Bettlägeriger Patient

Wann braucht er eine Thromboseprophylaxe?

Die Vorbeugung einer tiefen Beinvenenthrombose und ihrer Komplikationen ist bei bettlägerigen Patienten besonders wichtig. Wann und bei wem ist sie unverzichtbar? Und: Was sollte der Hausarzt tun, wenn er den Verdacht auf eine bereits eingetretene Thrombose hat? Fragen an unseren Experten in dieser Gerinnungssprechstunde.

? *Ich betreue in einem Altenheim viele betagte bettlägerige Patienten. Es ist wohl klar, dass man bei diesen nicht immer eine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe durchführen kann. Doch in welchen Situationen ist eine solche sinnvoll und notwendig?*

! Grundsätzlich ist eine Thromboseprophylaxe immer dann indiziert, wenn eine akute Begleiterkrankung auftritt, die das thromboembolische Risiko erhöht. Dazu gehören Infektionen wie eine Pneumonie, eine kardiale De-

kompensation, vor allem wenn Diuretika eingesetzt werden müssen, eine Gastroenteritis mit Flüssigkeitsverlust, eine TIA bzw. ein Schlaganfall oder ein Tumorleiden, welches behandelt wird. Meist werden solche Patienten dann stationär eingewiesen. Allerdings gibt es gerade bei bronchopulmonalen Infekten durchaus immer wieder Situationen, in denen auch der Hausarzt tätig werden muss und eine zeitlich begrenzte medikamentöse Thromboembolieprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparin (NMH) in prophylaktischer Dosierung einleiten sollte.

Anders ist die Situation bei mobilen alten Patienten. Bei ihnen ist schon eine plötzliche Immobilisierung ein hinreichender Grund, ein Heparinpräparat zu verordnen.

? *Immer wieder werde ich während der Sprechstunde, aber auch im Notdienst mit einem geröteten und/oder geschwollenen Bein konfrontiert mit der Fragestellung: Thrombose ja oder nein? Nicht immer steht mir dann im ambulanten Bereich sofort eine Kompressionssonografie zur Abklärung zur Verfügung. Oft kann ich für den Patienten erst am darauffolgenden Tag einen Untersuchungstermin vereinbaren. Wie sollte ich mich aber dann in der Zwischenzeit bis zur definitiven Klärung der Diagnose verhalten: Nichts tun? Nur wickeln? NOAK oder NMH in therapeutischer Dosierung oder nur ein NMH in halbtherapeutischer oder prophylaktischer Dosis?*

© [M] Ingram Publishing / Thinkstock

! Grundsätzlich sollte man eine diagnostische Abklärung bei Thromboseverdacht natürlich so rasch wie möglich anstreben. Bei Patienten mit einem entsprechend dem Wells-Score niedrigen Risiko für eine tiefe Beinvenenthrombose (TVT) sollte man D-Dimere bestimmen. Sind diese negativ, so ist eine TVT mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen.

Bei einem positiven D-Dimer-Test müssen Sie aber von einer Thrombose ausgehen, sollten diese aber noch mittels Kompressionssonografie bestätigen lassen, da D-Dimere sehr unspezifisch sind. Bis dahin sollten Sie unbedingt mit der Antikoagulation beginnen, entweder mit einem NMH in voller therapeutischer Dosierung oder Rivaroxaban oder Apixaban. Die beiden anderen NOAKs (Dabigatran und Edoxaban) sind nicht für einen sofortigen Beginn der Antikoagulation zugelassen.

Bei Patienten mit einem intermediären oder hohen Thromboserisiko können Sie sich den D-Dimer-Test schenken. Bis zur genauen Abklärung mittels Kompressionssonografie sollten Sie in diesem Fall den Patienten so behandeln, als hätte er eine Thrombose, also NMH oder Rivaroxaban bzw. Apixaban in therapeutischer Dosis geben und das Bein wickeln.

Dr. Peter Stiefelhagen

© Arteria Photography

„Blickdiagnose“ Thrombose. Im Zweifelsfall antikoagulieren?

■ Die aktuelle S3-Leitlinie zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE) finden Sie unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/003-001.html>