NOTFALLCHECKLISTE

Thromboseverdacht bei Altenheimpatient

Einseitige Beinschwellung

H. S. Füeßl

Die Pflegerin eines Altenheims ruft an, weil sie bei einem 78-Jährigen mit leichter Demenz vom Alzheimer-Typ eine Schwellung des gesamten linken Beins und eine livide Verfärbung des Fußes bemerkt hat (Abb. 1). Der Mann liegt seit drei Tagen mit Fieber im Bett und hat vermehrt Husten. Er gibt keine Schmerzen an.

Abb. 1 Schwellung des linken Beins und livide Verfärbung des Fußes.

Für eine einseitige Beinschwellung gibt es viele Gründe. Das rasche Auftreten, die Risikosituation und die glänzende gespannte Haut lassen zuerst an eine tiefe Beinvenenthrombose (TVT) denken. Als Risikosituationen gelten:

- Langes Sitzen (z. B. Bus, Flugzeug)
- Bettlägerigkeit, Immobilisierung
- Exsikkose, Übergewicht
- OP am Bein (insb. TEP), Gips
- Defekte des Gerinnungssystems (Protein-S- oder -C-Mangel, APC-Resistenz, AT-III-Mangel)
- Tumorleiden, Schwangerschaft, Östrogene, Rauchen.

Sofortdiagnostik

Die klinischen Zeichen der TVT sind unsicher. Neben Ödem und Zyanose wurden Druckschmerz in der Kniekehle und Oberschenkel-Innenseite, Wadenschmerz bei Dorsalflexion des Fußes (Homans-Zeichen), Plantarschmerz auf Druck (Payr-Zeichen) und Wadenschmerz bei aufgepumpter Blutdruckmanschette (Lowenberg-Test) beschrieben. Diese Zeichen können vorhanden sein oder nicht, je nach Ausdehnung der Thrombose. Gerade bei bettlägerigen, allgemein kranken Patienten verläuft die Thrombose oft völlig asymptomatisch.

Eine Messung des Wadenumfangs im Seitenvergleich empfiehlt sich zur Dokumentation. Der Algorithmus der Diagnostik beinhaltet bei nicht bettlägerigen ambulanten Patienten zu Beginn ei-

nen D-Dimer-Test. Ist er negativ, kann eine TVT ausgeschlossen werden.

Im o.g. Fall wurde auf den D-Dimer-Test verzichtet, da er bei Bettlägerigen häufig falsch positiv ist. Eine Kompressions-Sonografie im B-Bild kann klinisch relevante Thrombosen im Oberschenkelbereich mit hinreichender Sensitivität und Spezifität nachweisen bzw. ausschließen. Um Raumforderungen im Beckenbereich zu erkennen, sollte auch dieser sonografisch untersucht werden.

Mit einem mobilen Ultraschallgerät kann die Untersuchung schnell und einfach am Krankenbett erfolgen. Anson-

sten muss man den Patienten in die Notaufnahme eines Krankenhauses bringen.

Therapie

Bei klinischem Verdacht kann niedermolekulares Heparin verabreicht werden. Wird die Thrombose ausgeschlossen, beendet man diese Therapie wieder. Beim Nachweis einer Thrombose setzt man die Behandlung gewichtsadaptiert über mindestens fünf Tage fort und beginnt gleichzeitig überlappend mit einer oralen Antikoagulation mit Marcumar oder einem der neuen Antikoagulanzen. Die Dauer der Antikoagulation richtet sich nach der Ausdehnung der Thrombose und der Risikosituation (Tab. 1). Zusätzlich sollte man die betroffene Extremität entweder mit einer elastischen Binde oder einem Kompressionsstrumpf komprimieren. Bettruhe ist bei Unter- und Oberschenkelthrombosen nicht erforderlich.

Woran noch denken, was noch tun?

Eine Überwachung des Patienten empfiehlt sich wegen des Lungenembolie-Risikos. Man könnte auch ein EKG ableiten, um es bei späteren Befunden als Vergleich vorliegen zu haben.

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hermann S. Füeßl
Internist und Gastroenterologe
Privatpraxis für Integrative Innere Medizin
Renatastr. 30, D-80639 München
E-Mail: hsfuessl@t-online.de

Tab. 1 **Empfohlene Dauer der Antikoagulation nach Risikosituation***

6 Wochen	bei isolierter distaler tiefer Beinvenenthrombose (TVT)
3–6 Monate	bei erster, sekundärer proximaler TVT
6 Monate	bei Lungenembolie, bei idiopathischer proximaler TVT
12 Monate	bei Rezidivthrombose
Auf Dauer	bei persistierendem Risiko (aktives Malignom, schwere klinische Thrombophilie, besondere molekulare Thrombophilie)

* Alle Empfehlungen können modifiziert werden, etwa durch Präferenz des Patienten, Alter, Begleiterkrankungen, Rezidivwahrscheinlichkeit und zeitlich limitierte Risikoerhöhung.