

Informationsbrief Nr.: 01 / 2018

Standort: Sekretariat
Pfad: QM-ZFD / Serviceprozesse / Informationsmanagement / Laborinformationen

Chemnitz, den 05.01.2018

Informationsbrief Nummer 01 / 2018

Abklärung einer Blutungsneigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der täglichen Laborarbeit fällt auf, dass kein Profil Abklärung einer Blutungsneigung besteht. Dadurch entstehen viele Rückfragen. Zudem hat das Labor das Parameterspektrum erweitert. Die Diagnostik sollte sich an folgenden Gesichtspunkten orientieren:

1. Bekannte hämorrhagische Diathese
2. Anamnestische oder aktuell vermehrte Blutungsneigung
3. Blutungen im Rahmen diagnostischer oder therapeutischer Interventionen

Die häufigste Ursache einer Blutungsneigung ist das von Willebrand-Syndrom (vWS). Das vWS kann hereditär oder erworben (z.B. im Rahmen kardiologischer oder hämatologischer Erkrankungen) sein.

Die Basisdiagnostik umfasst: F VIII, vWF-Aktivität, vWF-Konzentration und Collagenbindungsaktivität. Weitere Untersuchungen bei pathologischen Befunden (Multimerenanalyse des vWF, F VIII-Bindungskapazität, ristocetininduzierte Plättchenaggregation) sollten nur in Rücksprache mit dem Labor erfolgen.

Patienten mit Hämophilie A/B sind in der Regel bekannt. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass bei Einsatz neuer halbwertszeitverlängerter Präparate die klassischen Gerinnungsassays versagen und chromogene Tests empfohlen werden. Deshalb sollte das Labor informiert werden, wenn diese eingesetzt werden.

Bei älteren Patienten sollte auch an das Vorliegen erworbener Hemmkörper gegen F VIII gedacht werden. Diese treten in der Regel in Assoziation mit schweren Grunderkrankungen auf und fallen durch lange aPTT-Werte bei anamnestisch normalen Werten und beispielsweise großflächigen Hauteinblutungen auf.

Ein Mangel an anderen Gerinnungsfaktoren hat in der Regel nur eine milde Blutungsneigung zur Folge.

Angeborene Thrombozytopathien sind selten, aber erworbene, medikamentös bedingte Thrombozytenfunktionsstörungen sind die häufigste Ursache einer erhöhten Blutungsneigung. Wichtig für die Interpretation und die Wahl des optimalen Testsystems ist die Angabe der Medikation (ASS, Clopidogrel, Prasugrel, NSAR...). Bei Verdacht auf medikamentös erworbene Thrombozytenfunktionsstörung ist die klassische BORN-Aggregometrie der Plättchenhämostasekapazität eindeutig überlegen. Die Messung der Plättchenhämostasekapazität wird durch den in Akutsituationen erhöhten vWF beeinflusst, dadurch können Plättchenfunktionsstörungen übersehen werden.

Der Nachweis einer Thrombozytopathie bei gleichzeitiger schwerer Thrombozytopenie (<80 Gpt/l) ist mit den konventionellen Methoden nicht möglich.

Bei Vorliegen einer akuten Blutung sollte neben den Globaltesten der Gerinnung (Quick, aPTT und Fibrinogen) auch an einen Mangel an F XIII gedacht werden, weil der F XIII in keinem anderen Gerinnungstest erfasst wird. Da der F XIII eine lange Halbwertszeit hat, treten F XIII bedingte Blutungen oft verzögert auf.

Blutungen können auch durch eine gesteigerte Hyperfibrinolyse entstehen, besonders bei Polytrauma, Operationen im Urogenitaltrakt und im Mund- bzw. Rachenbereich. Obwohl wir keinen wirklichen guten Test zur Verfügung stellen können, empfiehlt sich die Bestimmung von α_2 -Antiplasmin, Plasminogen, F XIII, D-Dimer und Fibrinogen.

Bei Auftreten von Blutungen unter den neuen Antikoagulanzen empfehlen wir die entsprechende Spiegelbestimmung (Apixaban, Edoxaban oder Rivaroxaban); bei Gabe von Dabigatran die Messung der Thrombinzeit, bei Blutungen unter niedermolekularen Heparinen die klassische anti Xa-Bestimmung. Ist das NOAC unbekannt, sollte Rivaroxaban anfordert werden (der Unterschied gegenüber Apixaban und Edoxaban) ist gering.

Zusammenfassend können wir derzeit folgendes Vorgehen empfehlen:

Globaltests: Quick, aPTT, Thrombinzeit und Fibrinogen

Zusätzlich anzufordern mit entsprechend hinterlegten Profilen:

Diagnostik auf vWS: FVIII, vWF:Ag, vWF:Aktivität, Collagenbindung

Postoperative Nachblutung: F XIII, wenn normal dann wie Abklärung einer Blutungsneigung

Verdacht auf Thrombozytenfunktionsstörung: Thrombozytenfunktion nach Born mit Angabe der plättchenwirksamen Medikamente, nur sinnvoll bei Thrombozytenwerten > 80 Gpt/l und nach vorheriger Anmeldung im Labor

Verdacht auf Hyperfibrinolyse: α_2 -Antiplasmin, Plasminogen, F XIII, D-Dimer

Abklärung einer Blutungsneigung (allgemein): F VIII, FIX, vWF:Ag, vWF:Aktivität, Collagenbindung, F XIII und Thrombozytenfunktionsdiagnostik

Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Annelie Siegemund

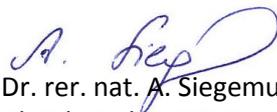
Tel.: (0152) 320 50544

E-Mail: a.siegemund@laborchemnitz.de

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. G. Stamminger
Med. Geschäftsführerin



Dr. rer. nat. A. Siegemund
Abteilungsleiterin Gerinnung