

Abklärungsstrategie bei Lungenembolieverdacht

a -- Musset D, Parent F, Meyer G, et al. Diagnostic strategy for patients with suspected pulmonary embolism: a prospective multicentre outcome study. *Lancet* 2002 (14. Dezember); 360: 1914-20

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Renato L. Galeazzi

Studienziele

Die Pulmonalisangiographie als Goldstandard für die Diagnose von Lungenembolien ist teuer, invasiv, nicht ungefährlich und steht nur an grösseren Zentren zur Verfügung. Zur Validierung einer nicht-invasiven Diagnosestrategie wurde untersucht, ob bei klinisch höchstens intermediärer Wahrscheinlichkeit und negativem Resultat von Spiral-CT und Beinvenen-Kompressionssonographie ohne weitere Abklärungen auf eine Antikoagulation verzichtet werden kann.

Methoden

Bei 1'041 Männern und Frauen mit klinischem Verdacht auf Lungenembolie wurde zur Abklärung ein Spiral-CT der Lungen und eine Beinvenen-Kompressionssonographie durchgeführt. Bei hohem klinischem Verdacht und negativen Tests und in allen Fällen, wo einer der beiden Tests nicht verwertbar war, wurde eine Lungenszintigraphie und/oder eine Pulmonalisangiographie angeschlossen. Als Kriterien für eine hohe klinische Wahrscheinlichkeit galten: Dyspnoe, Pleuraschmerz, radiologische Veränderungen oder Gasaustauschstörungen ohne andere Erklärung sowie das Vorliegen eines Risikofaktors für Lungenembolien.

Ergebnisse

Bei 345 Untersuchten wurden Lungenembolien mittels Spiral-CT und/oder Sonographie diagnostiziert, davon bei 55 Personen mit negativem Spiral-CT allein durch den sonographischen Thrombennachweis in den Beinvenen. Bei 601 Personen waren beide Tests negativ. Bei 4 von 76 Personen mit negativen Tests und hohem klinischem Verdacht und bei 11 von 95 mit nicht-verwertbaren Tests wurden in der Folge Lungenembolien anhand von Szintigraphie oder Angiographie diagnostiziert. 507 Personen mit klinisch höchstens intermediärer Wahrscheinlichkeit und negativen Tests wurden nicht weiter abgeklärt und auch nicht antikoaguliert. Von ihnen erlitten in den folgenden 3 Monaten 1,8% ein thromboembolisches Ereignis. Bei ambulanten Kranken war das Risiko kleiner als bei stationären (0,8% gegenüber 4,8%; Unterschied nicht signifikant).

Schlussfolgerungen

Wenn klinisch kein grosser Verdacht auf eine Lungenembolie besteht und sowohl das Spiral-CT als auch die Beinvenen-Kompressionssonographie negative Befunde ergeben, kann ohne weitere Abklärungen auf eine Antikoagulation verzichtet

werden.

Die Studienverantwortlichen schliessen aus ihren Daten, dass Personen mit Verdacht auf Lungenembolie und negativem Venen-Ultraschall und negativem Lungen- Spiral-CT nicht antikoaguliert werden müssen, wenn sie eine «kleine klinische Wahrscheinlichkeit» für eine Lungenembolie haben («hohe Wahrscheinlichkeit» ist: Dyspnoe und Blutgasveränderungen ohne andere Ursache, Risikofaktoren für Lungenembolie. Letztere wurden in der vorliegenden Arbeit nicht näher definiert.). Bei «hoher klinischer Wahrscheinlichkeit» befürworten sie die Durchführung eines Perfusions-/Ventilations- Szintigrammes oder einer Pulmonalisangiographie. Mit dieser Strategie haben sie 9 Kranke «fälschlicherweise» nicht antikoaguliert, das sind 2,5%. Hätten sie auf die Szintigraphie oder Pulmonalisangiographie auch bei «hoher klinischer Wahrscheinlichkeit» verzichtet (natürlich nur in der Gruppe mit negativem Ultraschall und negativem CT!), hätten sie 3% der Kranken «fälschlicherweise» nicht antikoaguliert, d.h. 4 Personen mehr der Gefahr einer thromboembolischen Komplikation ausgesetzt. Ob dieser Unterschied den Einsatz der schwierig zu interpretierenden Szintigraphie und der schwierig durchzuführenden und für Kranke belastenden Pulmonalisangiographie rechtfertigt, wage ich zu bezweifeln.

Renato L. Galeazzi