immun-forum.net können zum Bereich Immunologie ebenfalls bis zu 4 CME-Punkte pro Thema erzielt werden.

Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Inhalt

CME-Teil 1	
Der aktuelle Fall	
Gerinnungsstörungen bei onkologischen Patienten	1–5
Zum aktuellen Fall	
Thrombosen bei Tumorpatienten	6–8
CME-Teil 2	
Expertenforum	
Blutungsgefahren bei Tumorerkrankungen	9–12

Der aktuelle Fall

Gerinnungsstörungen bei onkologischen Patienten

Ein 72-jähriger Patient klagte seit drei Wochen über zuletzt stark zunehmende Rückenschmerzen und stellte sich deshalb in der Notaufnahme vor.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Aus der Anamnese ist eine chronische Polyarthritiden bekannt, die seit fünf Monaten mit Prednisolon und einmal wöchentlich Methotrexat behandelt wird. Weiterhin besteht eine koronare 2-Gefäßerkrankung, die 2010 mittels PTCA und Stenting der LAD behandelt worden war. Daraus resultierte noch eine bestehende Thrombozytenaggregationshemmung mit Acetylsalicylsäure 100 mg täglich.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich ein Druckschmerz und ein Klopfeschmerz über BWK 7 bis 8, paravertebrale Verspannungen beidseits. Es bestand kein sensorisches Defizit. Bei der Lungenauskultation vesikuläres Atemgeräusch beidseits. Pulse an allen vier Extremitäten gleich und gut tastbar.

Laborchemie

Im Labor fielen eine **Leukozytose** von 23 G/l sowie eine **Thrombozytopenie** von 87 G/l auf. Das Hämoglobin war mit 14,9 g/dl normwertig. Das **CRP war erhöht** auf 3,9 mg/dl. Auffällig war im Labor ein deutlich **erhöhtes D-Dimer** von 34 µg/ml.

Zufallsbefund Lungenembolie

Zur weiteren Abklärung der Beschwerdesymptomatik wurde eine **MRT** der Wirbelsäule angefertigt. Hier zeigte sich keine Erklärung für die geklagten Beschwerden, jedoch eine homogene Minderung des Knochenmarks in der T1w mit einer starken homogenen Kontrastmittelaufnahme und somit der Verdacht auf eine **Infiltration des Knochenmarks**, z. B. mit einem Lymphom. In den angeschnittenen Thoraxanteilen fanden sich beidseitige kleine Pleuraergüsse.

Das daraufhin durchgeführte CT des Thorax zeigte neben kleinen Pleuraergüssen mehrere kleine **Lungenembolien** (eine okkludierte Segmentarterie im linken Unterlappen, einen wandständigen Thrombus, teilweise umspült in der Mittellappensegmentarterie, s. Abb. 1, S. 2). Der rechte Vorhof war etwas erweitert. Dieser Befund der Rechtsherzbelastung ließ sich in der Echokardiografie allerdings nicht nachvollziehen. Eine klinische Symptomatik bestand bezüglich der Lungenembolien nicht.

Die klinische Untersuchung der unteren Extremitäten ergab keinen Thromboseverdacht, ein Kompressionsultraschall der tiefen Venen der Beine war ohne pathologischen Befund.

Die multiplen Lungenembolien wurden mittels einer Antikoagulation durch Enoxaparin 2 x 60 mg behandelt.