Von Ödemreduktion bis Schmerzlinderung

Sind Kompressionsstrümpfe bei TVT wirklich nötig?

Prof. Dr. Knut Kröger, Klinik für Gefäßmedizin, Helios Klinik Krefeld

Die Wirkung der Kompressionstherapie bei tiefer Bein- und Beckenvenenthrombose (TVT) ist vielschichtig. Sie reicht von der Ödemreduktion über die Schmerzlinderung bis zur Verhinderung eines postthrombotischen Syndroms (PTS). Auf was müssen Sie bei der Verordnung achten?

Die Notwendigkeit und der klinische Nutzen von medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS) in der Therapie einer akuten tiefen Beinbeckenvenenthrombose (TVT) sind weit weniger untersucht als der Nutzen der Antikoagulation. Begründet ist dies durch die unterschiedlichen gesetzlichen Voraussetzungen der Zulassung. Das Arzneimittelgesetz fordert große Studien, das Medizinproduktegesetz nicht.

In Europa wurden die Kompression und die Mobilisation aufgrund ihrer positiven Wirkung schon lange vor der Antikoagulation eingeführt. Daher stellen sie die Basistherapie jeder TVT dar, vor deren Hintergrund die Antikoagulation etabliert wurde.

Die Kompression wirkt vielschichtig

Die Kompression wird häufig als lästig empfunden, und der Sinn der Kompression für die Therapie bzw. mögliche Aus-

heilung der Thrombose wird dem Patienten nicht vermittelt. Die Wirkung der Antikoagulation ist offensichtlicher. Sie greift in die Gerinnung ein, blockiert das Thrombuswachstum und stärkt die fibrinolytische Potenz des Körpers. Die vielschichtigen Wirkungen der Kompression gehen in die gleiche Richtung. So handelt es sich bei der Kompression nicht, wie häufig vermutet, um eine reine mechanische Ödembeseitigung, sondern um eine physiologische Unterstützung der Venenfunktion und des Gerinnungssystems. Verschiedene Wirkmechanismen wie z.B. Ödemreduktion, Gewebenutrition und Zellmigration, Schmerzlinderung sowie Erhöhung der Blutflussgeschwindigkeit sind beschrieben.

Diese physiologischen Effekte der Kompression sollten sich auch in messbaren Endpunkten klinischer Studie niederschlagen. Brandjes und Kollegen publizierten 1997 dazu ihre Ergebnisse an 194 konsekutiven ambulant geführten

Patienten mit proximaler TVT. 96 Patienten erhielten keine MKS, 98 Patienten erhielten angepasste MKS. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 76 Monate in beiden Gruppen, und das PTS wurde mit einem Standard-Scoring-System erfasst. Die Patienten wurden während der ersten zwei Jahre alle drei Monate und danach für mindestens fünf Jahre alle sechs Monate befragt.

Leichte bis mäßige PTS traten bei 19 (20%) der Patienten mit MKS und bei 46 (47%) der Patienten ohne MKS auf. Mit MKS entwickelten nur 11 (11%) der Patienten schwere PTS, ohne MKS immerhin 23 (23%) der Patienten. In beiden Gruppen traten die meisten Fälle eines PTS innerhalb von 24 Monaten nach der akuten TVT auf. Über 60% der Patienten mit ihrer ersten proximalen TVT entwickelten innerhalb von zwei Jahren eine PTS. Diese Rate konnte mit einem MKS um etwa 50% reduziert werden.

Fazit für die Praxis

1. Die Kompressionstherapie stellt neben der Antikoagulation die wichtigste Säule der Therapie der akuten Thrombose und des postthrombotischen Syndroms dar.
2. Eine Kompressionstherapie bedarf einer guten Schulung der Patienten durch den Fachhandel und einer langfristigen Führung der Patienten durch den Arzt, um die Adhärenz der Patienten sicherzustellen.
3. Die langfristigen gesundheitsökonomischen Aspekte einer konsequent genutzten Kompressionstherapie sollten einem kurzfristigen abschöpfbaren Einsparpotenzial nicht geopfert werden – sonst geht dem Arzt und dem Patient eine wirksame und bewährte Therapiensäule der venösen Thrombose verloren.

© K. Kröger

Tiefe Beinvenenthrombose links.

Literaturliste beim Verlag