

Einseitige Beinschwellung

VON H. S. FÜEßL

Sie betreuen als Arzt ein Altenheim. Die Stationschwester hat Sie angerufen, weil sie bei einem 78-jährigen Mann mit leichter Demenz vom Alzheimerstyp eine Schwellung des gesamten linken Beins und eine livide Verfärbung des Fußes beobachtet hat (s. Abb.). Der Mann lag seit drei Tagen mit Fieber im Bett und hatte vermehrt Husten. Er gibt keine Schmerzen an.

Foto: H. S. Fießl



Situation und Symptomatik

Für eine einseitige Beinschwellung gibt es viele Gründe. Das rasche Auftreten, die Risikosituation und die glänzende gespannte Haut lassen zuerst an eine tiefe Beinvenenthrombose (TVT) denken. Als Risikosituationen gelten:

- Langes Sitzen (z. B. Bus, Flugzeug)
- Bettlägerigkeit, Immobilisierung
- Exsikkose, Übergewicht
- Operativer Eingriff am Bein (insbesondere TEP), Gips
- Defekte des Gerinnungssystems (Protein-S- oder -C-Mangel, APC-Resistenz, AT-III-Mangel)
- Tumorleiden, Schwangerschaft, Östrogene, Rauchen.

Sofortdiagnostik

Die klinischen Zeichen der TVT sind unsicher. Neben Ödem und Zyanose wurden eine Druckschmerzhaftigkeit der Kniekehle und der Oberschenkelinnenseite, ein Wadenschmerz bei Dorsalflexion des Fußes (Homann-Zeichen), ein Plantarschmerz auf Druck (Payr-Zeichen) und ein Wadenschmerz bei Aufpumpen mit einer Blutdruckmanschette (Lowenberg-Test) beschrieben. Alle diese Zeichen können vorhanden sein oder nicht und hängen v. a. von der Ausdehnung der Thrombose ab. Gerade bei bettlägerigen, allgemein kranken

Patienten verläuft die Thrombose oft völlig asymptomatisch. Eine Messung des Wadenumfangs im Seitenvergleich empfiehlt sich zur Dokumentation.

Der Algorithmus der Diagnostik beinhaltet bei nicht bettlägerigen ambulanten Patienten anfangs eine D-Dimer-Bestimmung. Ist sie negativ, kann eine TVT ausgeschlossen werden. Im vorliegenden Fall wurde darauf verzichtet, da sie bei bettlägerigen Patienten häufig falsch positiv ist. Es wurde eine Kompressionssonografie im B-Bild durchgeführt. Mit ihr können die klinisch v. a. relevanten Thrombosen im Oberschenkelbereich mit hinreichender Sensitivität und Spezifität nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden. Eine Phlebografie ist heute nur noch in Ausnahmefällen erforderlich. Zum Ausschluss von Raumforderungen im Beckenbereich sollte auch diese Region sonografisch untersucht werden.

Steht ein mobiles Ultraschallgerät zur Verfügung, kann die Untersuchung am Krankenbett gemacht werden. Ansonsten muss der Patient in die Nothilfe eines Krankenhauses.

Therapie

Bei hinreichendem klinischem Verdacht kann man niedermolekulares Heparin (NMH) verabreichen. Wird die Thrombose ausgeschlossen, beendet man diese Therapie wieder. Bei Nachweis einer Thrombose setzt man die Behandlung mit NMH gewichtsadaptiert über mindestens fünf Tage fort und beginnt gleichzeitig mit einer oralen Antikoagulation. Die Dauer der Antikoagulation richtet sich nach der Ausdehnung der Thrombose und der Risikosituation (Tabelle 1).

Zusätzlich sollte man die Extremität komprimieren (elastische Binde oder Kompressionsstrumpf). Bettruhe ist bei Unter- und Oberschenkelthrombosen nicht erforderlich.

Woran noch denken, was noch tun?

Eine Beobachtung bzw. Überwachung empfiehlt sich, da v. a. in den ersten Tagen nach einer TVT das Risiko einer Lungenembolie (LE) besteht. Man könnte ein EKG als Ausgangsbefund anfertigen, um spätere Befunde vergleichen zu können.

H. S. FÜEßL, HAAR ■

Tabelle 1	
Empfohlene Dauer der Antikoagulation nach Risikosituation ¹⁾	
6 Wochen	bei isolierter distaler TVT
3–6 Monate	bei erster, sekundärer proximaler TVT
6 Monate	bei LE, bei idiopathischer proximaler TVT
12 Monate	bei Rezidivthrombose
auf Dauer	bei persistierendem Risiko (aktives Malignom, schwere klinische Thrombophilie, besondere molekulare Thrombophilie)

¹⁾ Alle Empfehlungen können modifiziert werden, etwa durch Präferenz des Patienten, Alter, Begleiterkrankungen, Rezidivwahrscheinlichkeit und zeitlich limitierte Risikoerhöhung.