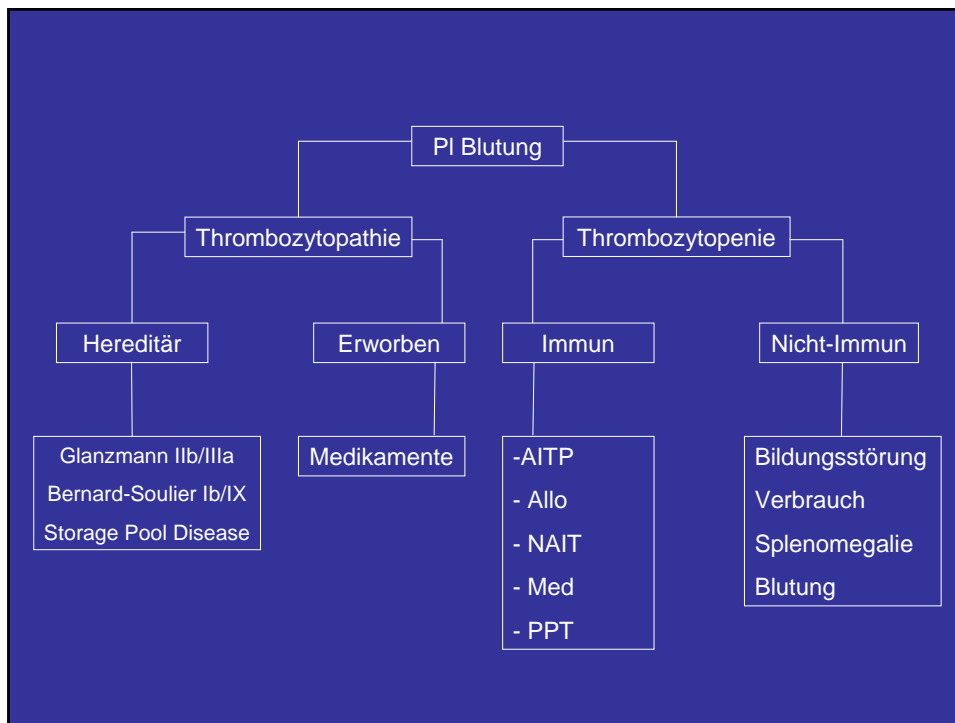


Tumorkonferenz der Niedergelassenen Onkologen für Niedergelassene

8. April 2008

Thrombozytenbedingte Blutungsneigung und Therapiemöglichkeiten

Prof. Dr. Abdulgabar Salama
Universitätsklinikum Charité
Institut für Transfusionsmedizin
Campus Virchow-Klinikum



Autoimmunthrombozytopenie

(AITP)

M. Werlhof

Klinisches Bild

- extrem variabel
 - Blutungsneigung:
keine, wenig, stark und
selten lebensbedrohlich
 - Thrombozytenzahl 0 - > 100
-

Incidence

- 1 : 15 – 20.000
 - 3 : 1 f / m
 - alle Alterstufen
-

Ursachen

- unbekannt (idiopathisch)
 - Infektionen
 - Medikamente
 - Autoimmunerkrankungen
 - Malignome
 - Immundefekte
 - Transplantationen
 - Myome
-

Diagnose

- Klinisches Bild
 - Anamnese
 - Serologie
 - KM - Histologie
-

Wirksamkeit der medikamentösen Therapie bei ITP

Splx	: keine dauerhafte Remission bei den meisten Patienten, Operationsrisiko, OPSI usw.
Korticoide (Pred./Dexa)	: nicht sofort wirksam (3Tage – 3 Wochen >, 1 mg/KG), nicht immer wirksam, hohes Risiko, hohe Dosen, Kontraindikationen, Einstellung des Pat. und viele unerwünschte Nebenwirkungen
IVIgG	: kurze Wirksamkeit, zeitaufwändig, teuer, danach stärkere Blutungsneigung
Anti-CD 20 (Rituximab)	: unwirksam bei ca. 50% der Patienten keine dauerhafte Remission Nebenwirkungen ?

Vorteile der Anti-D - / IgG - Therapien

- schnell wirksam
 - keine Altersgrenze
 - unabhängig vom Geschlecht
 - Risikoarm
 - keine Tachyphylaxie
 - langsamer Abfall der Thrombozyten
 - Thrombozyten > 30 / nl länger als bei IgG
-

Therapie 1. Wahl

Anti-D : wirksam bei Rh – pos. Patienten



selten wirksam:

Azathioprin, Danazol, Cyclosporin A, Vincristin,
Cyclophosphamid, Dapsone, Interferon- α ,
Plasmapherese, Campath-1h (CD-52), Vitamin-C,
Colchicin, Transplantation

TPO-Rezeptor Agonisten

	AMG 531 AMGEN	Eltrombopag GlaxoSmithKline
Substanz	Peptibody	„small molecule“
Gabe	subkutan (s.c.) intravenös (i.v.)	Oral (Tablette)
Frequenz	wöchentlich	1 x tgl.
Dosierung	1 μ g/kg KG	25 – 75 mg

Weitere Substanzen stehen kurz vor der klinischen Prüfung

Autoimmunthrombozytopenie

- IV IgG 1g/kg/KG/d
 - Methylprednisolone 1g/d 3 Tage
 - (rFVIIa)
-

Autoimmunthrombzytopenie

Lebensbedrohlicher Blutung
Massive Thrombozytentransfusion
5 – 10 TKs (1TK/20-30')

Posttransfusionelle Purpura

IVIgG 1g/kg/KG 2x

NAIT

- Intrauterin IVIgG/Pltr
 - Extrauterin Pltr
-

Med. ITP

- Med. >
 - Je nach Akuität IVIg/Pltr
-

Hereditäre Thrombopenie

- Glanzmann
 - Bernard-Soulier
 - Storage Pool Disease
-

rFVIIa

Bildungsstörung

- Chronisch
- Akut

Chronische Thrombozytopenie

- Aplastische Anämie
 - MDS
 - Hereditäre Thrombozytopenie
-

Pltr:

- Klinisch manifeste Blutung
- Prophylaktisch bei Blutungsrisiko und
Thrombozyten < 10.000/ μ l
- Prophylaktisch bei Thromb. < 5.000/ μ l

Hoher Thrombozytenumsatz

Nicht-immunologisch bedingt

- Verbrauchskoagulopathie
- HUS
- TTP
- Sepsis

-
- Pltr nur im Falle bedrohlicher Blutung

Akute Thrombozytenbildungsstörung

- Akute Leukämie
- KM-Transplantation
- Malignome

-
- Pltr prophylaktisch bei Thrombozyten $< 10.000/\mu\text{l}$
 - Bei Blutung
 - Blutungsrisiko und Thrombozyten $< 20.000/\mu\text{l}$

Kleine operative Eingriffe

Pltr bei Blutungsneigung und Thrombos < 20.000/ μ l

Große operative Eingriffe

Pltr

- bei Pl. < 50.000/ μ l
 - bei hohem Blutungsrisiko und Pl. < 100.000/ μ l
-

Invasive Diagnostik

- Organpunktion Leber, Niere, Herz usw.
-

Pltr prophylaktisch bei Thrombozyten $< 50.000/\mu\text{l}$

Lumbalpunktion

- elektiv bei Thrombozyten $< 50.000/\mu\text{l}$
 - Notfall bei Thrombozyten $< 20.000/\mu\text{l}$
 - Sepsis bei Thrombozyten $< 10.000/\mu\text{l}$
-

Gelenkpunktion

Pltr prophylaktisch bei Thrombozyten < 20.000/ μ l

Blutige zahnärztliche Behandlung

Pltr bei Thrombozyten < 20.000/ μ l

bei Thrombozyten < 50.000/ μ l (große OP)

Gastrointestinale Endoskopie

Pltr bei Thrombozyten < 20.000/ μ l

Bronchoskopie

Pltr prophylaktisch bei Thrombozyten < 20.000/ μ l

Angiographie

Pltr bei Thrombozyten < 20.000/ μ l

Zentralkatheter

Pltr bei Thrombozyten < 10.000/ μ l

bei Blutung und Thrombozyten < 20.000/ μ l

Kardiochirurgie

Pltr bei Blutung und/oder Thrombozyten < 20.000/ μ l

Lokalanästhesie

Pltr Spinalanästhesie und Thrombozyten < 50.000/ μ l

Epidoralanästhesie und Thrombozyten < 80.000/ μ l

Plättchenfunktionshemmung

- ASS
 - Clopidogrel
 - ASS + Clopidogrel
 - Fibrinogenrezeptorblocker
-

Pltr

Akute Blutung und Thrombozyten $< 100.000/\mu\text{l}$

Pltr

rFVIIa

- Hemmkörper Hämophilie
- Glanzmann
- FVII-Mangel

Vielen Dank

Prof. Dr. Abdulgabar Salama
Universitätsklinikum Charité
Institut für Transfusionsmedizin
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: +49 30 450 553012
Fax: +49 30 450 553932
eMail: abdulgabar.salama@charite.de