

VERLÄNGERTE AKTIVIERTE PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT

Wann ist die aPTT relevant?

Die aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT) ist seit 1953 ein zentraler Labortest zur Diagnostik plasmatischer Gerinnungsstörungen. Sie erfasst den intrinsischen Weg und die gemeinsame Endstrecke der Gerinnungskaskade, während die Prothrombinzeit (PTZ, Quick-Test) den extrinsischen Weg abbildet. Gemessen wird die Zeit bis zur Fibrinbildung nach Aktivierung über Oberflächenaktivatoren und Phospholipide. Erfasst werden die Faktoren XII, XI, IX, VIII sowie X, V, II und Fibrinogen. Faktor VII beeinflusst ausschließlich die PTZ. Die aPTT ist nicht vollständig standardisiert; unterschiedliche Reagenzien zeigen variierende Sensitivitäten gegenüber Faktormängeln und Inhibitoren.

Ursachen einer verlängerten aPTT

Hereditären Ursachen

- › hämophilie A und B, seltener Faktor-XI-Mangel sowie häufige, aber klinisch unbedeutende Defekte wie Faktor-XII-Mangel oder Mängel von Präkallikrein und hochmolekularem Kininogen (HMWK)
- › betroffen sind vorwiegend Männer, während Frauen Konduktorinnen sind
- › typisch sind spontane Blutungen in Gelenke, Muskulatur und Weichteile

Lupus-Antikoagulans

- › häufigste erworbene Ursache die in vitro zu einer Verlängerung führt
- › klinische Äußerung durch ein erhöhtes Thrombose- und Abortrisiko

Von-Willebrand-Erkrankung

- › kann die aPTT durch einen sekundären Faktor-VIII-Mangel verlängern
- › da nur etwa 30% der Betroffenen tatsächlich eine relevante Faktor-VIII-Verminderung zeigen, schließt eine normale aPTT eine VWD nicht aus

Weitere Ursachen

- › faktorendefizite bei Leberzirrhose
- › Verbrauchskoagulopathie, Amyloidose oder spezifische Inhibitoren (z. B. Hemmkörperhämophilie)
- › antikoagulanzen wie unfractioniertes Heparin, DOAK oder hohe CRP-Werte

Fazit

Eine isolierte aPTT-Verlängerung ist häufig harmlos. Klinisch relevante Ursachen wie Hämophilie, von-Willebrand-Erkrankung oder Inhibitoren müssen bei entsprechender Anamnese abgeklärt werden. Bei unklaren Befunden ist die Vorstellung in einem hämostaseologischen Zentrum sinnvoll.



DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

- › **Überprüfung Präanalytik**
(MHD Citratröhrchen, Füllstand bei Blutabnahme, Lagerung, zeitnahe Transport ins Labor)
- › **Medikamenten-anamnese**

Bei verlängerten aPTT-Werten sind Anti-Xa-Bestimmung, Thrombinzeit und ggf. Heparinase sinnvoll. Bei gleichzeitiger PTZ-Verlängerung bestehen meist kombinierte Faktorendefizite. Bei isolierter Verlängerung sollten Lupus-Antikoagulans, die Faktoren XII, XI, IX, VIII sowie ggf. ein Mixing-Test untersucht werden.

Quelle:
Trillium Diagnostik, Band 23
Heft 4, 2025
DOI:
<https://doi.org/10.47184/td.2025.04.02>

Neuerungen der Prostataleitlinie

Die S3-Leitlinie Prostatakarzinom wurde im Juni 2025 aktualisiert und enthält umfassende Änderungen in Früherkennung, Diagnostik und Therapie. *Erstmals wird die digitale rektale Untersuchung zur Früherkennung nicht mehr*

empfohlen; stattdessen soll der PSA-Test das Abtasten ablösen.

Der Test soll Männern ab 45 Jahren nach ärztlicher Beratung angeboten werden. Bei einem PSA-Wert ≥ 3 ng/ml soll eine Kontrolle innerhalb von drei Monaten erfolgen. Bestätigt sich der Wert, ist eine urologische Konsultation notwendig. Nach entsprechender Risikostratifizierung kann

sich dann – wie in der Leitlinie empfohlen – ggf. eine MRT-Untersuchung anschließen. Bei unauffälligem MRT-Befund soll keine Biopsie durchgeführt werden. Für Prostatakarzinome mit niedrigem Risiko wird ausschließlich die aktive Überwachung empfohlen – ein Schritt zur Vermeidung von Übertherapien.

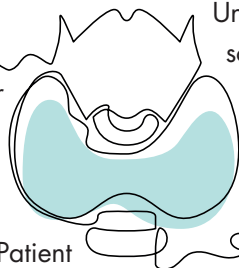


Quelle:
S3-Leitlinie
Prostatakarzinom

DIAGNOSTIK VON SCHILDDRÜSENKNOTEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Jeannine Schübel et al. zeigen in ihrer Übersichtsarbeit in der 13. Ausgabe 2025 des Deutschen Ärzteblattes auf, dass es in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Wichtigkeit ist, Patient mit red flags bei bekannten oder neu diagnostizierten Schilddrüsenknoten zu erkennen und gleichzeitig eine Überdiagnostik, nicht notwendige Behandlungen und Pathologisierungen zu vermeiden.

Hintergrund dieser Arbeit stellt die Prävalenz von Schilddrüsenknoten dar: so geht man davon aus, dass bei ca. $\frac{3}{4}$ der über 60-Jährigen SD-Knoten auffindbar seien; nur wenige wären davon von problematischer Natur und würden daher eher unentdeckt bleiben. Zumeist stellt die Diagnose einen Zufallsbefund dar. Selten handle es sich um abwendbar gefährliche Verläufe: die autonomen Adenome sowie relevante Schilddrüsenkarzinome. Sofern einmal ein SD-Knoten entdeckt wurde, ist zunächst eine



gezielte Anamnese notwendig: zum einem bei hereditären Tumorsyndromen, zum anderen bei auffälliger Familienanamnese (Verwandte 1. Grades mit SD-Karzinomen) oder bei Z. n. Bestrahlung im Halsbereich. Ergibt die klinische

Untersuchung auffällige Halslymphknoten sowie Druckschmerzen im SD-Bereich, handelt es sich ebenso um abklärungsbedürftige Befunde. Ein weiteres Warnzeichen stellt eine Hyperthyreose bzw. klinische Hinweise hierfür dar.

Ergeben Anamnese sowie klinische Untersuchung den Hinweis auf ein SD-Karzinom, so sollte eine fachärztliche Abklärung erfolgen.

In der sonografischen Diagnostik ist zu beachten, dass weder die Größe noch das Wachstum von SD-Knoten dazu geeignet sind, um sicher zwischen malignen und benignen Befunden zu unterscheiden. Ergibt die Sonografie ein geringes Malignitätsrisiko, sollte eine einmalige Kontrolle nach 3–5 Jahren stattfinden. Eine Übersicht über mögliche Malignitätskriterien findet man im TIRADS-Klassifikationssystem mit dem Hinweis, dass dieses nicht gänzlich auf die Hausarztpraxis übertragen werden kann, da die Daten aus Zentren mit einem hohen Karzinomanteil stammen.

Quelle:
Deutsches Ärzteblatt, Heft
13/2025, S.341–346