

Bedeutung tiefer Beinvenenthrombosen für die konservative Medizin bei älteren Patienten

„Besonders bei multimorbiden geriatrischen Patienten besteht eine große Thrombosegefahr.“



Dr. Andreas Rahn

Leitender Arzt am St. Franziskus-Hospital Lohne
Innere Abteilung, Fachbereich Geriatrie
E-Mail: Dr.A.Rahn@t-online.de

Ältere Menschen bedürfen einer besonderen medizinischen Versorgung. Die Schwierigkeit beim geriatrischen Patienten besteht in seiner Multimorbidität. Aufgrund multipler thrombosedisponierender Faktoren läßt sich das Thromboserisiko daher nur schwer einschätzen. Entsprechende Daten speziell für geriatrische Patienten gibt es kaum. Vor allem bei akuten, aber ambulant behandelbaren Erkrankungen muß die Notwendigkeit einer Thromboseprophylaxe dringend untersucht werden.

Aufgrund der demographischen Entwicklung werden im Jahr 2030 zirka 40 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Der ältere Mensch weist eine Reihe von Besonderheiten auf, die es bei seiner medizinischen Versorgung zu berücksichtigen gilt. Bis heute existiert keine allgemeine Definition des geriatrischen Patienten. Aus praktischer Sicht erscheint es zweckmäßig, ältere Menschen in vier Gruppen zu unterteilen (**Tab. 1**), anhand derer sich die jeweiligen medizinischen Versorgungsbedürfnisse erkennen lassen. Die Übergänge sind fließend, jedoch lassen sich die meisten Patienten zuordnen.

Inzidenz von Thrombosen und Folgeerkrankungen

Will man die Inzidenz von tiefen Beinvenenthrombosen (TVT) untersuchen, muß grundsätzlich zwischen stationärem und ambularem Bereich, operativen und nicht-operativen Patienten sowie akuter und chronischer Problematik unterschieden werden. Auch geht es hier nur um Thrombosen, die sich im Laufe einer Behandlung erst entwickeln – man könnte sie im stationären Bereich als „nosokomiale Thrombosen“ bezeichnen.

Aktuelle Zahlen aus prospektiven Untersuchungen über die spontane Inzidenz von TVT und Lungenembolien sowie deren Folgen während einer konservativen stationären Therapie gibt es speziell für die einzelnen Patientengruppen nicht. Insofern muß man auf Studien an interistischen und unfallchirurgischen/orthopädischen Patienten zurückgreifen, in denen auch Patienten über 75 Jahre ausreichend vorhanden waren. Diesen Untersuchungen kann man zusammenfassend entnehmen: Die TVT-

Tab. 1: Klassifikation von älteren Patienten und deren entsprechender Versorgungsbedarf

Klasse	Patientengruppe	Merkmale	Konsequenz
I	nicht akut kranke ältere Menschen	- Menschen über 65 – 70 Jahre - keine apparente akute Erkrankung - mit oder ohne Funktionseinschränkung oder Behinderung	Vorsorge (geriatrisches Screening, Impfungen)
II	monomorbide ältere Patienten	wie I + akute Erkrankung ohne relevante Komorbidität ohne Gefahr der bleibenden Funktionseinschränkung/ Behinderung	wie I + Beachtung altersassoziierter Verhältnisse (z.B. Nierenfunktion) bei allgemeiner oder organsystembezogener Behandlung - geriatrisches Screening (zu fordern)
III	multimorbide ältere Patienten	wie I + akute Erkrankung + mindestens 1 von: und/oder Komorbidität und/oder „geriatrisches Syndrom“ und/oder vorhandene oder drohende Funktionseinschränkung/ Behinderung	- geriatrischer Behandlungsansatz, bei entsprechend speziellem Bedarf + organsystembezogener Spezialmedizin - geriatrisches Konsil, wenn primär in nicht-geriatrische Abteilung aufgenommen
IV	terminal krank	wie II – III + Lebenserwartung sehr gering	Palliation

Zusatzklassifikation nach kognitiver Situation für ≥ Klasse II:			
Kategorie	Patientengruppe	Merkmale	Konsequenz
a	kognitiv nicht relevant eingeschränkt	allenfalls leichte kognitive Beeinträchtigung, keine Demenz	Vorsorge (geriatrisches Screening, Impfungen)
b	relevante kognitive Einschränkung	mindestens leichte Demenz	- geriatr. Behandlungsansatz + - Strukturierung des Tagesablaufes - symptomorientierte Behandlung wichtiger als prognostisch orientierte

Häufigkeit ohne Prophylaxe liegt bei internistischen Patienten zwischen 5 und 25 Prozent. Beim Schlaganfall kommt es in 50 bis 75 Prozent der Fälle zu einer tiefen Beinvenenthrombose. Im Vergleich dazu entwickeln 30 bis 40 Prozent aller Patienten nach einem gelenkchirurgischen Eingriff eine TVT. Die verschiedenen Studien lassen sich nur schwer miteinander ver-

gleichen, denn z.B. wurden unterschiedliche Verfahren zum Thrombosenachweis eingesetzt. Außerdem läßt sich der Schweregrad der Thrombose nicht exakt beurteilen, und aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen sind auch weitere Endpunkte wie Lungenembolien und das postthrombotische Syndrom nicht vergleichbar.

Tab. 2: Thromboseinzidenz bei einzelnen Erkrankungen und Risikofaktoren

Risikofaktor, Krankheitskomplex	Thromboserisiko, -inzidenz (ohne spezifische Prophylaxe)
Immobilität	
- akut	erhöht, genaue Zahlen sind nicht bekannt, da dieser Faktor eigentlich nicht isoliert auftritt, sondern in der Regel bedingt ist durch eine Erkrankung, Behinderung usw.
- generalisiert	dto.
- lokal, z.B. Beinparese	z.B. 1 Extremität bei Schlaganfall oder postoperativ: erheb. erhöhtes Thromboserisiko, s.b. entsprechenden Grunderkrankungen
- chronisch	widersprüchliche Daten liegen vor
- generalisiert	z.B. bei allgemeiner Schwäche oder zunehmender Rückzug bei Demenz: Thromboserisiko ohne weitere Faktoren eher nicht erhöht
- lokal	keine ausreichenden Daten vorhanden
- Grad	alle Abstufungen möglich von „normal mobil“ bis vollständig bettlägerig
Herzinsuffizienz NYHA III-IV	15–40%
Herzinfarkt, akut	16–40%
Volumenmangel, Exsikkose	keine Zahlen bekannt, als Kofaktor plausibel
akut dekompensierte COPD mit/ohne Beatmung (mit Immobilität)	15–30%
internist. Erkrankungen, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen	ca. 30%
Infektionen, schwer allgemein (mit und ohne Sepsis)	15–30%
rheumatische Erkrankungen, akut, z.B. akuter Schub chronischer Erkrankung	15%
akuter Schub CED	15%
Alter > 75 Jahre	Viele Daten sprechen für eine erhöhte Thromboseneigung mit zunehmendem Alter. Es ist offen, ob dies eine Folge des Alterns an sich oder durch häufige Erkrankungen im Alter bedingt ist.
Krebs (florides Malignom)	erhöht, Kofaktor
- bei Chemotherapie	erhöht
Varikosis	im Alter wahrscheinlich geringere Bedeutung
Übergewicht	Kofaktor
Hormontherapie	Kofaktor
Thrombophilie/Thromboseanamnese	erhöhen das Risiko als Kofaktor insbes. bei Immobilität/Bettruhe (Alter, Gewicht, Extremitätenlähmung, Tumor)
Polyglobulie, Thrombozytose	
nephrotisches Syndrom	Kofaktor
Schlaganfall	11 (–75%)
- mit Lähmung einer (unteren) Extremität	bis 75%
internist. Patienten allgemein	5–26%
M. Parkinson	über Mobilitätseinschränkung?
Kombination mehrerer Faktoren	sicherlich bedeutsam, keine Quantifizierung möglich

Über die Häufigkeit von Lungenembolien liegen weniger exakte Zahlen vor, sie kommen aber deutlich seltener vor: etwa 2,5 bis 5 Prozent. Die Zahl hierdurch bedingter Todesfälle ist nicht belegt, dürfte aber nochmals deutlich geringer sein. Über die Häufigkeit postthrombotischer Syndrome und deren Folgekomplikationen sowie über die Häufigkeit von Rezidiven liegen keine auswertbaren Daten vor. Die meisten Untersuchungen ergaben eine höhere Inzidenz von TVT bei bestimmten Erkrankungen oder Situationen.

Dies spricht dafür, daß es für die Thromboseentstehung bestimmte erkrankungsassoziierte Faktoren gibt – die Pathogenese ist noch nicht gänzlich verstanden. Hierbei wäre auch zu beachten, wieviele Patienten mit einer (wenn ja, welcher) endogenen Thromboseneigung in die Studien einbezogen worden sind – die vorliegenden Daten lassen sich nicht vergleichend auswerten. Inzidenzen kann man zudem nur dann vergleichen, wenn sich die Patientenkollektive sehr ähneln. Inwieweit z.B. die Frühmobilisation das Ergebnis beeinflusst, kann man ohne spezielle Studien nicht sagen.

Häufig läßt sich im Einzelfall keine konkrete Ursache für die Entstehung einer Thrombose benennen. Dann greift man auf ein Risikofaktorenmodell zurück, das zwar für größere Patientenkollektive statistische Korrelationen liefert, sich aber für kausale Zuordnungen nur bedingt eignet. Besonders kritisch wird die Beurteilung, wenn mehrere Risikofaktoren zusammentreffen. Hier läßt sich die Bedeutung des einzelnen Faktors schwer bemessen; noch schwieriger ist es, die Auswirkungen mehrerer Risikofaktoren abzuschätzen. Wie verhalten sich die Einzelrisiken: additiv, produktiv, individuell immer anders oder kommt es zu negativen Interferenzen?

Die besondere Schwierigkeit beim geriatrischen Patienten (besonders Klasse III) besteht genau in dieser Frage, denn seine Multimorbidität bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein von

multiplen thrombosedisponierenden Faktoren. **Tabelle 2** stellt die vorhandenen Daten bezüglich einzelner Faktoren und Krankheitskomplexe dar. Einige Faktoren reichen allein nicht, um eine Thrombose auszulösen, sondern gelten als Kofaktoren. Die Zahlen sind mehr oder weniger breit gestreut. Die möglichen disponierenden Faktoren sind aus vielen Arbeiten zusammengetragen und sicher nicht vollständig.

Teilweise liegt bereits bei Krankenhausaufnahme eine Thrombose als Komorbidität vor. Studien ergaben eine Inzidenz von 4 bis 18 Prozent. Ohne ausreichende Behandlung dürften dann gehäuft Komplikationen auftreten. Inwieweit bei anderen Studien eine präexistente Thrombose ausgeschlossen worden ist, läßt sich nicht immer genau ermitteln. Es hat sich auch gezeigt, daß ein Routinescreening auf TVT nicht zur Reduktion von Thromboembolien und Lungenembolien führt.

Thrombosen bei ambulanten Behandlungen wenig untersucht

Für den konservativen, nicht-operativen Bereich gibt es keine ausreichenden Daten – obwohl dringender Bedarf besteht, denn die Notwendigkeit der Thromboseprophylaxe bei akuten, aber ambulant zu behandelnden Erkrankungen geriatrischer Patienten muß untersucht werden. In der kürzlich vorgestellten „At-Home“-Studie wurde ermittelt, wie häufig Hausärzte bestimmte Risikofaktoren bei ihren ambulanten Patienten sehen. Zahlen über die Inzidenz spontaner Thrombosen (und ihrer Folgen) und im Zusammenhang mit einer Intervention sich entwickelnder Thrombosen sind aber bisher nicht vorgestellt worden.

Literatur beim Verfasser

Lesen Sie weiter im nächsten Heft:
Thromboseprophylaxe bei akuten Erkrankungen im konservativen Bereich: wer, wie, wie lange?