Bein geschwollen, gerötet und druckempfindlich

Oberflächliche Thrombophlebitis?

Von T. Noppeney, J. Noppeney, M. Winkler, I. Kurth

Ein 48-jähriger Patient, bei dem Krampfadern bekannt sind, berichtet, dass seine Oberschenkelinnenseite seit drei Tagen gerötet, leicht geschwollen und druckempfindlich ist. Zuerst dachte er an einen Insektenstich. Die Untersuchung ergibt aber, dass es sich um eine akute oberflächliche Thrombophlebitis handelt, die wie eine tiefe Beinvenenthrombose behandelt werden muss.

Foto: H. S. Füßli

— Die oberflächliche Thrombophlebitis wird häufig von einer tiefen Venenthrombose (TVT) begleitet. Die Angaben in der Literatur variieren zwischen 5 und 65%. Auch Lungenembolien werden in bis zu 33% der Fälle beschrieben.

Die Entstehung einer TVT hängt von der Ausdehnung und Lokalisation der oberflächlichen Thrombophlebitis ab. In der Literatur besteht eine eindeutige Korrelation zwischen Lokalisation und Inzidenz der TVT. Bei oberflächlicher Thrombophlebitis am Unterschenkel beträgt die Inzidenz der TVT 5%, bei Seitenastbefall am Oberschenkel 17%. Deutlich höhere Raten der TVT werden erreicht (20–65%), wenn die V. saphena magna oder parva betroffen sind.

Neben der Lokalisation sind prädisponierende Faktoren entscheidend. Die Inzidenz einer TVT beträgt bei akuter oberflächlicher Thrombophlebitis und

vorbestehender Varikose ohne zusätzliche Begleiterkrankungen und Risiken etwa 6% [4]. Bestehen neben der oberflächlichen Thrombophlebitis Begleiterkrankungen bzw. Basisrisiken für eine TVT (Alter, positive Familienanamnese, Thrombophilie, Z. n. TVT u. a.), steigt das Risiko einer TVT deutlich an. In unseren eigenen Untersuchungen [8] konnte eine erhöhte Inzidenz der TVT von 15,4% bei zusätzlich bestehenden Begleiterkrankungen festgestellt werden.

So stellen Sie die Diagnose

- Die klinischen Zeichen „Schwellung, Rötung und Druckempfindlichkeit im Bereich einer oberflächlichen Vene“ sind in der Regel eindeutig.
- Zusätzlich sollte eine farbcodierte Duplexsonografie durchgeführt oder veranlasst werden, da das thrombotische Geschehen meist viel weiter

reicht, als durch den klinischen Befund ersichtlich ist [6].

- Mit der Duplexsonografie kann bereits bei der Erstdiagnostik eine schon vorhandene TVT erkannt bzw. ausgeschlossen werden.
- Die Duplexsonografie ist für die Verlaufskontrolle unverzichtbar.
- Zusätzlich sollte nach bestehenden Basis- oder Akutrisiken für eine TVT geforscht werden: familiäre Disposition, Thrombophilie, bereits durchgemachte TVTs.
- Begleiterkrankungen, insbesondere Neoplasien, aufdecken.

Therapie

Die Basistherapie besteht in elastokompressiven Verbänden, der Gabe von Antiphlogistika und Applikation lokaler Kühlung. In Einzelfällen kann auch eine Thrombusexpression nach Stichinzision indiziert sein. Der Patient sollte immer zum Laufen angehalten werden, Bettruhe ist nicht indiziert.

Die Antikoagulation und ggf. ein operativer Eingriff richten sich nach der Lokalisation und dem Ausmaß der oberflächlichen Thrombophlebitis bzw. danach, ob bereits bei Erstdiagnose eine begleitende TVT vorliegt (s. Kasten). Weiterhin wird die Entscheidung zur Antikoagulation durch gleichzeitig bestehende Basis- oder Akutrisiken für eine TVT beeinflusst.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:

Dr. med. Thomas Noppeney, Ärztl. Leitung Versorgungszentrum für Gefäßmedizin, Obere Turnstraße 8–10, D-90429 Nürnberg, E-Mail: tnoppeney.nbg@t-online.de

Auf einen Blick

Therapie der oberflächlichen Thrombophlebitis (TP)

- **TP auf den Seitenastbereich Unterschenkel beschränkt:** In der Regel Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin (NMH). Die Dosierung orientiert sich an evtl. zusätzlich bestehenden Basis- und Akutrisiken für eine tiefe Venenthrombose (TVT), ebenso die Dauer. Sie variiert nach Angaben in der Literatur zwischen 7 und 30 Tagen. Eine therapeutische Antikoagulation erfolgt nur in Ausnahmefällen.
- **TP erfasst Segmente der V. saphena parva (VSP) bzw. magna (VSM) oder Seitenäste am Oberschenkel bzw. VSP oder VSM sind in ganzer Länge betroffen:** Therapeutische Antikoagulation

für vier bis zwölf Wochen. Dies gilt auch bei Aszension der TP, wenn zunächst keine therapeutische Antikoagulation eingeleitet wurde. Die Antikoagulation sollte mit NMH begonnen und bei Befall der Seitenäste am Oberschenkel für vier Wochen fortgeführt werden. Ist die VSM oder VSP betroffen, wird eine therapeutische Antikoagulation mit Markumar für drei Monate empfohlen.

- **TP erreicht den sapheno-femorale oder popliteale Übergang:** Operation mit Unterbrechung des Übergangs und ggf. Stripping der betroffenen Vene. Zusätzlich therapeutische Antikoagulation für drei Monate postoperativ.