



Hämatologie und Onkologie

P04-01

14-jährige ALL-Patientin mit Sinusvenenthrombose nach pulmonaler Infektion mit SARS-CoV-2, HCoV-229E, Pneumocystis jirovecii und Chlamydia pneumoniae

Kohlfürst D.¹, Strenger V.², Haidl H.², Steltner B.¹, Karastaneva A.¹, Lackner H.¹, Schwinger W.¹, Ulreich R.³, Tschauener S.⁴, Aschenbrenner M.⁵, Benesch M.¹

¹Klinische Abteilung für pädiatrische Hämato-Onkologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz

²Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Medizinische Universität Graz

³Pädiatrische Intensivstation und Brandverletzteneinheit, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz

⁴Klinische Abteilung für Kinderradiologie, Universitätsklinik für Radiologie, Medizinische Universität Graz

⁵Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Einleitung: Sinusvenenthrombosen (SVT) können als seltene aber potentiell lebensbedrohliche Komplikation nach Infektionen auftreten, häufig lokal fortgeleitet, selten auch im Rahmen von systemischen Infektionen. Nach einer SARS-CoV-2 Infektion wurde ein gehäuftes Auftreten von SVT beobachtet. Neben infektiösen Faktoren zählen eine hereditäre/erworbene Thrombophilie, Malignome, Autoimmunprozesse oder hormonelle Faktoren zu den möglichen Ursachen.

Patienten und Methoden: Eine 14-jährige Patientin mit ALL in Erhaltungstherapie präsentierte sich bei prolongierter SARS-CoV-2 Positivität (>1 Monat) mit rezidivierenden Fieberschüben, protrahiertem Husten und erhöhten Entzündungsparametern (max. CRP 95,7 mg/l), weshalb eine weitere stationäre Abklärung und Therapie erfolgte. Zunächst wurde eine empirische parenterale antibiotische Therapie mit Cefepim begonnen, bei fehlender Besserung auf Meropenem und Clarithromycin umgestellt. Die antileukämische Erhaltungstherapie musste pausiert werden. Im Thoraxröntgen war ein Verdichtungsareal im linken Unterfeld (suspektiertes interstitielles Infiltrat) auffällig.

Ergebnisse: Im induzierten Sputum wurden mittels PCR SARS-CoV-2, HCoV-229E, Pneumocystis jirovecii und Chlamydia pneumoniae nachgewiesen, weshalb die antibiotische Therapie um Trimethoprim/Sulfametrol erweitert wurde. Zusätzlich wurde bei erhöhten Ferritinwerten (Maximum 8894 ng/ml) und einer möglichen beginnenden Hyperinflammation eine antiinflammatorische und antileukämische Therapie mittels Dexamethason etabliert. Im weiteren Verlauf kam es zu einer raschen klinischen und laborchemischen Besserung sowie zur Regredienz des Infiltrates. Am Tag der Entlassung traten dann zu Hause heftige Kopfschmerzen, gefolgt von einem generalisierten Krampfanfall auf. Im Schädel-MRT zeigte sich eine langstreckige SVT über den gesamten S. sagittalis superior, den rechten S. transversus bis in den S. sigmoideus rechts und die V. jugularis interna rechts, das max. D-Dimer war 6.6 µg/ml. An unserer Intensivstation erfolgte eine anti-Xa-Faktor gesteuerte Antikoagulation mit Heparin, eine antiödematöse Therapie mit systemischen Steroiden und Mannit sowie eine antikonvulsive Therapie mit Levetiracetam. Bei unauffälliger Neurologie waren in den MRT-Folgeuntersuchungen keine Sekundärkomplikationen festzustellen und die SVT bildete sich rasch zurück. Die Antikoagulation wurde mit dem direkten Faktor Xa-Inhibitor Rivaroxaban fortgeführt. Nach 2-wöchiger Therapiepause konnte die antileukämische Erhaltungstherapie wieder fortgeführt werden.

Schlussfolgerungen/Diskussion: Als wahrscheinlichste Ursache für die SVT wird die SARS-CoV-2 Infektion angesehen, wobei sowohl die ALL als auch eine mögliche Hyperinflammation zusätzliche begünstigende Faktoren darstellen. Die übrige Abklärung inklusive Thrombophiliescreening verlief unauffällig. Trotz ausgeprägter SVT kam es zur komplikationslosen Abheilung.