Patientin mit rechtskardialer Dekompensation

Doch es lag nicht am Herzen

rend, antiphlogistisch, diuretisch und venentonisierend.

Mäusedornwurzelstock (*Ruscus aculeati rhizoma*) enthält Steroidsaponine, die antiexsudativ, antiphlogistisch und venentonisierend wirken. Klinische Studien liegen kaum vor.

Rotes Weinlaub (*Vitis viniferae folium*) wirkt ödemprotektiv und antiphlogistisch. Klinische Studien liegen vor.

Ordnungstherapie sollte bei CVI stets zur Anwendung kommen. Bei Übergewicht ist eine Gewichtsreduktion anzustreben, um den venösen Abfluss zu verbessern. Genussgifte sollten gemieden werden. Auf enge Kleidung und enge oder hochhackige Schuhe sollte verzichtet werden. Langes Stehen oder Sitzen, besonders mit übereinandergeschlagenen Beinen, ist zu vermeiden.

Bei venös bedingten Ödemen kann eine Kurzzeittherapie mit proteolytischen Enzymen (z. B. Bromelain) über zwei bis vier Wochen versucht werden. Diese sollen die durch den erhöhten venösen Druck ins Interstitium ausgetretenen Plasmaproteine abbauen.

Neural- und Blutegeltherapie

Neural- sowie Blutegeltherapie sollten den fortgeschrittenen Stadien der CVI bzw. Thrombosen und deren Folgeerkrankungen vorbehalten werden. Bei begleitenden Entzündungen werden oberflächliche Injektionen eines Neuraltherapeutikums (z. B. Procain 1%) paravasal der betroffenen Gefäße durchgeführt, bei Ulcus cruris werden s.c. Injektionen zu je 1–2 ml in 2–3 cm Abstand knapp peripher des entzündlich veränderten Ulkusrandes empfohlen.

Blutegel sind bei akuter Thrombophlebitis, Phlebothrombose, postthrombotischem Syndrom und CVI indiziert. Sie sollten nicht direkt auf eine Varize aufgebracht werden.

■ Prof. Dr. med. Karin Kraft, Lehrstuhl für Naturheilkunde, Universität Rostock

Eine 80-jährige Patientin klagte seit Monaten über zunehmend schlechteres Allgemeinbefinden. Die stationäre Einweisung erfolgte wegen ausgeprägter Beinödeme bei Verdacht auf kardiale Dekompensation. Die wahre Ursache ihrer Beschwerden brachte eine Oberbauchsonografie ans Licht.

— Bei vorangegangenen Laboruntersuchungen waren bei der Patientin wiederholt erhöhte Leberwerte aufgefallen, die als Ausdruck einer Fettleber interpretiert wurden. Nach einer gynäkologischen Operation vor vielen Jahren hatte sie mehrere Bluttransfusionen erhalten, ansonsten waren keine ernsthaften Erkrankungen bekannt.

Jetzt wurde die Patientin wegen zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Appetitverlust und Gewichtsabnahme beim Hausarzt vorgestellt. Bei der klinischen Untersuchung fand sich ein leichter Haut- und Sklerenikterus und bei der Palpation des Abdomens erschien die Leber deutlich vergrößert und verhärtet. Zusätzlich klagte die Patientin über Dyspnoe und es fanden sich ausgeprägte Unterschenkel- und Knöchelödeme. Es erfolgte eine stationäre Einweisung bei Verdacht auf kardiale Dekompensation.

Überraschung bei der Oberbauchsonografie

Elektro- und echokardiografisch ergab sich kein pathologischer Befund, insbesondere kein Hinweis auf eine Rechtsherzinsuffizienz. Laborchemisch waren die Leberwerte stark erhöht: GOT 248 U/l, GPT 296 U/l, Gamma-GT 124 U/l, AP 231 U/l, Bilirubin 2,1 mg%.

Die Oberbauchsonografie zeigte einen vom rechten Leberlappen ausgehenden großen Tumor. Der Verdacht auf ein hepatozelluläres Karzinom wurde durch den stark erhöhten Wert für Alpha-Fetoprotein bestätigt. Die Hepatitisserologie ergab eine chronische Hepatitis B. Das hepatozelluläre Karzinom dürfte sich also auf dem Boden einer posthepatitischen Leberzirrhose entwi-

Der Befund: ein vom rechten Leberlappen ausgehender, ausgedehnter Tumor.

ckelt haben. Eine Leberpunktion lehnte die Patientin ab.

Warum Beinödeme?

Doch wie lassen sich die Beinödeme erklären? Sicherlich dürfte die nachgewiesene Hypalbuminämie eine Rolle gespielt haben. Entscheidend war jedoch die Ausdehnung des Tumors mit Obstruktion der Lebervenen und der Vena cava inferior. Deshalb konnte auch durch eine diuretische Therapie keine Reduktion der Ödeme erreicht werden.

Die Patientin entwickelte innerhalb weniger Tage ein Leberkoma, an dem sie verstarb.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Beinödeme sind nicht immer Ausdruck einer kardialen Dekompensation. Differenzialdiagnostisch müssen venöse, medikamentöse (Kalziumantagonisten) und renale Ursachen diskutiert werden. Im Einzelfall kann auch eine Obstruktion der unteren Hohlvene (z. B. durch einen Tumor) die Ursache sein.