

Welcher Score bei Lungenembolieverdacht?

a -- Hendriksen JM, Geersing GJ, Lucassen WA et al. Diagnostic prediction models for suspected pulmonary embolism: systematic review and independent external validation in primary care. *BMJ* 2015 (8. September); 35: h4438
[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Peter Ritzmann

Verschiedene Punktesysteme wurden eingeführt und in Studien getestet, um die Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie bei entsprechenden Symptomen auf Grund anamnestischer Angaben und klinischer Befunde standardisiert einschätzen zu können. Die bekanntesten sind der Wells-Score und der Geneva-Score, von denen es jeweils modifizierte bzw. vereinfachte Versionen gibt.¹ Diese Scores wurden primär im klinischen Setting untersucht. Die AMUSE-2-Studie, eine prospektive Kohortenstudie, in welche in niederländischen Arztpraxen 598 Personen aufgenommen wurden, kam zum Schluss, dass der Wells-Score in Kombination mit einem D-Dimer-Schnelltest auch in Praxen der Grundversorgung vergleichbare Resultate liefert wie im Spital bzw. auf der Notfallstation (siehe infomed-screen Januar/Februar 2013). Aktuell wurde anhand der Daten aus dieser Studie untersucht, ob sich relevante Unterschiede zwischen verschiedenen Punktesystemen aufzeigen lassen.

Evaluiert werden konnten auf Grund der vorhandenen Daten der ursprüngliche, der modifizierte und der vereinfachte Wells-Score sowie der revidierte und der vereinfachte revidierte Geneva-Score (für den ursprünglichen Geneva Score würde eine Blutgasanalyse benötigt). Die Unterschiede zwischen den fünf Scores waren vergleichsweise klein. In Kombination mit dem D-Dimer-Schnelltest wurden mit den WellsScores 95% bis 96% der effektiven Thromboembolien richtig eingestuft (Sensitivität), mit den Geneva-Scores 88% bis 90%. Die Spezifität (Prozentsatz derjenigen ohne Thromboembolie, die in die Gruppe mit einer niedrigen Wahrscheinlichkeit eingestuft wurden), lag bei allen Scores etwa bei 50%, am höchsten (53%) beim vereinfachten revidierten Geneva-Score.

Eine Lungenembolie bleibt in der Klinik und der Praxis eine schwierige Diagnose. In der aktuellen amerikanischen Guideline von 2015 wird bei Symptomen einer möglichen Lungenembolie die Anwendung eines klinischen Scores zur Abschätzung der Emboliewahrscheinlichkeit empfohlen.² Explizit werden die fünf in der aktuellen Studie evaluierten Wells- und GenevaScores erwähnt, ohne Bevorzugung eines der Tests. Die aktuelle Auswertung der AMUSE-2-Studie zeigt, dass sich in der Praxis nur kleine Unterschiede zwischen diesen zeigen. Der Wells-Score in allen drei Formen führt zu etwas mehr Abklärungen als der revidierte vereinfachte Geneva-Score, verpasst dafür etwas weniger Thromboembolien. Möglicherweise wären die Unterschiede sogar noch geringer ausgefallen, wenn anstelle des D-Dimer-Schnelltests ein quantitativer D-Dimer-Test eingesetzt worden wäre, wie es ihn heute auch für die Praxis gibt.

Zusammengefasst und kommentiert von Peter Ritzmann

(1) Kriterien für den Wells-Score siehe: <http://goo.gl/RdP6Qs>

(2) Raja AS, Greenberg JO, Qaseem A et al. Evaluation of patients with suspected acute pulmonary embolism: Best practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians: *Ann Intern Med* 2015 (29. September); 163: 701-711