

SGUM Sektion Gefässe: Abschlusskurs

„Periphere Arterien und Venen“

Basel 13. – 14. Februar 2020
13. Februar 2020 15h.50 – 15h.55

Venöse Thromboembolie

Malignomsuche ?

Corina R. Canova
Fachärztin Innere Medizin und Angiologie
Angiologie Graubünden in Chur und
Interdisziplinäre Gefässmedizin im Spital Schiers
corina.canova@angio-gr.ch



Venöse Thrombo-Embolie - Vorkommen

sogenannt idiopathisch / spontan:

- ohne auslösende Ursache
- ohne zugrunde - liegende Krankheit
- ohne Thrombophilie

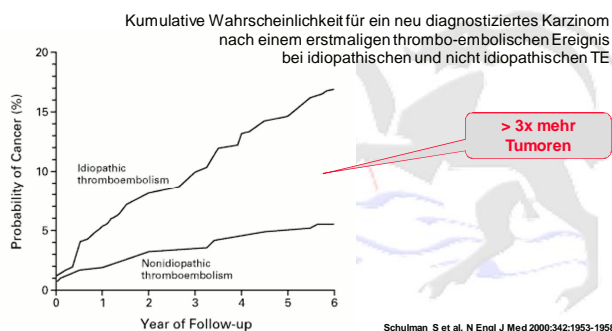
mit zugrunde liegender Ursache:

- Immobilisation jeglicher Art: Gips, Bettruhe, Reise,....
- schwere Infektionen, Operationen, Schlaganfall.....
- bekanntes Tumorleiden
- bekannte Thrombophilie

Neue Tumor-Diagnose nach VTE
in 2.1 – 10%

H.R. Büller, J Thromb and Haemost 2004;2:874-5

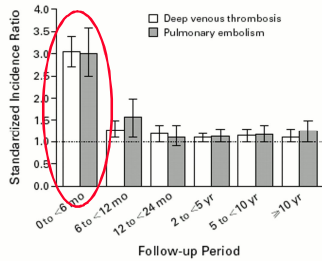
Warum ist das wichtig ?



Wann treten die Karzinome auf ?

6-12 Monate

Karzinomrisiko in Relation zur Dauer des Follow-ups nach dem erstmaligen thrombo-embolischen Ereignis

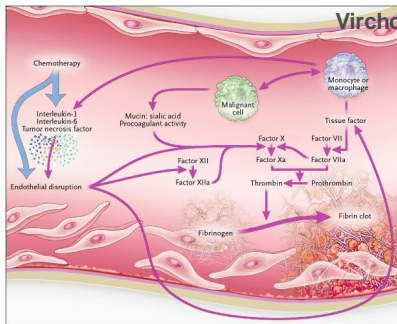


Tumorart:
Pankreas
Ovar
Leber
Hirn
Lymphome
Prostata

Staging:
in 40% bei Diagnosestellung
Metastasen

Sorensen H et al. N Engl J Med 1998;338:1169-1173

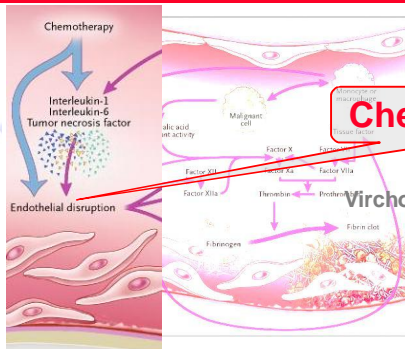
Warum führt das Karzinom zur TE ?



Virchow-Trias (1821-1902):
Stase
Endothelläsion
Gerinnungsneigung

Bick R. N Engl J Med 2003;349:109-111

Warum führt das Karzinom zur TE ?

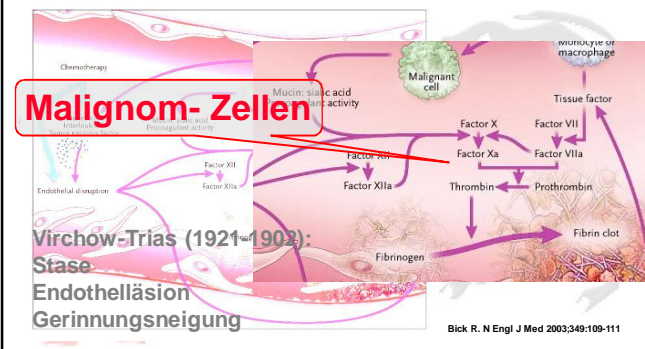


Chemotherapie

Virchow-Trias (1821-1902):
Stase
Endothelläsion
Gerinnungsneigung

Bick R. N Engl J Med 2003;349:109-111

Warum führt das Karzinom zur TE ?



Warum führt das Karzinom zur TE ?



Ist ein Screening sinnvoll ?

Ziel eines Screenings:

Früherkennen einer potentiell gefährlichen Situation
 d.h. Früherkennen des malignen Tumors zum Zeitpunkt einer kurativen Therapie

bei gleichzeitiger Kosteneffizienz **Ist das möglich ? Eher nein !**

(nur) 40-60% der Tumoren, die zusammen mit erster TE diagnostiziert werden, sind nicht metastasierend

Kosteneffizienz für die Gesamtpopulation unklar, aber wohl eher ungünstig

Schulman S et al. N Engl J Med 2000;342:1953-1958
 Buller H. N Engl J Med 1998;338: 1221-1222
 M. Monreal, J Thromb. and Haemost. 2004;2:876-81

In welchem Alter ist Screening sinnvoll ?

Table 4 Identified malignancies in relation to age

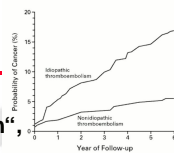
Age	Patients (n)	Identified malignancies (%)	Number needed to screen
< 40	8	0	∞
41-50	16	1 (6.3)	16
51-60	37	2 (5.4)	18.5
61-70	52	9 (17.3)	5.8
71-80	61	8 (13.1)	7.6
≥ 81	27	4 (14.8)	6.8

A. Piccioli, J Thrombosis Haemost 2004;2:884-9

Ist ein Screening sinnvoll ?

Screening kann nur unter bestimmten Voraussetzungen „empfohlen“, da für das Individuum hoch-relevant

- nur bei Patienten mit „sicher“ idiopathischen Thrombosen
- nur bei Patienten mit fehlender Familienanamnese für TE
- nur bei Patienten, bei denen eine eventuelle multimodale Tumorthherapie in Frage käme
- vor allem bei Patienten 60-80 jährig (aus Kostengründen)

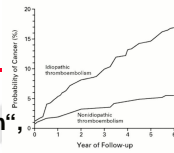


Schulman S et al. N Engl J Med 2000;342:1953-1958
Buller H. N Engl J Med 1998;338: 1221-1222
Nordström M et al. BMJ 1994; 308: 891-894

Ist ein Screening sinnvoll ?

Screening kann unter bestimmten Voraussetzungen „empfohlen“, da für das Individuum hoch-relevant

- nur bei Patienten mit sicher idiopathischen Thrombosen
- nur bei Patienten mit fehlender Familienanamnese für TE
- nur bei Patienten, bei denen eine multimodale Tumorthherapie in Frage käme
- vor allem bei Patienten 60-80 jährig (aus Kostengründen NN to Screen)



Dann: Ausführliche Anamnese inkl. FA und klinische Untersuchung inklusive
Mammalpalpation und Prostata-Palpation
Labor: BSR, Hb, Lc diff, Tc, Na, K, Kreatinin, GPT, aPh, UST.
Röntgenthorax

Weiterführende Untersuchungen nur gezielt: wie Ultraschall Abdomen, Endoskopien,...

- ‡ Mammographie und gynäkologische Untersuchung
- ‡ PSA

Nordström M et al. BMJ 1994; 308: 891-894
Buller H. N Engl J Med 1998;338: 1221-1222
Schulman S et al. N Engl J Med 2000;342:1953-1958
