

# Ist die lebenslange Marcumarisierung einer jungen Frau mit rezidivierenden thromboembolischen Ereignissen erforderlich?

**?** Eine 29-jährige, bei mir neu in der Praxis vorgestellte Patientin hat folgende Vorgeschichte: 1994 spontan aufgetretene Phlebothrombose der unteren Extremität, seinerseits auf eine Kombination von Nikotin und Ovulationshemmer zurückgeführt. Anschließend 6-monatige Marcumarisierung.

1996 und 1998 jeweils stationäre Aufnahme wegen Hypästhesie links. Nachweis einer frischen Ischämie im Posteriorstromgebiet rechts, bzw. Nachweis eines embolischen Infarktes im Gyrus präzentralis links.

Mehrfache angiologische Diagnostik einschließlich TCD, MRT des Schädels, Liquordiagnostik unauffällig. Mehrfache TEE ohne pathologischen Befund. Phlebographisch kein Nachweis erneuter Thrombosen. Rezidivierende Bestimmungen von Vaskulitisparametern, Protein S, Protein C, APC-Resistenz, Cardiolipin-Antikörper negativ. Entlassung der Patientin mit der Empfehlung einer lebenslänglichen Marcumarisierung. Die Patientin ist aktive Sportlerin (Hallenhandball), eine Dauer Marcumarisierung würde eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität bedeuten. Ist aufgrund der vorliegenden Befunde evtl. eine Behandlung mit ASS, z.B. 300mg täglich, diskutabel?

**!!!** Die geschilderte Patientin präsentiert sich mit rezidivierenden thromboembolischen Ereignissen. Die zweimal aufgetretenen zerebralen thromboembolischen Ereignisse sind zweifelsfrei dokumentiert, jedoch konnte kein Risikofaktor bzw. Auslöser identifiziert werden. Es fand sich weder in der Thrombophiliediagnostik ein pathologischer Befund, noch konnte von kardialer Seite der Ausgangspunkt für die Embolie gefunden werden.

Da für solche Fälle keine Literaturdaten vorliegen, auf die man sich stützen könnte, muss das Vorgehen im Analogieschluss zu Erkrankungen, bei denen Abnormitäten und Ausgangspunkt von Embolien dokumentiert sind, abgeleitet werden.

Die Patientin erlitt dreimal thromboembolische Ereignisse. Wenn ein Thromboserisikofaktor, wie z.B. ein Lupus antikoagulans oder erhöhte Antikardiolipin-Antikörper dokumentierbar wären, bestünde zweifelsfrei die Indikation zur Langzeitantikoagulation mit oralen Antikoagulantien. Ebenso bestünde eine solche Indikation, wenn das Herz als Ausgangsquelle für die Embolien dokumentiert hätte werden können. Trotzdem diese Voraussetzungen bei der Patientin nicht erfüllt sind, würde ich, im Analo-

gieschluss an die oben aufgeführten Indikationen, die Langzeitantikoagulation mit oralen Antikoagulantien empfehlen und der Patientin anraten. Es sollte ein INR-Bereich von 2–3 angestrebt werden. Ich halte die Behandlung mit ASS aufgrund der nachgewiesenen thromboembolischen Manifestationen für nicht ausreichend als Schutz vor weiteren Embolien.

Ich sehe das Problem der Patientin als aktive Sportlerin und Handballerin, kann mich aber bei meiner medizinischen Entscheidung nicht von dieser Tatsache leiten lassen. Die Ausübung des Handballsports ist für die Patientin in jedem Fall zeitlich begrenzt, da mit höherem Alter dies als Beruf nicht mehr in Frage kommt. Wie hoch das Risiko beim Handballsport unter oraler Antikoagulation, kann nicht beziffert werden. Bedeutsam erscheinen Verletzungen des Kopfes mit der Gefahr der Hirnblutung und stärkere Einblutungen in Muskel- und Bindegewebe.

## Autorin

Prof. Dr. Ingrid Pabinger · Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie  
Universitätsklinik für Innere Medizin I · Währinger Gürtel 18–20 · A-1090 Wien

## Berichtigung

Berichtigungen zum CME-Beitrag „Beatmungsassozierte Pneumonie“ aus DMW 14 (Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 741–754):

### Diagnostik

**Auf S. 745 müssen in Tab. 1 in folgenden Fällen die Grade der Empfehlung berichtigt werden:**

1. Maßnahme: BeatmungsfILTER  
Empfehlung: keine  
Empfehlungsgrad: **C** (statt B)
2. Maßnahme: Beatmungsschläuche  
Empfehlung: heizbare Schläuche  
Empfehlungsgrad: **C** (statt B)
3. Maßnahme: Wiederaufbereitung von Beatmungszubehör  
Empfehlung: Nach chemischer Desinfektion Nachspülung mit sterilem Wasser zur Beseitigung von Desinfektionsmittelrückständen  
Empfehlungsgrad: **A** (fehlt bisher)
4. Maßnahme: Ernährung  
Empfehlung: Platzierung der Ernährungssonden distal des Pylorus  
Empfehlungsgrad: **C** (statt B)
5. Maßnahme: orale Dekontamination  
Empfehlung: Anwendung oraler Dekontaminationsstrategien  
Empfehlungsgrad: **C** (statt B)
6. Maßnahme: Selektive Darmdekontamination  
Empfehlung: nicht generell empfohlen  
Empfehlungsgrad: **C** (statt B)

### Literatur

Auf S. 747 muss es bei Literaturzitat Nr. 6 am Schluss „**in Vorbereitung**“ (nicht „in press“) heißen.

### Therapie

**Auf S. 750 muss es in Tab. 2 heißen:**

„**antiinfektive Vorbehandlung**“ (statt „antiinfektive Lungenerkrankung“)

In der Letzten Zeile muss „**schwere Pneumonie**“ **gestrichen** werden.

### Literatur

Auf S. 750 muss es bei Literaturzitat Nr. 4 am Schluss „**in Vorbereitung**“ (nicht „in press“) heißen.

Die Beantwortung der Quizfragen ist von diesen Korrekturen nicht betroffen! (Anm. d. Red.)