

erklärte Wörmann. Ursachen sind meist Medikamente, seltener Autoimmunerkrankungen, das Antiphospholipid-syndrom, Immundefizienzsyndrome, Lymphome oder eine chronische lymphatische Leukämie (CLL), Infektionen (Hepatitis, HIV) und Impfungen. Erst wenn eine solche sekundäre Immuntrombozytopenie ausgeschlossen ist, darf man die Diagnose primäre Immuntrombozytopenie (ITP) stellen. Bei den Medikamenten sind an erster Stelle Heparinpräparate zu nennen, die eine sogenannte heparininduzierte Thrombozytopenie auslösen können. Seltener sind Thrombozytopenien nach der

Gabe eines GP-IIb/IIIa-Inhibitors sowie die posttransfusionelle, die schwangerschaftsassozierte und die neonatale Thrombozytopenie.

Als mögliche Ursachen der seltenen nicht-immunologischen Verbrauchstombozytopenie kommen eine Verbrauchskoagulopathie, das von-Willebrand-Syndrom, eine massive Lungenembolie, große Hämangiome und große Aneurysmen in Frage. Auch bei einer Splenomegalie oder einer massiven Blutung kann der Thrombozytenverlust zu einer Thrombozytopenie führen.

Immuntrombozytopenie – wie behandeln?

Bei der ITP werden drei Stadien unterschieden:

- neu diagnostiziertes Stadium: innerhalb der letzten drei Monate mit häufiger Spontanremission.
- persistierendes Stadium: drei bis zwölf Monate, Spontanremission seltener.
- chronisches Stadium: länger als zwölf Monate, Spontanremission nicht wahrscheinlich.

Bei einer Thrombozytenzahl über 20.000–30.000/ μl und fehlender bzw. geringer Blutungsneigung empfiehlt sich ein „watch and wait“. Alternativ kann eine Therapie mit Steroiden eingeleitet werden, wobei Dexamethason das Präparat der Wahl ist. Kommt es zu einem Rezidiv oder kann mit einem Steroid keine Remission erreicht werden, sollte man die Behandlungsindikation erneut überprüfen. „Bei fehlenden oder mini-

malen Blutungen ist auch dann ein ‚watch and wait‘ vertretbar“, so Wörmann.

Bei therapiepflichtigen Patienten sollte ein Thrombopoetin-Rezeptor-Agonist eingesetzt werden. Alternativ kann eine Splenektomie erfolgen. Bei schweren Blutungen sind grundsätzlich Immunglobuline i.v. oder Kortikosteroide indiziert. Bei lebensbedrohlichen Blutungen sollte zusätzlich die Gabe von Thrombozytenkonzentraten, Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten oder Rituximab erwogen werden.

Dr. Peter Stiefelhagen

Quelle: DGIM-Jahrestagung, Mannheim, 14. April 2018



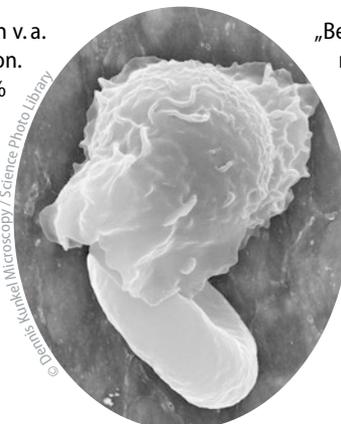
Petechien bei Thrombozytopenie.



Ekchymosen bei schwerer Thrombozytopenie.

Monozytose: Interpretation im klinischen Kontext

Die Monozyten erfüllen wichtige Immunfunktionen v. a. allem bei der Phagozytose und der Antigenpräsentation. Ihr Anteil im Differenzialblutbild liegt zwischen 3% und 7%. Das Spektrum möglicher Ursachen einer Monozytose ist breit: Infektionen, hämatopoetische Regeneration, Autoimmunerkrankungen, Paraneoplasie bei Tumorerkrankungen, chronische myelomonozytäre oder akute monozytische/monoblastische Leukämie.



„Bei der Monozytose gibt es zwei Probleme: Es gibt keinen Schwellenwert, und eindeutige Klarheit kann nur eine Knochenmarkdiagnostik bringen“, so Prof. Karl-Anton Kreuzer, Köln. Die Abklärung müsse immer im klinischen Kontext (Allgemeinsymptome, Vorerkrankungen, Medikation, Organomegalie, Lymphadenopathie, Persistenz) und im Labor-Kontext (CRP, Differenzialblutbild, LDH) erfolgen.

Dr. Peter Stiefelhagen