

LEITFADEN FÜR DIE BETREUUNG VON SICHELZELLPATIENTEN

- [home](#)

Internet Neufassung herausgegeben Juli 2010 vom [Sichelzell-
Informationszentrum für Deutschland](#)

Klinik für Kinder-Onkologie,-Hämatologie und Klin. Immunologie
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel. Dr. Roswitha Dickerhoff
K0211-81-18590
Fax 0211-81-16206
E-mail: [Roswitha.Dickerhoff\(at\)med.uni-duesseldorf.de](mailto:Roswitha.Dickerhoff(at)med.uni-duesseldorf.de)

Prof. Dr. Dr. Alexander von Ruecker
Schwerpunkt Hämatopathologie
Institut für Pathologie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Strasse 25
D-53105 Bonn

Schwerpunkt Diagnostik:
Prof. Dr.med. E. Kohne
Universitäts-Kinderklinik
Eythstrasse 24
D-89070 Ulm
Tel. 0731-500-57149
Fax. 0731-500-57103

Bemerkung: die Bezeichnung (at) wurde statt @ verwendet um Spam zu unterdrücken !

Für diese Empfehlungen verwertet wurden eigene Erfahrungen sowie Erfahrungen englischer, französicher und amerikanischer Kollegen an großen Zentren.

Der nachfolgende Text liegt auch als [PDF-Datei](#) vor. Sollte es zu Schwierigkeiten beim *downloading* kommen, kann die Datei per e-mail zugesandt werden.

Inhaltsverzeichnis

[Akutes Thorax-Syndrom](#)

[Analgetika](#)

[Aplastische Krise](#)

[Chirurgische Eingriffe](#)

[Cholezystitis](#)

[Chronische Schmerzen](#)

[Erwachsenen-Probleme](#)

[Fieber](#)

[Gallensteine](#)

[Girdle Syndrom](#)

[Hämaturie](#)

[Hüftkopfnekrose](#)

[Hydroxyurea](#)

[Hyperurikämie](#)

[Hypersplenismus](#)

[Hyposthenurie](#)

[Knochenmarktransplantation](#)

[Kontrazeption](#)

[Lebersequestration](#)

[Milzsequestration](#)

[Ophthalmologische Probleme](#)

[Osteomyelitis](#)

[Pränatale Diagnostik](#)

[Priapismus](#)

[Proteinurie](#)

[Pubertät](#)

[Routinebetreuung](#)

[Schmerzkrisen](#)

[Schwangerschaft](#)

[Transfusionen](#)

[ZNS-Infarkt](#)

[ZNS-Blutung](#)

[Literatur](#)

Vorwort

Die Sichelzellanämie ist eine erbliche Hämoglobinopathie, die zu rezidivierenden Gefäßverschlüssen, erhöhter Infektanfälligkeit und chronischer hämolytischer Anämie führt. Betroffen sind Individuen aus dem Mittelmeerraum, dem Vorderen Orient, Asien, Afrika. Die Erkrankung kann nur durch die Knochenmarktransplantation, nicht aber medikamentös geheilt werden. Durch Prophylaxe und gezielte Behandlung der vielfältigen Organmanifestationen kann den Patienten jedoch erheblich geholfen werden. Dieser Leitfaden soll dem betreuenden Arzt die wichtigsten Schritte beim Management der häufigsten klinischen Probleme von Sichelzellpatienten aufzeigen.

»Routinebetreuung

Klinische Untersuchung (Lebensalter)

• < 6 Monate	• alle 4 Wochen
• 6 Mo - 12 Mo	• alle 2 Monate
• 1 - 5 Jahre	• alle 3 Monate
• > 5 Jahre	• alle 4 Monate
• > 10 Jahre	• alle 6 Monate

Routine-Ambulanzbesuche sind u.a. wichtig, um den Patienten auch in gutem Zustand zu sehen. Dies erleichtert die Beurteilung des Patienten in der Schmerzkrise und ermöglicht eine bessere Einschätzung der Schmerzintensität.

Alle Patienten mit Sichelzellerkrankung sollten im Besitze eines Ausweises sein mit genauer Angabe der Hämoglobinopathie, dem Datum und Ort der Diagnosestellung. Da Sichelzellpatienten oft verschiedene Ärzte sehen, können auf diese Art überflüssige Doppelbestimmungen der Hb-Elektrophorese vermieden werden.

Labor; Spezielle Untersuchungen

<ul style="list-style-type: none"> Blutbild, Retis, Hb-Analyse, Leber- und Nierenwerte, Blutgruppe mit Untergruppen (Rhesus, Kell), Familienuntersuchung und genetische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Besuch
<ul style="list-style-type: none"> Blutbild, Retis 	<ul style="list-style-type: none"> bei jedem Ambulanzbesuch
<ul style="list-style-type: none"> Leber- und Nierenwerte, Urinstatus 	<ul style="list-style-type: none"> jährlich
<ul style="list-style-type: none"> US Abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> jährlich ab 5. Lebensjahr
<ul style="list-style-type: none"> EKG, Herz-Echo, Thorax-Röntgen, Augenarzt 	<ul style="list-style-type: none"> jährl. ab 10. Lebensjahr

Impfungen

<ul style="list-style-type: none"> DPT, Polio, HIB, MMR, Hepatitis Influenza-Impfung ab 6. Lebensmonat 	<ul style="list-style-type: none"> Standard-Impfplan jährlich
<ul style="list-style-type: none"> Konjug. Pneumokokken-Impfstoff (Prevenar 13) 	<ul style="list-style-type: none"> ab 2. Lebensmonat
<ul style="list-style-type: none"> Pneumovax 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Geburtstag, Booster nach 3-5 Jahren

Ungeimpfte Sichelzellpatienten, die zwischen dem 2.-5. Lebensjahr diagnostiziert werden, sollen zwei Prevenar 13 Impfungen im Abstand von 2 Monaten erhalten, gefolgt 2 Monate später von der ersten Pneumovax-Impfung. Es wird z. Z. diskutiert, alle neu diagnostizierten Kinder mit Sichelzellkrankheit, die jünger als 10 Jahre sind, erst mit Prevenar, dann mit Pneumovax zu impfen, da der konjugierte Impfstoff eine wesentlich bessere Immunantwort auslöst als Pneumovax.

Kinder > 2 J und < 5 J, die bereits eine Pneumovax Impfung haben, aber noch nie Prevenar bekommen haben, sollen 2 x im Abstand von 2 Monaten zusätzlich Prevenar 13 geimpft werden (CDC-Empfehlung).

Penizillin - Prophylaxe (mindestens bis 5. Lebensjahr):

• 2 x 125 000 I.E./die	• ab 3. Lebensmonat
• 2 x 250 000 I.E./die	• ab 3. Lebensjahr
• 2 x 500 000 I.E./die	• ab 10. Lebensjahr

Folsäure-Substitution (0,5-1mg/d) ist nicht notwendig bei normaler ausgewogener Diät. Der Nutzen hoher Folsäuredosen zur evtl. Senkung des bei Sichelzellpatienten erhöhten Homozysteinspiegel ist noch unklar und bedarf weiterer Studien.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Schmerzkrisen

Grundprinzipien der Therapie:

- **HYDRIERUNG**
- **ANALGETIKA**
- **THERAPIE AUSLÖSENDER FAKTOREN**
- **PRÄVENTION**

1. Hydrierung

Wenn möglich (bei leichten Schmerzen, solange Darmgeräusche vorhanden) oral bzw. über Magensonde.

Bei starken Schmerzen, fehlenden Darmgeräuschen intravenös.

Wieviel? Gesamtflüssigkeit maximal 1 - 1 1/2 x Erhaltungsbedarf (**bei pulmonaler Symptomatik bzw. Akutem Thoraxsyndrom cave Überwässerung: nie mehr als Erhaltungsbedarf geben**)

Was? 5% Glukose + 50 mMol Na+/l + Erhaltungsbedarf an KCl

Kontrollen: Elektrolyte, **Gewicht täglich**, Ausscheidung

2. Analgetika

Angst vor Drogenabhängigkeit und Zweifel an der Stärke der geklagten Schmerzen dürfen nicht verhindern, daß ausreichend starke Analgetika, z.B. Opiate, gegeben werden. Evtl. Drogenabhängigkeit bei Sichelzellpatienten ist nicht Folge von Morphin-Gaben zur Analgesie, sondern resultiert aus psychosozialen oder beruflichen Schwierigkeiten.

Bei stationärer Aufnahme wegen einer Schmerzkrise soll angestrebt werden, daß der Patienten nach Ablauf einer Stunde weitgehend schmerzfrei ist. Die Erfahrung, daß die Schmerzen beherrschbar sind, ist für den Patienten ungemein wichtig und vermindert die Angst, die schmerzpotenzierend ist.

Prinzipien der Analgetikagabe in der Schmerzkrise

1. **DEM PATIENTEN DIE SCHMERZEN GLAUBEN**
2. **ausreichend starkes Mittel**

3. ausreichend hoch dosieren
4. ausreichend oft geben in festen Intervallen
5. ausreichend lange geben
6. bei Besserung Reduktion der Einzeldosis, nicht Änderung der Zeitintervalle
7. nach mehrtägiger Morphinumgabe langsame Dosisreduktion (evtl. mit Retardpräparat Oxygesic oder MST wenn Patienten nach Hause gehen wollen)

Die meisten Schmerzkrisen gehen mit Temperaturanstieg und einer CRP-Erhöhung einher aufgrund einer Interleukin-1-Ausschüttung. Patienten, die älter sind als 5 Jahre, und die keine lokalen Entzündungszeichen haben, brauchen bei Schmerzkrisen mit Fieber und fehlendem klin. Hinweis auf Infektion nicht antibiotisch behandelt werden.

Analgetika, die sich bei Schmerzkrisen bewährt haben

A. leichte Schmerzen

	Max. Dosis mg	Applikation	Intervall
1. Paracetamol	15-20 mg / kg / Dosis	p.o.	alle 4 h
2. Novalgin	15-20 mg / kg / Dosis	p.o.	alle 4 h
3. Ibuprofen	10 mg / kg / Dosis	p.o.	alle 8 h

B. mäßig schwere Schmerzen

eines der unter A genannten Analgetika
plus

	Max. Dosis mg	Applikation	Intervall
Tramadol	1 - 2 mg / kg / Dosis	p.o.	alle 4 - 6 h

C. schwere Schmerzen

eines der unter A genannten Analgetika
plus

	Max. Dosis mg	Applikation	Intervall
Morphin	0,1 - 0,15 mg / kg / Dosis evtl. Dauerinfusion Morphin (0,05 mg/kg/h) oder PCA (Patienten-kontrollierte Analgesie)	i.v.	alle 1-2 h

Unter IV-Gabe von Opiaten muß eine Hypoventilation vermieden werden. Geeignete Maßnahmen sind ATEMGYMNASTIK bzw. Blähen der Lunge mit SPIROMETER alle 2-3 Stunden. Bei Thoraxschmerzen und/oder sonstige pulmonaler Symptomatik darf die Gesamt-Flüssigkeitsmenge den Erhaltungsbedarf (= 1,5 l / m²) nie übersteigen: Gefahr des Lungenödems

Wenn Schmerzen abnehmen, parenterale Dosis um 10-20% reduzieren, Zeit-Intervall aber beibehalten. Umsetzen auf orale Analgetika, wenn 50% der initialen parenteralen Dosis erreicht ist. Morphin nicht abrupt absetzen, sondern ausschleichen. Wenn Patienten sehr schnell die Klinik verlassen wollen, noch einige Tage Oxygesic (Retard-Codein) oder MST (orales Morphin-Retardpräparat)

3. Therapie auslösender Faktoren

Bei jeder Schmerzkrise, vor allem, wenn sie mit Fieber einhergeht, muß eine Infektion (Abdomen, Harnwege, Lunge, Skelettsystem) gesucht und dann gezielt behandelt werden.

4. Prävention

Schmerzkrisen können ausgelöst werden durch Ereignisse wie Infektionen, Unterkühlung, Dehydrierung, Alkohol. Patienten müssen informiert werden über ausreichende Flüssigkeitszufuhr bei hohen Aussentemperaturen, Fieber, körperlicher Anstrengung mit Schwitzen, Flugreisen (extrem trockenen Luft im Flugzeug!!) sowie über Vermeiden von Unterkühlung und großen Alkoholmengen. **Patienten mit Sichelzellkrankheit SC** haben häufig relativ hohe Hb-Werte (10 - 12 g/dl). **Vor einer Flugreise** muß bei Patienten, deren Hb höher als 11,5 g/dl ist, ein **Aderlass** durchgeführt werden (10-15 ml /kg Körpergewicht Blut entfernen bei gleichzeitiger Gabe von 0,9% NaCl in gleicher Menge) um den Hb-Spiegel zu senken. Die hohe Viskosität des Blutes dieser Patienten kann sonst durch die trockene Luft im Flugzeug so verstärkt werden, dass es zu schweren Schmerzkrisen während oder nach dem Flug kommt.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Osteomyelitis / Septische Arthritis

Wenn bei febrilen Patienten Knochen-bzw. Gelenkschmerzen und Schwellung über den schmerzenden Partien mehr als 5 Tage anhalten, muß eine Osteomyelitis / eitrige Arthritis ausgeschlossen werden: Blut-und Stuhlkulturen (Salmonellen!), Ultraschall der betroffenen Stelle: subperiostaler Erguss > 6 mm spricht für Osteomyelitis. Erguß punktieren für Bakteriologie, evtl. Gelenkaspiration. **Es gibt kein bildgebendes oder nuklearmedizinisches Verfahren das in der Lage ist, zwischen Infarkt und Osteomyelitis zu differenzieren!** MR bzw. Knochenszinti kann nicht zwischen Infarkt und Osteomyelitis unterscheiden.

Differentialdiagnostisch sehr wichtig ist die Schmerzqualität. Patienten mit Osteomyelitis /Arthritis, die älter als 6 Jahre sind können angeben, dass diese Schmerzen "anders" sind als bei Schmerzkrisen.

Therapie mit Antibiotika, die wirksam sind gegen Salmonellen, Staphylokokken, Streptokokken, H. influenzae.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Fieber

Alle Sichelzellpatienten, die anhaltendes Fieber >38,5°C haben (zwei Messungen im Abstand von 1 Stunde) ohne klin. Zeichen einer Infektion (Luftwege, GI,) müssen untersucht werden. Auch erwachsene Sichelzellpatienten haben ein erhöhtes Sepsis-Risiko. Sichelzellpatienten, die ambulant antibiotisch behandelt werden, müssen täglich gesehen werden.

Patienten < 5 Jahre:

- stationäre Aufnahme, unabhängig vom klinischen Zustand, wenn bei der Untersuchung nicht eine eindeutige Fieberursache gefunden wird: HWI, Infekt d. ob. Luftwege, Gastroenteritis

Patienten > 5 Jahre:

- stationäre Aufnahme abhängig vom klinischen Zustand
- wenn ambulant, tägliche Kontrolle

Untersuchungen:

Labor:

- Blutbild, Retis, Blutkultur

je nach Klinik:

- Röntgen Thorax
- Urinstatus, Urinkultur
- evtl. Rachenabstrich
- evtl. Mycoplasmentiter
- LP bei Meningismus

bei Vd. auf Osteomyelitis:

- lokales Röntgen, Ultraschall,
- Aspirat von Ergußsubperiostal bzw. Gelenk,
- Stuhlkultur (Salmonellen?)

Antibiotika: müssen wirksam sein gegen S.pneumoniae und

H.influenzae und evtl. gegen Salmonellen (Ceftriaxone, Ciprofloxacin)

Bei Fieber unklarer Ursache: alle Kinder < 5 Jahre, auch bei gutem AZ, und alle Patienten > 5 Jahre die krank wirken

- Ampicillin oder Cefotaxim I.V.

Bei Meningitis vor Erreger-Identifizierung:

- Cefotaxim oder Ceftriaxon

Bei Verdacht auf Osteomyelitis:

- Ampicillin + Oxacillin bzw. Clindamycin
- bei Verdacht auf Salmonellen-Osteomyelitis: Ciprofloxacin

Bei abdomineller Symptomatik:

- Ampicillin + Metronidazol

Cave: Salmonellensepsis bei Sichelzellpatienten geht mit einer Mortalität von ca. 25% einher. Häufig Multiorganversagen.

! Frühzeitige Austauschtransfusion indiziert !

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Transfusionen

Transfusionen bzw. partielle Austauschtransfusionen sind bei Sichelzellpatienten nur in aussergewöhnlichen Situationen indiziert, um entweder den akut abgefallenen Hämoglobinspiegel zu heben oder akut oder über längere Zeit den Anteil an HbS zu senken. Indikationen und Art der Transfusion sind aus der Tabelle 1 ersichtlich. Bei Individuen mit Sichelzell-βThalassämie besteht keinerlei Indikation für ein chronisches Transfusionsprogramm wie bei der Thalassämia major, da es bei dieser doppelt heterozygoten Erkrankung nicht zu einer klinisch relevanten ineffektiven Erythropoese kommt.

Hauptindikationen für Transfusionen bzw. partielle Austauschtransfusion

Art der Transfusion	Indikationen: Transfusion meistens notwendig	Indikationen: Transfusion manchmal notwendig
einmalige T.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplastische Krise • Milzsequestration • Akutes Thorax-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebersequestration • Blutung (Hämaturie, Gastrointestinal Trakt, Gynäkologie) • gesteigerte Hämolyse
Austausch-T.	<ul style="list-style-type: none"> • ZNS-Infarkt/Blutung • schwere Infektionen • Multiorganversagen • akute Probleme in der Schwangerschaft • vor größeren chir. Eingriffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Thorax-Syndrom • Girdle-Syndrom
chronische T.	<ul style="list-style-type: none"> • nach ZNS-Ereignis • chronische renale, pulm. oder kardiale Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • schwerste, durch starke Analgetika nicht zu beeinflussende Schmerzkrise

Technik des partiellen Austausches: (Änderung der EK-Menge bedingt durch Ersatz der CPDA-Präparate durch SAGM-Präparate, die niedrigeren HCT haben). 75% des Blutvolumens des Patienten (d. h. 75 ml / kg KG x 0,75) wird entfernt und mit der gleichen Menge Ery-Konzentrat + physiologische Na Cl (im Verhältnis 2 : 1)

ersetzt. Beispiel: für den partiellen Austausch eines 30 kg schweren Patienten müssen 1700 ml Blut entfernt und mit 1130 ml Ery-Konzentrat + 570 ml physiologischer Kochsalzlösung ersetzt werden. Es ist nicht notwendig, FFP zu verwenden. Der Austausch kann entweder über einen zentralen Katheter oder über zwei großlumige periphere Katheter, einer in jeder Ellenbeuge, durchgeführt werden. Die Dauer des Austausches sollte 2 ½ Stunden nicht überschreiten. Um eine HbS-Konzentration von < 30% zu erreichen, kann es notwendig sein, den partiellen Austausch am nächsten Tag zu wiederholen.

Technik des "modifizierten partiellen Austausches", z. B. bei Akutem Thoraxsyndrom, um Transfusion effektiver zu machen, vor allem bei Ausgangs-Hämoglobin > 6 g/dl:

- Aderlass von 10-15 ml/ kg KG des Patienten, über 2. Zugang die gleiche Menge 0.9% Na Cl; anschließend Transfusion von EK

Vorsichtsmaßnahmen bei chronischem Transfusionsprogramm:

- Untergruppengleiches Blut (Rhesus, Kell)

Cave Hyperviskositäts-Syndrom: Es muß dringend davor gewarnt werden, Sichelzellpatienten, die keine akuten Probleme haben, über den für sie "normalen" Hb-Wert (üblicherweise zwischen 6 - 8 g/dl) zu transfundieren lediglich in der Absicht, ihr Hämoglobin in einen normalen Bereich zu bringen. Durch Gefäßreaktionen kommt es zum sog.

Hyperviscositäts-Syndrom, das gekennzeichnet ist durch arteriellen Hypertonus, Krampfanfälle, Hirnblutung und evtl. Tod

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Milzsequestration

Vorkommen

- bei HbSS-Patienten: meist Kinder < 6 Jahre
- bei Patienten mit doppelt heterozygoten Sichelzellerkrankungen (Sichelzell- β Thalassämie, HbSC-Erkrankung) auch nach dem 5. Lebensjahr möglich bis ins Erwachsenenalter
- oft ausgelöst durch Infektion (Pneumokokken!)

Klinik und Labor

- Milz sehr groß, manchmal druckschmerhaft
- Hypovolämischer Schock
- Hb-Abfall >3g/dl unter Normalwert für den Patienten (= große Milzsequestration)
- Hb-Abfall <3g/dl unter Normalwert für den Patienten (= kleine Milzsequestration)
- ausgeprägte Retikulozytose (oft 400-500%), evtl. Thrombopenie

Therapie

1. akut

- a) Volumen auffüllen
- b) sofortige Transfusion
- c) sorgfältige Überwachung des Kreislaufes, am besten durch Messen des zentralen Venendruckes, da unter Transfusion das in der Milz gepoolte Blut wieder mobilisiert wird.
- d) Penizillin I.V. (nach Abnahme von Blutkulturen)

2. nach akuter Episode

- Splenektomie **unabhängig vom Alter** nach 1 großen Milzsequestration bzw. nach > 2 kleinen Episoden .

Mehr als die Hälfte der Kinder haben erneute Milzsequestrationen innerhalb kurzer Zeit. Das chronische Transfusionsprogramm bis zum Erreichen des 2. Lebensjahres, das vor einigen Jahren empfohlen wurde, hat sich nicht bewährt.

Prophylaxe

Eltern von Säuglingen und Kleinkindern mit Sichelzellerkrankung müssen das Palpieren der Milz lernen, bei jedem Wickeln anwenden und bei Tastbefund unter li Rippenbogen die Klinik aufsuchen.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Leber-Sequestration

Vorkommen

- alle Altersgruppen, meist bei Infekten

Klinik

- vergrößertes Abdomen, epigastrische Schmerzen
- vergrößerte, schmerzhafte Leber, gelegentlich Ikterus

Therapie

- I.V. Hydrierung, Analgetika, Antibiotika; evtl. partielle Austaustransfusion

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Aplastische Krise

Vorkommen

- möglich bei allen Patienten mit chronischer hämolytischer Anämie, d. h. auch bei Sichelzellpatienten

Ursache

- Parvovirus B19; selten andere Viren

Klinik

- fieberhafter Infekt, oft schweres Krankheitsgefühl, Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen;

kein Exanthem; Patienten sind infektiös während der Aplasie!

Diagnose

- innerhalb von wenigen Tagen Abfall des Hb auf 3-4g/dl; völliges Fehlen der Retikulozyten;
- Parvovirus-IgM-Titer positiv

Therapie

- Transfusion

Verlauf

- Aplasie dauert meist 5-7 Tage
- Parvovirusinfektion hinterläßt lebenslange Immunität

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Akutes Thorax-Syndrom (ATS)

Ursache

- in ca. 40-50% Fettembolien aus dem Knochenmark (Schmerzkrise vorher!)
- nach operativen Eingriffen, wenn nicht auf Vermeiden von Hypoventilation geachtet wird
- Hypoventilation bei schlecht überwachter Analgesie mit hohen Opiat-Dosen
- seltener Ursachen: Infekte, Lungenödem durch Überwässerung

Alle diese auslösenden Ursachen können zu einer Gefäßreaktion führen, die vergleichbar ist mit einer Sequestrationskrise in anderen Organen: **beim klassischen ATS sinken Hb und Thrombozyten rapide ab.**

Vorkommen

- alle Altersstufen

Klinik und Diagnostik

- sehr häufig vorausgegangene Schmerzkrise
- Thoraxschmerzen mit T-shirt-Ausbreitung
- Fieber, Tachypnoe, Tachycardie
- Husten ist spätes Symptom
- Röntgen: beidseits basal beginnende Konsolidierung
- Schmerzen, Tachypnoe, Fieber, Tachycardie gehen röntgenolog. Zeichen voraus!

Therapie

- Oxymeter-Kontrolle, bei Hypoxie O2 Gabe
- vorsichtige I.V. Hydrierung (cave Überwässerung!), Analgetika, Antibiotika
- Spirometrie, Atemgymnastik
- bei bronchospasmus Inhalation von Bronchodilatoren
- frühzeitige Transfusion

Bei klinischer Verschlechterung oder PO₂< 80 mmHg

(<11KPa): Austauschtransfusion

Bei Azidose und/oder Hypoxie: Beatmung, NO-Inhalation wird diskutiert

Es gibt keine Indikation zur Antikoagulation beim oder nach ATS

»Girdle Syndrom (Paralytischer Ileus)

Ursache

- wahrscheinlich Infarkte der Mesenterial-Gefäße

Vorkommen

- alle Altersstufen

Klinik und Diagnostik

- massiv geblähtes Abdomen, fehlende Darmgeräusche
- Erbrechen, Schmerzen um die Taille, keine Abwehrspannung
- Rö-Thorax: oft bds. basale Infiltrate
- Rö-Abdomen: maximal dilatierte Darmschlingen, Spiegelbildung

Therapie

- I.V. Hydrierung, keine orale Flüssigkeit
- Magensonde
- Analgetika, wenn andere Schmerzursachen (Appendizitis, Cholezystitis, Ulcus) ausgeschlossen
- Austauschtransfusion bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Anhalten des Ileussymptomatik > 24 h
- Laparotomie kontraindiziert!! Chirurgen fernhalten!

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Gallensteine

Vorkommen

- bei Patienten < 18 Jahre in 30 %
- bei Patienten > 30 Jahre in 70 %

Therapie

- Cholezystektomie bei Beschwerden; in einigen Zentren wird empfohlen, Gallensteine laparoskopisch zu entfernen sobald sie diagnostiziert sind, auch ohne Symptomatik
- bei laparoskopischer Cholezystektomie weniger postoperative Komplikationen

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Cholezystitis

- Konservative Therapie mit Hydrierung und Antibiotika
- Cholezystektomie ca. 6 Wochen nach akuter Episode

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Hypersplenismus

Vorkommen

- Bei Patienten mit Sichelzell- β Thalassämie kann die Milz bis ins Erwachsenenalter vergrößert sein. Sie hat bei diesen Individuen auch noch eine Rest-Funktion.
- Viele chronisch transfundierte Patienten entwickeln Hypersplenismus.
- Bei Patienten, die Hydroxyurea nehmen, kann sich (bei jungen Kindern) die Rückbildung der Milz verzögern bzw. (bei älteren Kindern und Erwachsenen) die Milz wieder palpabel und es entwickelt sich ein Hypersplenismus.
- **bei allen Individuen mit noch erhaltener Milz besteht das Risiko der Milzsequestration, unabhängig vom Alter**

Therapie

- Nur wenn die Splenomegalie mit extrem niedrigen Hb-Werten oder mit einer Panzytopenie einhergeht, ist die Splenektomie indiziert.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Hüftkopfnekrosen

Häufigkeit: Bis zum 30. Lebensjahr haben 30 - 50% aller Sichelzellpatienten eine Aseptische Knochennekrose erlitten, meist am Hüftkopf, selten am Humeruskopf. Hüftkopfnekrosen können auch schon vor dem 10. Lebensjahr vorkommen.

Risikofaktoren: Sichel-ß° Thalassämie; sehr häufige Schmerzkrisen; relativ hohes Hb und/oder niedriges MCV

Diagnostik: Röntgen bzw. MR (Nekrosen sichtbar wenn Rö noch unauffällig), jährliches Röntgen der Hüfte bei Erwachsenen

Therapie: Es gibt keine einheitlichen Therapieempfehlungen für Sichelzellpatienten mit Hüftkopfnekrosen. Ziel jeder Therapie muß sein, Schmerzen zu vermindern und die Funktion möglichst lange zu erhalten. Folgende Verfahren werden angewendet:

- **Kinder < 10 Jahren:**
 - initiale kurze Ruhigstellung, Analgetika; dann wieder Belastung;
 - Entlastung durch Thomas-Schienen werden nicht mehr empfohlen, da sie zu einer Muskelatrophie der ruhiggestellten Extremität führen
- **Patienten > 10 Jahren:**
 - In frühen Stadien hat sich die Schenkelhals-Bohrung (Core decompression) bewährt (Entnahme eines Knochenzylinders aus dem Femurhals) zur Druckentlastung. Die Injektion von autologen Stammzellen in den Bohrkanal wird empfohlen.
 - In späteren Stadien kann durch eine Umstellungs-Osteotomie Schmerzfreiheit erreicht werden.

Die **Endoprothese** ist mit Sicherheit die schlechteste Lösung, da die Komplikations- und Versagerrate bei Sichelzellpatienten sehr hoch ist. Sie sollte bei jüngeren Patienten unter allen Umständen vermieden werden.

Es ist im Interesse unserer Patienten, die Betreuung einer so komplexen orthopädischen Komplikation wie es die Hüftkopfnekrose darstellt, in eine Hand zu geben.

Prof. Dr. M. Rudert an der Orthopädischen Universitätsklinik Würzburg hat in den letzten Jahren Erfahrung gesammelt mit Sichelzellpatienten und sich bereiterklärt, unseren Patienten mit Hüftkopfnekrosen konsiliarisch zu Verfügung zu stehen bzw. sie zu betreuen. Termine können vereinbart werden unter der Tel-Nr. 0931-8031102(Sekretariat)

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Priapismus

Vorkommen

- > 5 Jahre

Männliche Patienten bzw. Eltern müssen frühzeitig informiert werden über die Möglichkeit des Auftretens eines Priapismus. Werden kurze, rezidivierende Episoden von Priapismus (stuttering priapism) dem betreuenden Arzt nicht mitgeteilt, werden sie nicht behandelt. Das Risiko einer langandauernden Priapismus-Episode ist dann groß.

Therapie bzw. Prophylaxe

1. rezidivierende, kurze Episoden (sog. "stuttering priapism")

Etilefrin (Effortil, alpha-adrenerger Agonist)

- 0,5 mg/kg po abends bei Kindern <15 Jahren
- 30 mg po abends bei Pat. >15 Jahren

wenn Episoden auch tags auftreten, Effortil auf 2 Dosen aufteilen, morgens und abends

Effortildosis kann bis auf 100 mg/24 Std. gesteigert werden.

2. Priapismus > 3 Stunden

wenn keine Rückbildung unter Hydrierung, Wärme, Analgetika, Blasenkatheter wird von einigen Arbeitsgruppen folgendes empfohlen:

- Drainage der Corpora cavernosa über G 23 Butterfly, anschließend 1-2 x intracavernöse Injektion von 6 mg. Effortil.
- alternativ (da Effortil zur Injektion seit 07/05 nur noch über Internationale Apotheke erhältlich):
- Methylenblau 25 mg (Kinder) bzw. 50 mg (Erwachsene) intracavernös oder
- Epinephrin (Suprarenin) 10 ml einer 1: 1 000 000 Lösung intracavernös (Herstellung der Verdünnung: 1 ml einer 1: 1 000 Lösung Epinephrin in 1 Liter 0,9% Na Cl)

bei rezidivierenden, langen Episoden

- Patienten werden angelernt, selbst mit Butterfly-Nadel (G 25 oder 27) 6 mg Effortil intracavernös zu injizieren wenn unter Hydrierung Priapismus > 1 Std. anhält

Nach partiellen Austauschtransfusionen bei Priapismus wurden neurologische Komplikationen beschrieben. Wenn Effortil eingesetzt wird, sollten part. Austauschtransfusionen sich erübrigen.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Schmerzlose Hämaturie

Vorkommen

- bei ca. 3% der HbS-Heterozygoten
- bei Homozygoten vor allem in der Schwangerschaft, aber selten

Ursache

- meist Papillen-Nekrose; in 80% Blutung aus linker Niere

Differentialdiagnose

- Glomerulonephritis, Tuberkulose, Steine, Tumor, Harnwegsinfekt

Diagnose

- IVP mit nicht-ionischem Kontrastmittel

Therapie

- Bettruhe, Hydrierung, Alkalisierung des Urins
- Desmopressin IV oder Tranexamsäure 1 g alle 6 Std. po
- evtl. partielle Austauschtransfusion bei Nichtsistieren der Blutung

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Proteinurie

Proteinurie kann das erste Anzeichen sein für eine sich entwickelnde Niereninsuffizienz. Bei Patienten > 6 Jahren jährlicher Urinstatus unerlässlich. Wenn Proteinurie nachgewiesen, muß Proteinausscheidung im 24 Std-Urin bestimmt werden. ACE- Hemmer bei Proteinurie > 0,5g/l kann evtl. Fortschreiten einer Niereninsuffizienz aufhalten.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Hyposthenurie

Vorkommen

- Bei fast allen Sichelzellpatienten ist spätestens ab dem 3. Lebensjahr die Konzentrationsfähigkeit der Niere stark eingeschränkt. Enuresis ist sehr häufig.

Therapie

- Keine Flüssigkeitseinschränkung! Sichelzellpatienten sind zur Verhinderung von Schmerzkrisen (Viskosität muß niedrig bleiben) auf hohe Flüssigkeitszufuhr angewiesen.

- Wichtig ist, Eltern und Kinder über die Zusammenhänge aufzuklären und ihnen zu versichern, daß die Enuresis nur sehr selten bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Hyperurikämie

Fast alle Sichelzellpatienten > 10 Jahren haben erhöhte Harnsäurewerte im Serum, die jedoch keiner Therapie bedürfen. Es kommt extrem selten zu Gicht-Symptomatik.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»ZNS-Infarkte

Vorkommen

- meist bei Kindern im Schulalter

Klinik

- fokale motorische Ausfälle, Hemiparese,
- Bewußtseinstrübung, Sprach-oder Sehstörung

Diagnostik und Therapie

- gründliche neurologische Untersuchung
- sofortige partielle Austauschtransfusion um HbS auf < 30% zu senken
- NMR, wenn NMR nicht zur Verfügung steht, CT nach ca. 4 Tagen
- wenn bei klinisch eindeutigem Bild MR bzw. CT negativ, muß ein MR- Angio durchgeführt werden. Da in ca. 60% der ZNS-Infarkte mit Rezidiven gerechnet werden muß, müssen Patienten nach ZNS-Infarkt mindestens bis ins Erwachsenenalter regelmäßig transfundiert werden, um das HbS <30% zu halten. Ein durchgemachtes ZNS-Ereignis bei Patienten < 16 Jahren ist eine Indikation zur Knochenmarktransplantation, wenn ein HLA-identischer Familienspender z. Verfügung steht.
- Trans-Craniale Doppler Sonographie = Methode zur Diagnose von Gefäßstenosen.

Möglichkeit zur frühzeitigen Erfassung von Veränderungen der basalen Arterien bei Patienten mit homozygoter Sichelzell- bzw. HbSß0Thal-Krankheit im Alter von 2 - 16 Jahren. Jährliche Messung, bei grenzwertigem Ergebnis Wiederholung nach 4 Monaten, bei pathol. Werten Wiederholung nach 2-4 Wochen. Bei 2 x gemessener Flussgeschwindigkeit > 200 cm/ sec wird prophylaktisches chron. Transfusionsprogramm empfohlen. Cave: Um 1 Infarkt zu vermeiden, müssen 10 Kinder transfundiert werden. Die Dauer des Transfusionsprogrammes ist unklar. Es gibt Studien, die Wirksamkeit von Hydroxycarbamid als Alternative zu prüfen.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»ZNS-Blutungen

Vorkommen

- meist ältere Kinder und Erwachsene

Blutungen können sein: epidural, subdural, subarachnoidal, intraventrikulär, intracerebral

Klinik

- oft treten vorher starke Kopfschmerzen auf, ohne fokale neurologische Ausfälle
- Meningismus und Kopfschmerz bei subarachnoidal Blutung

Diagnostik und Therapie

- CT
- partielle Austauschtransfusion
- Kraniotomie und Entleerung subduraler oder epiduraler Blutungen
- LP bei Verdacht auf subarachnoidale Blutung
- Angiographie und evtl. operative Entfernung von Aneurysmen bei subarachnoidal Blutung
- Dauer des notwendigen Transfusionsregimes unklar.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Ophthalmologische Probleme

1. Proliferative Retinopathie

Vorkommen

- bei ca. 50% aller Patienten mit HbSC-Erkrankung (meist Patienten westafrikanischer Herkunft!) ab der 2. Lebensdekade
- bei Patienten mit HbSS und Sichelzell-ßThalassämie wesentlich seltener

Klinik

- Verschwommenes Sehen, Blindheit durch Glaskörperblutung bzw. Netzhautablösung

Diagnostik

- ab dem 10. Lebensjahr muß die Retina aller Patienten mit Sichelzellerkrankung, vor allem aber mit HbSC-Erkrankung, jährlich bei völlig dilatierter Pupille untersucht werden.

Therapie

- frühzeitige Laser-oder Photokoagulation der neovaskularisierten Retinaareale
- chirurgische Therapie bei Glaskörperblutung bzw. Netzhautablösung.
- Vor ophthalmologischen Operationen immer partielle Austauschtransfusion!

2. Traumatisches Hyphäma

Sichelzellpatienten mit traumatischem Hyphäma (Blut in der vorderen Augenkammer) müssen sofort einem Ophthalmologen vorgestellt werden, da sie ein hohes Risiko haben, gesteigerten Augeninnendruck zu entwickeln

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Chirurgische Eingriffe

Folgendes Vorgehen wird heute empfohlen:

Partielle Austauschtransfusion um das HbS auf < 30% zu senken:

1. bei schwerkranken, beeinträchtigten Patienten, die einen unaufschiebbaren chirurgischen Eingriff benötigen
2. vor größeren Eingriffen wie Herz-oder Lungenoperation, Ophthalmologischen Operationen, Eingriffen in Blutleere.

Bei Patienten in gutem Allgemeinzustand ist bei steady-state Hb - Werten um 7- 8 g/dl vor kleineren Eingriffen (AT, TE, Circumcision) keine Transfusion notwendig. Auch Splenektomie und Cholezystektomie, die häufigsten operativen Eingriffe bei Sichelzellpatienten, können bei Patienten in gutem AZ ohne vorherige Transfusion durchgeführt werden.

Bei jeder Allgemeinnarkose bei Sichelzellpatienten ist auf folgendes zu achten:

1. **H y d r i e r u n g** mit 1500 ml / m² 24 Std. von Beginn der Nüchternheit bis zur vollen oralen Flüssigkeitszufuhr.
2. **O x y g e n i e r u n g** von Prämedikation bis zum vollen Wachsein, unter Oxymeterkontrolle.
3. **V e r m e i d e n v o n U n t e r k ü h l u n g**
4. **Postoperative Atemgymnastik**

Bei größeren Eingriffen, vor allem bei Patienten mit Sichelzell- β Thalassämie und HbSC-Erkrankung, wird empfohlen, bis zur vollen Mobilisierung fraktioniertes Heparin s.c.zu geben.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Pubertät

ist **verzögert**, vor allem bei Knaben und untergewichtigen Patienten; verzögerte Pubertät hängt mit verminderter Muskelmasse bei Sichelzellpatienten zusammen.

Therapie

- Erklärung der Zusammenhänge Gewicht -und Pubertät und Versicherung, daß Pubertät, wenn auch später, fast immer spontan eintritt.
- evtl. kalorienreiche Zusatznahrung in Form von hochkalorischer Flüssignahrung

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Kontrazeption

Risiken einer Schwangerschaft sind größer als Risiken der Pille
Es gibt keinen Nachweis, daß Sichelzellpatientinnen, die die Pille nehmen, ein größeres Thromboserisiko haben als Gesunde.

Möglichkeiten der Kontrazeption:

1. übliche Östrogen/Gestagen-Kombinationspräparate
2. Depot-Präparat Medroxy-Progesteron I.M. alle 3 Monate
3. Intrauterine Spirale (kein erhöhtes Infektionsrisiko!)

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Pränatale Diagnostik

Eltern, die schon ein Kind mit Sichelzellerkrankung haben und weitere Kinder wünschen sowie Paare, die Träger der Sichelmutation bzw. der β^0 -Thalassämie-Mutation sind, sollten frühzeitig über die Möglichkeit der Pränatalen Diagnostik informiert werden.

Jedes Individuum hat ein Anrecht auf Information über das genetische Risiko, ein krankes Kind zu bekommen. Die persönliche Einstellung des betreuenden Arztes zur pränatalen Diagnostik bzw. zum Schwangerschaftsabbruch darf diese Informationspflicht nicht beeinträchtigen. Die Entscheidung für oder gegen pränatale Diagnostik ist eine Entscheidung der betroffenen Eltern und nicht des Arztes. Es ist nicht vertretbar bei Familien bestimmter Religionszugehörigkeit (Islam, Katholizismus) von vorne herein davon auszugehen, dass die Pränatale Diagnostik sowieso nicht akzeptiert wird, es sich deshalb nicht lohnt, überhaupt darüber zu sprechen. Auf Zypern (griech. Orthodox, 19% β -Thal Träger in der Bevölkerung) und Sardinien (katholisch, 15% β -Thal Träger in der Bevölkerung) werden so gut wie keine Kinder mit Thalassämia Major mehr geboren, dank umfassendem Träger-Screening und Information über die Pränatale Diagnostik. Auch der Islam

verbietet den Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen nicht (siehe Literatur Zahed et al.)

Um festzustellen, ob der Fet homozygot bzw. doppelt heterozygot (HbS β ° Thal) oder gesund ist (HbAA, HbAS, oder β ° Träger) werden in der 10. - 12.

Schwangerschaftswoche durch Chorionzottenbiopsie fetale Zellen gewonnen, die mit molekularbiologischen Methoden untersucht werden. Ist der Fet betroffen, steht den Eltern die Option des Schwangerschaftsabbruches offen. Ist der Fet lediglich Träger eines der Merkmale (HbS, β ° Thal) kann die Schwangerschaft ausgetragen werden ohne Angst vor der Geburt eines kranken Kindes.

Die Pränatale Diagnostik für Hämoglobinopathien wird in Deutschland durchgeführt bei

- Prof. Dr. P. Wieacker, Institut für Humangenetik der Universität Münster, Vesaliusweg 12, 48129 Münster. Tel. 0251-8355401
- Prof. Dr. A. Kulozik, Univ.-Kinderklinik Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 151, 69120 Heidelberg Tel 06221-564555
- Dr. rer. nat. Christa Aulehla-Scholz, Institut für Klinische Genetik, Olgahospital, Bismarckstr. 3, 70176 Stuttgart Tel 0711-9924008
- Prof. Dr. med. E. Kohne, Universitäts-Kinderklinik, Eythstrasse 24, 89075 Ulm Tel 0731-50057149

»Schwangerschaft

Frauen mit Sichelzellanämie sind fertil, während die Fertilität bei Männern durch geringe Spermienzahlen und herabgesetzte Motilität vermindert ist.

Der Partner der Schwangeren muß so früh wie möglich untersucht werden, ob er Träger einer Hämoglobinopathie ist, um pränatale Diagnostik durchführen zu können.

Betreuung bei HbSS (homozygote Sichelzellanämie) , HbS β ° (Sichel-Thalassämie) oder HbSC.Krankheit

Sorgfältige und regelmäßige pränatale Betreuung ist wesentlich für den günstigen Verlauf der Schwangerschaft. Regelmäßige Transfusionen während der Schwangerschaft vermindern die Morbidität der Mutter, **haben aber keinerlei positive Auswirkung auf das Kind.**

Regelmäßige Transfusionen sind indiziert ab dem 4. Monat bei Patientinnen, die in der Vorgeschichte schwere Komplikationen hatten (Thoraxsyndrom, ZNS-Infarkte, schwere Schmerzkrisen)

Einzelne Transfusionen können indiziert sein bei interkurrenten Komplikationen wie Akutem Thorax-Syndrom, symptomatischer Anämie.

Bei Schmerzkrisen in der Schwangerschaft können die üblichen Analgetika nach dem 3-Stufen-Plan verabreicht werden, auch Morphin. **Ausnahme: im letzten Drittel der Schwangerschaft sollten keine NSAR gegeben werden, da sie eine Frühgeburt auslösen können.** Eine prompte Behandlung von Harnwegsinfekten ist wichtig.

Schwangere mit HbSC-Erkrankung oder HbSß+ Thal haben meist keine wesentlichen Probleme und benötigen nur sehr selten Transfusionen.

Die **Entbindung** kann meist vaginal erfolgen. Die Indikation zur Sectio wird auf Grund geburtshilflicher, nicht hämatologischer Kriterien gestellt. Epidurale Anästhesie ist nicht kontraindiziert. Ist eine Notsectio bei einer nichttransfundierten Patientin in Allgemein-Anästhesie notwendig, kann folgendermaßen vorgegangen werden: Transfusion bei sehr niedrigem Hb. Im Anschluß an die Narkose nasales CPAP für ca. 24 Stunden. Bei guter O₂ Sättigung in Raumluft und gutem AZ Beendigung von CPAP.

Von einigen Autoren wird empfohlen, von der 36. Woche bis 6 Wochen nach der Entbindung Heparin s.c. zu geben, 2 x täglich 5000 I.U .

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Knochenmarktransplantation- Stammzelltransplantation

Die Stammzelltransplantation (SZT) ist die einzige Möglichkeit der Heilung für Sichelzellpatienten. Weltweit sind bis Dez. 2009 ca. 250 Transplantationen bei dieser Patientengruppe durchgeführt worden, fast ausschließlich bei Patienten < 16 Jahren und fast ausnahmslos von HLA-identischen Familienspendern. Die Mortalität war bislang 15%, die Abstoßungsrate 10%.

Die Hauptschwierigkeit bei der Indikationsstellung ergibt sich aus der Tatsache, daß es sich zwar um eine Erkrankung mit möglichen lebensbedrohlichen Komplikationen handelt, daß aber der individuelle Verlauf der Erkrankung nicht vorhersehbar ist.

Eine klare Indikation zur SZT ist: ein durchgemachter ZNS-Infarkt bei einem Patienten < 16 Jahren, wenn ein HLA-identischer Familienspender vorhanden ist; Gehäufte schwere Schmerzkrisen und/oder > 2 schwere Akute Thorax-Syndrome bei Patienten, die keine Besserung erfahren durch Hydroxyurea und die einen HLA-identischen Familienspender haben. Inzwischen gibt es eine nonmyeloablative Konditionierung für Erwachsene, die einen HLA-identischen Familienspender haben.

Wenn eine SZT bei einem der Studienpatienten in Betracht gezogen wird, sollte mit der Studienleitung Kontakt aufgenommen werden. Fremdspender-Transplantationen bei Sichelzellpatienten sind experimentell und hatten bislang sehr schlechte Ergebnisse. In USA läuft seit 2008 eine NIH-Studie zur Fremdspendertransplantation bei Kindern.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Hydroxycarbamid

Hydroxycarbamid, ein Zytostatikum, kann bei Sichelzellpatienten über eine HbF-Synthesesteigerung und eine Veränderung der Oberflächeneigenschaften der Erythrozyten die Häufigkeit und Schwere von Schmerzkrisen und Akuten Thorax-Syndromen reduzieren. Hydroxycarbamid ist indiziert bei häufigen schweren Schmerzkrisen, > 2 Akuten Thorax-Syndromen bzw. bei ständiger schwerer Anämie (Hb < 6 g/dl). Es gibt inzwischen Langzeit-Beobachtungen über 17 Jahre.

Teratogenität bei therapeutischen Dosen wurde bis jetzt nicht nachgewiesen. Bis jetzt wurde auch keine erhöhte Malignomrate bei behandelten Patienten beobachtet (Zeitraum 17 Jahre). Die wichtigsten Nebenwirkungen sind: Immunsuppression (opportunistische Infektionen), Azoospermie, Hypomagnesämie, Haut- und Nagel-Hyperpigmentierung, Gewichtszunahme, Myelosuppression, GI-Beschwerden.

Voraussetzung für eine Therapie mit Hydroxycarbamid ist Kontinuität der ärztlichen Betreuung, regelmäßige Laborkontrollen (Blutbild, Elektrolyte) zu erwartende Kompliance des Patienten bezüglich der häufigen Laborkontrollen und wirksame Antikonzeption bei Frauen, Dokumentation von Nebenwirkungen. Jungen Männern sollte vor Beginn einer Hydroxycarbamid-Therapie eine Sperma-Kryokonservierung empfohlen werden.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»Probleme erwachsener Sichelzellpatienten

siehe auch Leitlinien

<http://www.dqho.de/onkopedia/sichelzellkrankheit>

Mit zunehmendem Alter leiden Sichelzellpatienten immer mehr unter chronischen Organschäden.

Kardial:

- Myocardiopathie (durch Minderdurchblutung des Myocards)
- Pulmonaler Hochdruck

Diagnose:

- Doppler-Echographie, Herzkatheter

Therapie:

- chron. Transfusionsprogramm

Pulmonal:

- Lungenfibrose, Pulmonaler Hochdruck (Folge der intravasalen Hämolyse)

Renal:

- Niereninsuffizienz bei 5% aller Patienten (Alter meist > 40 Jahre)

Diagnose:

- ansteigendes Kreatinin (bei Kreatinin von > 0,8 mg/dl Verdacht auf chron. Niereninsuffizienz!!
Sichelzellpatienten haben normalerweise sehr niedrige Kreatinin-Werte)
- Zunehmende Anämie
- Zunehmende Proteinurie trotz ACE-Hemmern

Therapie:

- chron. Transfusionsprogramm
- Dialyse; evtl. Transplantation, dann allerdings gefolgt von chron. Transfusionsprogramm

Hämatologisch:

- Knochenmarksinsuffizienz (Panzytopenie) bei Patienten > 40 Jahre

Ursache: ausgedehnte KM-Nekrosen

ZNS:

- mit zunehmendem Alter haben viele Patienten abnorme MRTs durch sog. "silent infarcts", die sich manifestieren können durch Gedächtnisverlust, Kopfschmerzen, neuro-psychologische Auffälligkeit

Hepatisch:

- Leber-Infarkte können zu postnekrotischer Zirrhose führen
- Leber-Sequestrationen (Hepatomegalie, Hb-Abfall, Fieber, eingeschränkte Leberfunktionen, schweres Krankheitsbild).

Therapie:

- Austauschtransfusion

Knochen:

- Deckplatteneinbrüche, Osteopenie, Asept. Knochennekrosen

Augen:

- Proliferative Retinopathie (vor allem bei HbSC-Patienten)

iatrogen:

- Eisenüberladung durch chron. Transfusionen
- Alloimmunisierung

»Chronische Schmerzen

Erwachsene Sichelzellpatienten haben weniger häufig akute Schmerzkrisen. Dafür können bei einigen älteren Patienten chronische Schmerzen auftreten, die Patienten und Ärzte verunsichern:

- Patienten sind verunsichert, weil das Schmerzmuster plötzlich völlig anders ist. Die mühsam gelernte Taktik, mit akuten Schmerzen, die irgendwann wieder aufhören, umzugehen, funktioniert nicht mehr.
- Ärzte sind verunsichert, weil sie meisten nicht wissen, dass auch chronische Schmerzen zum Krankheitsbild gehören können. Sehr häufig wird bei Auftreten chronischer Schmerzen nach einer zusätzlichen, z. B. rheumatischen Erkrankung gesucht.

Sowohl Ärzte als auch Sichelzellpatienten müssen akzeptieren, dass es im Rahmen der Grunderkrankung zu chronischen Schmerzen kommen kann. Den Patienten muß versichert werden, dass sie jetzt nicht noch eine andere Erkrankung haben.

Ursachen chronischer Schmerzen können sein:

- Avaskuläre Nekrosen (Hüftkopf, Humeruskopf)
- Deckplatteneinbrüche der Wirbelkörper
- Arthropathien (vor allem Knie)
- Z. N. Multiplen Knocheninfarkten

Lediglich Schmerzen durch Avaskuläre Nekrosen können ursächlich angegangen werden (s. S. 10).

In allen anderen Fällen muß durch Einsatz von Analgetika und physikalischen Methoden versucht werden, die Lebensqualität des Patienten zu erhalten. **Bei Rückenschmerzen durch Deckplatteneinbrüchen sollte auf keinen Fall ein Korsett getragen werden, das zur Atrophie der Rückenmuskulatur führt. Wesentlich sinnvoller ist, zusätzlich zu Analgetika, intensive Krankengymnastik zur Kräftigung der Rückenmuskulatur.**

Bewährt haben sich als Basisanalgetika die Nicht-Steroidalen-Anti-Rheumatika. bei längerem Gebrauch muß allerdings alle 3 Monate die Nierenfunktion überprüft werden. Wenn die NSAR nicht ausreichen, müssen sie kombiniert werden mit Retard-Opiaten wie Oxycodon (Oxygesic) oder Morphin (MST). Patienten müssen lernen, die kleinstmögliche Menge zu nehmen, die ihre Schmerzen kontrolliert.

In manchen Fällen ist eine Änderung der Lebensgewohnheiten bzw. eine Veränderung des Arbeitsplatzes (Umschulung) notwendig. Physiotherapie, Wärme oder Akupunktur können hilfreich sein.

[« Inhaltsverzeichnis](#)

»LITERATUR

- Adamkiewicz TV, Silk BJ, Howgate J et al: Effectiveness of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine in children with sickle cell disease in the first decade of life. *Pediatrics* 2008; 121: 562-569
- Adams RJ, McKie VC, Hsu L et al: Prevention of first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial doppler ultrasonography. *N Engl J Med* 1998; 339:5-11
- Bakanay SM, Dainer F, Clair B et al: Mortality in sickle cell patients on hydroxyurea therapy. *Blood* 2005; 105:545-547
- Bernaudin F, Socie G, Kuentz M et al: Long-term results of related myeloablative stem-cell transplantation to cure sickle cell disease. *Blood* 2007; 110:2749-2756
- Berthaut I, Guignedoux G, Kirsch-Noir F et al: Influence of sickle cell disease and treatment with hydroxyurea on sperm parameters and fertility of human males. *haematologica* 2008; 93:988-993
- Claster S, Vichinsky EP: Managing sickle cell disease *Br Med J* 2003;327:1151-1155
- De Castro LM, Jonassaint JC, Graham FL, Ashley-Koch A, Telen MJ: Pulmonary hypertension associated with sickle cell disease: Clinical and laboratory endpoints and disease outcomes. *Am J Hematol* 2007; 83:19-25
- Dickerhoff R: Sichelzellkrankheit in Deutschland. eine "exotische" Krankheit im medizinischen Alltag. *Monatsschr Kinderheilkd* 2006; 154:108101089
- Dickerhoff R, von Rücker A, Maschmeyer G, Heimpel H: Probleme erwachsener Sichelzellpatienten in Deutschland . *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134:1179-84
- Dickerhoff R, von Rücker A: Schwangerschaft bei Sichelzellkrankheit. *internist prax* 2010; 50: 81-86
- van der Dijs FPL, Schnog JJB, Brouwer DAJ et al: Elevated homocysteine levels indicate suboptimal folate status in pediatric sickle cell patients. *Am J Hematol* 1998; 59: 192-198
- Fu T, Corrigan NJ, Quinn CT, Rogers ZR, Buchanan GR: Minor elective surgical procedures using general anesthesia in children with sickle cell anemia without pre-operative blood transfusion. *Pediatr Blood Cancer* 2005; 45:43-47
- Gulbis B, Habermann D, Dufour D et al: Hydroxyurea for sickle cell disease in children and for prevention of cerebrovascular events: the Belgian experience. *Blood* 2005;105:744-752
- Hernigou P, Poignard A, Zilber S, Rouard H: Cell therapy of hip osteonecrosis with autologous bone marrow grafting. *Indian J Orthop* 2008; 43: 40-45
- Hsieh MM, Kang FM, Fitzhugh CD et al: Allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation for sickle cell disease. *N Engl J med* 2009; 361: 2309-2317
- Kato GJ, McGowan V, Machado RF et al: Lactate dehydrogenase as a biomarker of hemolysis-associated nitric oxide resistance, priapism, leg ulceration, pulmonary hypertension, and death in patients with sickle cell disease. *Blood* 2006; 107:2279-2285
- Maschmeyer G, Haas A, Dickerhoff R, Kleber FX: Pulmonale Hypertonie bei Sichelzellkrankheiten - Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. *DMW* 2007;132:103-107
- Ohene-Frempong K: Indications for red cell transfusion in sickle cell disease. *Sem Hematol* 2001; 38 (suppl 1) 5-13

- Platt OS: The acute chest syndrome of sickle cell disease. *N Engl J Med* 2000; 342:1904-1907
- Platt OS: Hydroxyurea for the treatment of sickle cell anemia. *N Engl J Med* 2008;358:1362-1369
- Quinn CT, Sargent JW: Daytime steady-state haemoglobin desaturation is a risk factor for overt stroke in children with sickle cell anaemia. *Br J Haematol* 2008;140:336-339
- Quinn CT, Rogers ZR, McCavit TL, Buchanan GR: Improved survival of children and adolescents with sickle cell disease. *Blood* 2010; 115:3447-3452
- Rees DC, Olujohungbe AD, Parker NE et al: Guidelines for the management of the acute painful crisis in sickle cell disease. *Br J Haematol* 2003;120:744-752
- Serjeant G: Blood transfusion in sickle cell disease: a cautionary tale. *Lancet* 2003;361:1659-1660
- Strouse JJ, Hulbert ML, DeBaun MR, Jordan LC, Dasella JF: Primary hemorrhagic stroke in children with sickle cell disease is associated with recent transfusion and use of corticosteroids. *Pediatrics* 2006;118:1916-1924
- Stuart MJ, Nagel RL: Sickle cell disease. *Lancet* 2004;364:1343-1346
- Styles LA, Vichinsky EP: Core decompression in avascular necrosis of the hip in sickle-cell disease. *Am J Hematol.* 1996; 52:103-107
- Voskaridou E, Christoulas D, Bilalis A et al: The effect of prolonged administration of hydroxyurea on morbidity and mortality in adult patients with sickle cell syndromes: results of a 17-year, single-center trial (LaSHS). *Blood* 2010; 115:2354-2363
- Zahed L, Bou-Dames J: Acceptance of first trimester prenatal diagnosis for the haemoglobinopathies in Lebanon. *Prenat Diagn* 1997; 17:423-428

[« Inhaltsverzeichnis](#)