

Laborinformation Blutungsneigung

In Deutschland sind perioperative Blutungen gemessen am weltweit höchsten Pro-Kopf-Verbrauch von ca. 6,5 Mio Blutkomponenten pro Jahr weiterhin ein alltägliches klinisches Problem, wobei das Ausmaß der Blutung abhängig ist von der Art des chirurgischen Eingriffes, evtl. Medikamenteneffekte und der speziellen Hämostasestörung. Zur präoperativen Abklärung einer Blutungsneigung sollten die statistischen Häufigkeiten der verschiedenen angeborenen und erworbenen Blutungsneigungen berücksichtigt werden, wie eine prospektive Studie an 5649 Erwachsenen zeigt:

Primäre Hämostasestörungen 73% (n=187)	Sekundäre Hämostasestörungen 0.8%	Kombinierte Hämostasestörungen 26.2 %
Erworbene Thrombozytopathien (169) 162 medikamenteninduziert ! (Aspirin, Diclofenac, Ticlopidin, Clopidogrel, Valproinsäure, Penicilline, Ciprofloxacin etc.) Urämisch bedingt (7)	Keine erworbenen Defekte (Ausschluß antikoagulierter Patienten)	Leberzirrhose (13)
Angeborene Thrombozytopathien (18) (gestörte Freisetzungsreaktion, Thrombasthenie, Bernard-Soulier-Syndrom)	Angeborene Dysfibrinogenämie (1) Angeborener Faktor VII-Mangel (1)	Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom (54) VWJ Typ 1 (mind. 40)

Zur Abklärung bzw. zum Ausschluss dieser Gerinnungsstörungen sind neben der Diagnostik vor allem auch eine standardisierte Anamnese hilfreich, einen beispielhafter Fragebogen mit den wichtigen Details finden Sie auf unserer Homepage.

Anhand der obigen Daten und des derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstandes empfehlen wir folgende diagnostische Strategie:

- 1.) **Bei unauffälliger Anamnese und Klinik** sowie normaler Routine-Hämostase - Thrombozytenzahl, Quick, aPTT und Fibrinogen - können geplante Operation erfolgen.
- 2.) **Bei auffälliger Anamnese und/oder Klinik** wird zusätzlich zur obigen Routineüberprüfung die v.Willebrand-Diagnostik, die Faktor XIII-Analyse sowie die Thrombozytenfunktion mittels Multiplate durchgeführt zum Ausschluss wichtiger Störungen der primären und sekundären (plasmatischen) Gerinnung, die mit den Routineparametern nicht erfasst werden. Hierzu ist **eine Blutabnahme im Labor** empfehlenswert, für Transportzeiten < 2 h können Hirudin-Röhrchen zur Verfügung gestellt werden. Zur Thrombozyten-Funktionsmessung muss die Einnahme von Grippe-, Rheuma-, Aspirin-haltigen Schmerzmitteln, Clopidogrel etc. in den letzten 7-8 Tagen ausgeschlossen sein.
- 3.) **Bei auffälligem Quick und/oder aPTT-Verlängerung** werden die entsprechenden Einzelfaktoren analysiert. Bei auffälliger aPTT und unauffälliger Anamnese und Klinik wird immer zusätzlich ein Lupusantikoagulanzen als häufigste Ursache ausgeschlossen.

**Für Anmerkungen und Fragen stehen wir Ihnen natürlich wie immer jederzeit zur Verfügung
 Mit freundlichen Grüßen – Ihr Laborteam**