

DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Folge vorübergehender Bettlägrigkeit

Das einseitig dicke Bein

P. Stiefelhagen

Wegen einer kardialen Dekompensation mit Beinödemen wird eine 82-jährige Patientin vorübergehend bettlägerig. Trotz Intensivierung der kardialen Therapie inklusive Diuretika entwickelt sie nach einigen Tagen eine akute Dyspnoe, und das linke Bein ist stärker geschwollen als das rechte.

— In Deutschland versterben jährlich 40.000 Menschen an einer Lungenembolie. Meist ist eine tiefe Beinvenenthrombose die Ursache. An dieses Krankheitsbild sollten Sie bei passender Symptomatik unbedingt denken: einseitig dickes Bein, oft auch schmerzhafte Schwellung und Rötung sowie Vorliegen von dispositionellen und/oder expositionellen Risikofaktoren.

Sind beide Beine geschwollen, müssen andere Ursachen wie eine kardiale Dekompensation oder eine chronische Niereninsuffizienz diskutiert werden.

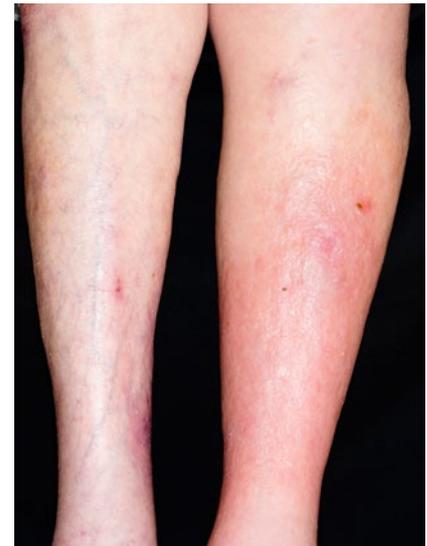
Entwickelt sich zusätzlich Luftnot, sollten Sie solange von einer Lungenembolie ausgehen, bis eine solche ausgeschlossen ist.

Die wichtigsten dispositionellen Risikofaktoren sind:

- venöses thromboembolisches Ereignis in der Vorgeschichte,
- Schwangerschaft,
- Tumorleiden,
- Pneumonie oder
- kardiale Dekompensation.

Diagnostik

- Der diagnostische Goldstandard bei der tiefen Venenthrombose (TVT) ist heute die Kompressionssonografie. Die Sensitivität und Spezifität dieses Verfahrens liegt bei über 95%.
- Ein D-Dimer-Test sollte nur bei nicht hoher klinischer Wahrscheinlichkeit erfolgen. Bei solchen Patienten ist bei normalen D-Dimeren keine weitere Thrombose-Diagnostik erforderlich, da eine solche mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen ist.



Dickes, gerötetes Bein links bei tiefer Venenthrombose.

- Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit ist ein D-Dimer-Test nicht sinnvoll. Hier empfiehlt sich sofort eine Sonografie, zumal damit auch die wichtigsten Differenzialdiagnosen abgeklärt werden können.

Therapie

Die tiefe TVT erfordert immer eine sofortige Antikoagulation, um kurzfristig ein Thrombuswachstum und eine Lungenembolie, langfristig ein postthrombotisches Syndrom zu verhindern. Dabei sind neue orale Antikoagulanzen (NOAK) dem bisherigen Standard nicht unterlegen, aber sicherer. In der aktualisierten S2-Leitlinie werden NOAKs gleichermaßen neben Vitamin-K-Antagonisten bzw. niedermolekularem Heparin (NMH) empfohlen. Auch wenn die Rezidivprophylaxe mindestens drei bis sechs Monate durchgeführt werden sollte, empfiehlt die Leitlinie bei einem erhöhten Rezidivrisiko bei entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung eine verlängerte Antikoagulation. ■

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Bei der typischen Konstellation wird der Verdacht auf eine Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose gestellt. Es erfolgt die notfallmäßige Einweisung in die Klinik. Dort wird bei der Patientin die Verdachtsdiagnose mittels CT und Kompressionssonografie bestätigt.

Da die Patientin hämodynamisch stabil bleibt, wird keine Thrombolysen durchgeführt. Es erfolgt aber die sofortige Einleitung einer Antikoagulation mit einem NOAK. Der weitere Verlauf gestaltet sich komplikationslos. Nach wenigen Tagen kann die Patientin entlassen werden.

Die Antikoagulation sollte über mindestens sechs Monate durchgeführt werden. Sollten keine Blutungskomplikationen auftreten, wäre bei der chronischen Herzinsuffizienz evtl. auch eine längere Antikoagulation zu diskutieren.

→ **Title: Acute dyspnoe and swollen leg in patient with heart failure**

→ **Anschrift des Verfassers:**
Dr. med. Peter Stiefelhagen
 Internist
 Ziegelhütterweg 39
 D-57627 Hachenburg
 E-Mail: pdrstiefel@web.de