

Komplikationen nicht unterschätzen

Thrombophlebitis gilt als phlebologischer Notfall

Oberflächliche Venenthrombosen werden heutzutage dem Spektrum der venösen Thromboembolien zugerechnet. Ihr Ausmaß ist meist größer, als das klinische Bild vermuten lässt, und damit auch das Komplikationsrisiko.

Von den Patienten, die sich mit den typischen Beschwerden einer oberflächlichen Venenthrombose (OVT) bei ihrem Hausarzt vorstellen, hat jeder vierte bereits begleitend eine asymptomatische tiefe Venenthrombose und jeder 20. eine Lungenembolie, wie die beiden Gefäßmediziner Knut Kröger, Chefarzt der Klinik für Angiologie in Krefeld, und Johannes Hoffmann, Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Phlebologie des Elisabeth-Krankenhauses in Essen berichten [1]. Damit ist die OVT keineswegs so harmlos wie häufig angenommen.

Bei Verdacht auf eine OVT – speziell in der Vena saphena magna (VSM) oder parva (VSP) bzw. deren akzessorischen Venen – ist daher neben Anamnese und klinischer Untersuchung eine Kompressionssonografie zwingend erforderlich, um Ausmaß und Lokalisation der Thrombosierung zu erfassen. Nicht zuletzt bei OVT in Kniehöhe oder darüber wird empfohlen, das gesamte tiefe Leitvenensystem zu untersuchen [2].

Je nachdem, ob eine nicht variköse oder varikös veränderte oberflächliche Vene durch ein Blutgerinnsel verlegt wird, spricht man von einer Thrombophlebitis oder Varikophlebitis. In beiden Fällen spielt bei der Ätiologie die Virchow-Trias bestehend aus Endotheländerung, veränderter Strömungsgeschwindigkeit und Viskosität eine wichtige Rolle.

Empfehlungen zur Basistherapie

Die Therapieentscheidung orientiert sich in erster Linie an dem duplexsonografischen Befund, also gemäß der aktuellen AWMF-Leitlinie an der Ausdehnung und Lokalisation des Thrombus. Ist eine tiefe Venenthrombose (TVT) sicher ausgeschlossen und erstreckt sich der Thrombus in kleinkalibrigen Seitenvenen über

eine Strecke von weniger als 5 cm, reichen Basismaßnahmen meist aus: Mit lokaler Kühlung und Kompression wird versucht, die Beschwerden der Patienten zu lindern. Nach Bedarf können zusätzlich nicht steroidale Antiphlogistika eingesetzt werden. Rasche Schmerzfreiheit lässt sich häufig erreichen, indem man über eine Stichexzision das thrombotische Material entfernt.

Prophylaktische Antikoagulation

Ab einer Thrombuslänge von 5 cm wird zusätzlich eine prophylaktische Antikoagulation mit dem selektiven Faktor-Xa-Hemmer Fondaparinux (2,5 mg/Tag s.c.) über einen Zeitraum von 45 Tagen empfohlen, vorausgesetzt, der Thrombus ist weiter als 3 cm von der saphenofemorale (SF) Krosse entfernt. Zusätzlich raten die Gefäßmediziner Kröger und Hoffmann, eine Kompressionstherapie durchzuführen. Für das direkte orale Antikoagulans Rivaroxaban (1 × 10 mg/d) wurde in der SURPRISE-Studie in dieser Situation eine vergleichbare Wirksamkeit bei Hochrisikopatienten nachgewiesen [3]. Zugelassen für die Indikation Thrombophlebitis ist Rivaroxaban aber nicht.

Mit der medikamentösen Therapie soll verhindert werden, dass der Thrombus in das tiefe Venensystem aufsteigt. Inwieweit eine duplexsonografische Kontrolle des Therapieerfolgs sinnvoll und erforderlich ist, werde in keiner Leitlinie erörtert, wie Kröger und Hoffmann betonen.

Thromben wiederum, die weniger als 3 cm von der SF-Krosse entfernt sind oder gar proximal davon liegen, bedürfen einer therapeutischen Antikoagulation



Die oberflächliche Venenthrombose ist keineswegs so harmlos wie häufig angenommen!

für vier Wochen bis zu drei Monaten, in Analogie zur TVT-Behandlung. Das gilt selbstverständlich auch, wenn das tiefe Venensystem betroffen ist. Nach der Initialtherapie, die je nach Wahl des Antithrombotikums zwischen 7 und 21 Tage dauert, schließt sich eine Erhaltungstherapie von drei bis sechs Monaten an.

Apixaban und Rivaroxaban können sofort bei Diagnosestellung in höherer Initialdosis oral gegeben werden. Bei Dabigatran oder Edoxaban muss zunächst eine Akuttherapie über fünf bis sieben Tage mit einem niedermolekularen Heparin, unfractionierten Heparin oder Fondaparinux begonnen werden, bevor auf die orale Einnahme umgestellt werden kann [4].

Dagmar Kraus

1. Kröger K et al. *Gefäßchirurgie* 2018;23:82–86
2. Gonser LI et al. *Hautarzt* 2018; 69: 384–391
3. Beyer-Westendorf J et al. *Lancet Haematol* 2017;4:e105–e113
4. Lucks J et al. *MMW* 2018;53:44–48