Zusammenfassung des Arbeitsgespräches auf der Reisenburg, Ulm, über Thromboseprophylaxe mit Dextran

D.

Hey

Bietigheim

Anschrift des Verfassers: Priv. Doz. Dr. Dr. D. Hey, Städt. Krankenhaus, D-712 Bietigheim/Ulm

Aufgrund der in gut kontrollierten Studien nachgewiesenen Wirksamkeit von Dextraninfusionen zur postoperativen Thromboseprophylaxe wurde diese Therapieform im Rahmen eines »Workshops« diskutiert. Neben den Autoren einiger der genannten Untersuchungsreihen waren Gerinnungs-physiologen, Chirurgen, Internisten sowie experimentelle Mediziner beteiligt. Als zusammenfassendes Ergebnis des Arbeitsgespräches wurden folgende Punkte herausgestellt:

Für die grundsätzlich zu fordernde Thromboseprophylaxe bei entsprechend gefährdeten Patienten, vor allem in der postoperativen Phase, sind Dextraninfusionen gut geeignet. Ist der Patient postoperativ länger als 3 Tage immobilisiert, d.h., liegt er vorwiegend zu Bett – zweimaliges Aufstehen pro Tag genügt nicht – so sollten prä- bzw. intraoperativ 500 ml Dextranlösung infundiert werden. Diese Dosis muss an den folgenden 3 Tagen wiederholt werden. Die angegebene Menge reicht bis zu einem Grenzwert von 80 kg Körpergewicht aus, bei schwereren Patienten sollte eine entsprechende Korrektur erfolgen. Da die Thromboseprophylaxe bis zur vollständigen Mobilisierung notwendig ist, müssen in der darauffolgenden Zeit zweimal wöchentlich 500 ml Dextran infundiert werden. Es erscheint sinnvoll, etwa ab dem 10. postoperativen Tag auf Kumanin-Präparate bzw. auf subkutanen Heparin überzugehen.

Als relative Kontraindikation ist eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Herzinsuffizienz anzusehen; hier sollte die Infusion unter Kontrolle des zentralvenösen Druckes entsprechend vorsichtig erfolgen. Die Einlaufgeschwindigkeit der zu verabreichenden Dosis ist für den gewünschten Effekt ohne Bedeutung. Sehr selten sind anaphylaktische Reaktionen. Sie treten beim wachen Patienten häufiger auf als beim bereits narkotisierten. Beachtet werden müssen als grundsätzliche Kontraindikation schwere Hämostasestörungen wie Hämophilie, Thrombozytopathie bzw. Thrombozytopenie.

Als therapeutische Alternativen bieten sich an:

a) Thromboseprophylaxe mit subkutan appliziertem

Heparin (2 x 5000 E/die), eine Laborkontrolle ist nicht erforderlich (Minidose Heparin).

Thromboseprophylaxe mit konventionellen Heparin-dosen (3 x 1250 E Heparin pro 10 kg Körpergewicht und Tag, subkutan, beginnend am 1. postoperativen Tag). Die Therapie muss labormässig überwacht werden.

Thromboseprophylaxe mit Kumanin. Die therapeutische Breite dieser Therapieform ist eng. Eine entsprechende Kontrolle des Quickwertes ist unumgänglich.

Die Indikation für Azetylsalicyl-Säure und Dipyridamol ist im wesentlichen auf den arteriellen Schenkel gerichtet. In der postoperativen Thromboseprophylaxe ist die Verwendung dann zu erwägen, wenn Dextran bzw. Heparin nicht geeignet erscheinen.

Referenten

Prof. Dr. S. E. Bergentz, University of Lund Department of surgery General Hospital
Malmö/Schweden

Prof. Dr. John Bonnar, Abt. f. Gynäkologie u. Geburtshilfe an der Universität Oxford/England

Priv. Doz. Dr. Dr. Hey, Med. Klinik u. Poliklinik an der Justus-Liebig-Universität Giessen

Priv. Doz. Dr. K. Lüders, Chir. Klinik, Poliklinik an der Universität Tübingen

Priv. Doz. Dr. K. Messmer, Institut f. Chir. Forschung an der Chir. Universitätsklinik München

Prof. Dr. H. Neuhof, Medizinische Klinik und Polikliniken der Justus-Liebig-Universität Giessen

Priv. Doz. Dr. L. Sunder-Plassmann, Institut f. Chirurgische Forschung an der Chir.

Universitätsklinik München