

Gefäßmedizin

Zeitschrift für

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Oberflächliche Venenthrombose – Aktuelle Therapieempfehlungen

Sturm W

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2014;

11 (1), 6-8

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie**



**Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin**



**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)**



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOTitles/SCOPUS

SITZ GUT, TUT GUT!

EINFACH SCHLUSS MIT
HÄMORRHOIDALLEIDEN!

EASY-TO-USE
AKUT
THERAPIE

✓ Einfache Einnahme

✓ Auf eine Akut-Therapie abgestimmt

✓ Wirkt gezielt von innen



Eine Innovation von Dioscomb®, **Österreichs Nr. 1** bei Venenpräparaten*

*IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD Dezember 2024

Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Dioscomb® 1000 mg Filmtabletten; **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 1000 mg mikronisierte Flavonoide, bestehend aus 900 mg Diosmin und 100 mg anderen Flavonoiden, dargestellt als Hesperidin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Magnesiumstearat, Talkum, Maisstärke, Gelatine, mikrokristalline Zellulose (Typ 102). Filmüberzug: Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Macrogol 3350, partiell hydrolysiertes Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Maltodextrin, Guargalactomannan (E412), Hypromellose (E464), mittelkettige Triglyzeride. **Anwendungsgebiete:** Dioscomb ist bei Erwachsenen angezeigt zur Behandlung von chronischer Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten bei folgenden funktionellen Symptomen: schwere Beine und Schwellungen, Schmerzen, nächtliche Krämpfe der unteren Extremitäten. Symptomatische Behandlung von akuten Hämorrhoidalbeschwerden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kapillarstabilisierende Mittel; Bioflavonoide, Diosmin, Kombinationen. ATC-Code: C05CA53. **Inhaber der Zulassung:** ExtractumPharma zrt. H-1044 Budapest, Megyeri út 64. **Zulassungsnummer:** 141737 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 07/2024; **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft, Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen dieses Arzneimittels informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

ERWO
P H A R M A

Oberflächliche Venenthrombose – Aktuelle Therapieempfehlungen

W. Sturm

Kurzfassung: Die oberflächliche Venenthrombose (OVT), die sich klinisch als tastbarer, geröteter und schmerzhafter Strang präsentiert, ist durchaus mit einem Risiko für thromboembolische Komplikationen verbunden, sofern die großen, oberflächlichen Venenstämme der unteren Extremität betroffen sind. Die alleinige klinische Einschätzung reicht für Diagnose und Therapie nicht aus, da bei Propagation nach proximal auch das tiefe Venensystem betroffen sein kann. Neben symptomatischen lokalen Maßnahmen (z. B. Heparin-Gel) und systemischer Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) sollten Patienten mit einer OVT > 5 cm mit Fondaparinux oder niedermolekularem Heparin behandelt werden.

Bei Progression einer oberflächlichen Venenthrombose in das tiefe Venensystem ist die Behandlung ident mit der einer tiefen Venenthrombose.

Schlüsselwörter: oberflächliche Venenthrombose, Thrombophlebitis, Antikoagulation

Abstract: Ischemic Stroke. Superficial Vein Thrombosis – Current Recommendations for Therapy. Superficial vein thrombosis (SVT) is based on the clinical findings of palpable, painful induration along the course of superficial vein. SVT is associated with a substantial thromboembolic risk if the great saphenous vein or the

small saphenous vein are affected. Clinical diagnosis based merely on clinical findings may be insufficient, since SVT may extend into the deep venous system. Treatment is based on symptomatic measures like topical heparin gel or systemic therapy with NSARs, antithrombotic treatment should be performed with Fondaparinux or low molecular weight heparin in patients with a SVT > 5 cm. If SVT extends into the deep venous system, affected patients are treated according to standard protocols for treatment of deep vein thrombosis. **Z Gefäßmed 2014; 11 (1): 6–8.**

Key words: superficial vein thrombosis, thrombophlebitis, anticoagulation

Definition und Epidemiologie

Unter einer Thrombophlebitis versteht man eine Thrombose einer epifaszialen oder oberflächlichen Vene, die häufig bei der klinischen Untersuchung als tastbarer, schmerzhafter, geröteter Strang im Verlauf einer oberflächlichen Vene gefunden wird [1]. Die oberflächliche Thrombophlebitis einer epifaszialen Vene muss von einer Thrombose der V. femoralis superficialis, die ja die tiefe Leitvene des Oberschenkels darstellt und begleitend zur Arteria femoralis superficialis verläuft, unterschieden werden. Es ist daher zu empfehlen, die korrekte Nomenklatur „V. femoralis“ anstatt „V. femoralis superficialis“ zu verwenden, um hier irreführende und möglicherweise gefährliche Verwechslungen von unterschiedlichen klinischen Entitäten mit differenten Behandlungsansätzen zu vermeiden [2].

Man unterscheidet die oberflächliche Thrombophlebitis der oberen Extremität, die meist als Folge eines liegenden Venenverweilkatheters zu sehen ist und eine oft harmlose Erkrankung darstellt, von der oberflächlichen Thrombophlebitis der unteren Extremität, die häufiger (ca. 90 %) spontan in varikös veränderten Venen entsteht. Da Inflammation und Infektion bei einer Thrombophlebitis der unteren Extremität meist nicht die primären Pathomechanismen darstellen, sollte man besser von einer oberflächlichen (oder epifaszialen) Venenthrombose (OVT) der unteren Extremität sprechen [3]. Wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung einer oberflächlichen Venenthrombose sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die OVT ist eine relativ häufige Erkrankung, man geht davon aus, dass sie deutlich häufiger als eine tiefe Venenthrombose (TVT, Inzidenz 1,6/1000/a) auftritt; gute, kontrollierte Studien mit Angaben einer exakten Inzidenz fehlen jedoch. Die V. saphena magna ist häufiger als die V. saphena parva betroffen. Die ober-

flächliche Venenthrombose der unteren Extremität ist in 6–44 % mit einer TVT assoziiert, in 20–33 % mit einer asymptomatischen Pulmonalembolie (PE) und immerhin in 2–13 % mit einer symptomatischen PE. Die symptomatische Ausdehnung einer oberflächlichen Venenthrombose bis in den Mündungsbereich der V. saphena magna in die V. femoralis (3,6 % in einer placebokontrollierten Studie) und das symptomatische Rezidiv in einer oberflächlichen Vene werden als Komplikation gesehen [4–6]. Risikofaktoren für Komplikationen nach 3 Monaten (PE, TVT, Progression oder Rezidiv einer oberflächlichen Venenthrombose) sind männliches Geschlecht, eine vorangegangene TVT oder PE, eine Tumorerkrankung, der Befall des Mündungsbereiches der V. saphena magna („Krosse“) und eine oberflächliche Thrombose in einer nicht varikös veränderten Vene [6, 7]. Entgegen der noch bis vor wenigen Jahren bestehenden Meinung belegen diese Zahlen klar, dass es sich um eine ernstzunehmende klinische Entität mit relevanten Folgeerkrankungen handelt.

Tabelle 1: Risikofaktoren für die Entstehung einer OVT. Mod. nach [4].

Stase

- Varikositäs
- Immobilisation (Trauma, OP, schwere internistische Erkrankung)

Endothelschaden

- Intravenöse Injektion oder Venenverweilkatheter
- Trauma
- Chirurgische oder endoluminale Therapie bei Varikositäs

Hyperkoagulabilität

- Thrombophilie
- Krebserkrankung
- Schwangerschaft
- Orale Kontrazeptiva

Sonstige

- Alter
- Adipositas
- Chronisch inflammatorische Erkrankungen (M. Bürger, M. Behçet, M. Mondor)

Eingelangt am 19. Dezember 2013, angenommen am 7. Jänner 2014.

Aus der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Innsbruck

Korrespondenzadresse: Dr. Wolfgang Sturm, Universitätsklinik für Innere Medizin I, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35; E-Mail: wolfgang.sturm@uki.at

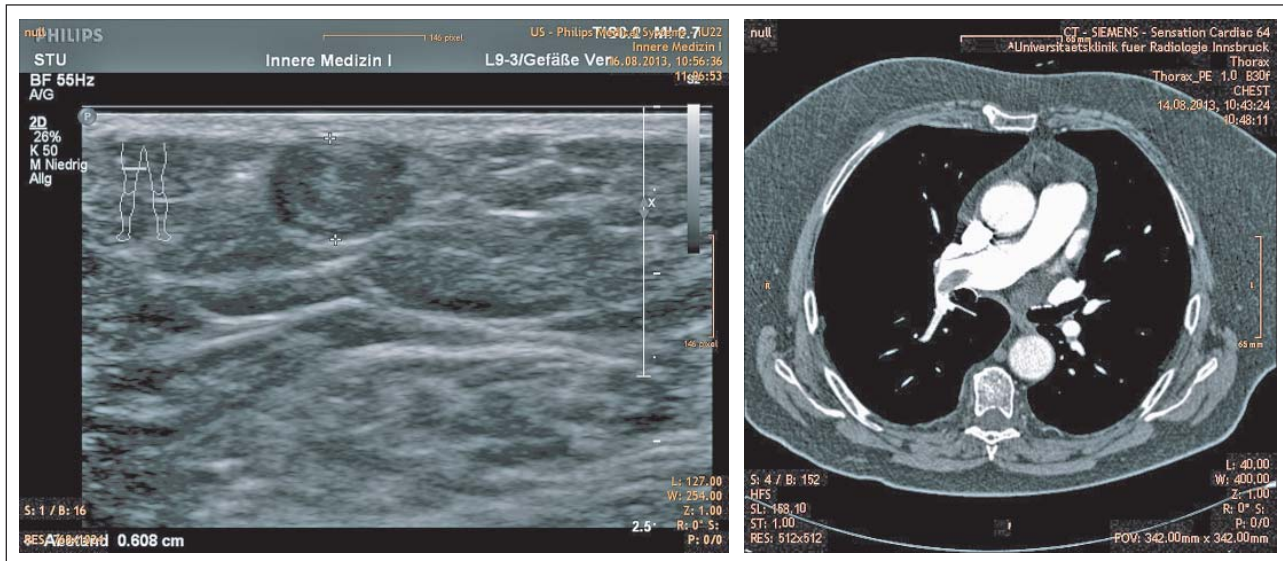


Abbildung 1: (links): Ultraschallbild einer SVT der V. saphena magna (++) am rechten Oberschenkel; **(rechts):** Die Patientin hatte auch eine zentrale Pulmonalembolie rechts.

■ Klinisches Erscheinungsbild und Diagnostik

Typische klinische Zeichen einer oberflächlichen Venenthrombose sind die schmerzhafte Rötung entlang des Verlaufs einer oberflächlichen Vene (Abb. 1), die betroffene Vene ist als überwärmter schmerzhafter Strang tastbar. Die Erkrankung kann von einer flächenhaften Rötung, Überwärmung und Schwellung begleitet sein. Diese typische Symptomatik kann begleitet sein von Zeichen einer systemischen Inflammation wie z. B. Fieber oder laborchemischen Entzündungszeichen [1, 4]. Die klinische Untersuchung reicht nicht aus, da die Ausdehnung der oberflächlichen Venenthrombose nach proximal und die ev. vorliegende Beteiligung der tiefen Venen im Sinne einer aufsteigenden Thrombose nicht alleine aufgrund der physikalischen Untersuchung objektiviert werden kann. Eine Ultraschalluntersuchung des oberflächlichen und tiefen Venensystems des betroffenen und des kontralateralen Beines wird empfohlen, um die Ausdehnung der oberflächlichen Venenthrombose genau zu erfassen und eine ev. gleichzeitig vorliegende asymptomatische tiefe Venenthrombose zu erfassen. Bei klinischer Verschlechterung, Verdacht auf ein Rezidiv oder Progression in das tiefe Venensystem sollte eine sonographische Verlaufskontrolle erfolgen [4, 8, 9]. Von einer Phlebographie ist abzuraten, da die Untersuchung selbst eine oberflächliche Thrombose verursachen kann. Darüber hinaus sollte der Patient spezifisch nach PE-Symptomen befragt werden, bei klinischem Verdacht auf eine PE sollte umgehend die entsprechende weiterführende Diagnostik eingeleitet werden [1, 4, 8, 9].

■ Therapie

Die primären Therapieziele der Behandlung einer oberflächlichen Venenthrombose sind die Symptomverbesserung und die Prävention einer venösen Thromboembolie (VTE) und der Propagation einer oberflächlichen Venenthrombose in das tiefe Venensystem. Die Patienten sollen mobil gehalten werden, der positive Nutzen einer Kompressionstherapie steht außer

Zweifel. Die Kompressionstherapie sollte mit Kurzzugbandagen oder Kompressionsstrümpfen durchgeführt werden, die Bandagen oder Strümpfe sollten das proximale Ende der oberflächlichen Thrombose um ca. 10 cm überragen [4]. Die Bandagen sollten z. B. mit einer Schaumstoff oder Silikonbandage gepolstert werden. Direkt auf das betroffene Venensegment kann ein heparinhaltiges oder anti-inflammatorisches Gel (z. B. mit Diclofenac) appliziert werden. Der Nutzen dieser letzteren Maßnahmen stützt sich nicht auf gute wissenschaftliche Evidenz [4], die guten Erfolge in der täglichen klinischen Routine rechtfertigen jedoch diese nebenwirkungsarme, lokale und zudem kostengünstige Maßnahme durchaus.

Als weiteres und für den Patienten ganz wesentliches Therapieziel ist die Prävention einer venösen Thromboembolie zu nennen. Die antithrombotische Therapie sollte bei Thrombosen einer großen oberflächlichen Vene der unteren Extremität erfolgen, die Thrombose des betroffenen Venensegments sollte länger als 5 cm sein. Eine Thrombophlebitis der oberen Extremität als Folge einer Infusion oder Venenpunktion sollte nicht primär antithrombotisch behandelt werden, hier sollte sich die Therapie auf Diclofenac- oder Heparin-Gel, oder aber auch auf eine systemische anti-inflammatorische Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) beschränken. Die größte Studie zur antithrombotischen Therapie bei oberflächlichen Thrombosen der unteren Extremität ist die doppelblinde, randomisierte CALISTO-Studie, bei der 3002 Patienten zu 2,5 mg Fondaparinux oder zu Placebo für 45 Tage randomisiert wurden. Der primäre Endpunkt (Tod, VTE, Progression der OVT bis zur Mündung in die V. femoralis oder Rezidiv einer oberflächlichen Thrombose) wurde unter Fondaparinux in 0,9 % (13/1502 Patienten) und in 5,9 % (88/1500 Patienten) in der Placebogruppe (RRR mit Fondaparinux, 85 %; 95 %-CI: 74–92; $p < 0,001$) erreicht. Bei großen Blutungen oder schweren unerwünschten Ereignissen wurde kein Unterschied festgestellt [5]. Basierend auf diesen Daten wird Fondaparinux als valide Alternative zu niedermolekularem Heparin in prophylaktischer Dosis (z. B. Enoxaparin 1 × 40 mg) oder in einer „mittleren Dosis“ (z. B. Enoxaparin 1 × 60 mg, welches über

mindestens 4 Wochen gegeben werden sollte), gesehen. Bei Progression einer oberflächlichen Venenthrombose in das tiefe Venensystem sollte die Therapie entsprechend den Richtlinien der Behandlung der TVT erfolgen [1, 4, 10]. Die in den Guidelines des American College of Chest Physicians (ACCP 2012) für oberflächliche Thrombosen angeführten weiteren Therapieoptionen mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) und unfraktioniertem Heparin (UFH) [10] werden im deutschen Sprachraum aufgrund wesentlicher Nachteile kaum verwendet. Thrombozytenfunktionshemmer (z. B. Aspirin) sollten in dieser Indikation aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises nicht gegeben werden, auch neue, direkte Antikoagulantien (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban) können aufgrund fehlender Daten in dieser Indikation nicht empfohlen werden [1, 4, 10]. Eine systemische antibiotische Therapie sollte bei septischer oder abszedierender Thrombophlebitis der oberen oder unteren Extremität verordnet werden [4].

Eine chirurgische Therapie (Ligatur der V. saphena magna oder Venenexzision) wird in den ACCP-Guidelines nicht empfohlen und scheint im Vergleich zur konservativen antithrombotischen Therapie keine wesentlichen Vorteile zu haben [11]. Nachdem die Entzündung abgeklungen ist, wird die chirurgische Therapie für manche Patienten mit rezidivierenden oberflächlichen Thrombosen dennoch als weitere Therapieoption

gesehen, bei einer bestehenden Kontraindikation zur Antikoagulation stellt die Ligatur der V. saphena magna eine sehr sinnvolle Alternative dar [10, 11].

■ Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

■ Relevanz für die Praxis

- Eine oberflächliche Venenthrombose sollte nicht mit einer Thrombose der V. femoralis superficialis verwechselt werden, die eine Vene des tiefen Venensystems ist.
- Oberflächliche Venenthrombosen der großen oberflächlichen Venenstämme (V. saphena magna, V. saphena parva) der unteren Extremität können mit thromboembolischen Komplikationen (TVT, PE) assoziiert sein.
- Neben symptomatischen Maßnahmen mit Diclofenac- oder Heparin-Gel und systemischer Gabe von NSAR erhalten betroffene Patienten eine antithrombotische Therapie mit parenteralen Antikoagulantien in einer prophylaktischen (z. B. Fondaparinux 2,5 mg s. c. 1× tgl. oder Enoxaparin 40 mg s.c. 1× tgl.) oder „mittleren“ (z. B. Enoxaparin 60 mg s.c. 1× tgl.) Dosis für mindestens 4 Wochen

Literatur:

1. Debourdeau P, Farge D, Beckers M, et al. International clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of thrombosis associated with central venous catheters in patients with cancer. *J Thromb Haemost* 2013; 11: 71–80.
2. Bundens WP, Bergan JJ, Halasz NA, et al. The superficial femoral vein. A potentially lethal misnomer. *JAMA* 1995; 274: 1296–8.
3. Bauersachs RM, Kuhlencordt PJ. [Recent advances in the treatment of superficial vein thrombosis and extracranial carotid artery stenosis]. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 168–71.
4. Kalodiki E, Styrinova V, Allegra C, et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement. *Int Angiol* 2012; 31: 203–16.
5. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *New Engl J Med* 2010; 363: 1222–32.
6. Decousus H, Quere I, Presles E, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med* 2010; 152: 218–24.
7. Galanaud JP, Bosson JL, Genty C, et al. Superficial vein thrombosis and recurrent venous thromboembolism: a pooled analysis of two observational studies. *J Thromb Haemost* 2012; 10: 1004–11.
8. Quere I, Leizorovicz A, Galanaud JP, et al. Superficial venous thrombosis and compression ultrasound imaging. *J Vasc Surg* 2012; 56: 1032–8.
9. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis. 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): e351S–e418S.
10. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): e419S–e494S.
11. Lozano FS, Almazan A. Low-molecular-weight heparin versus saphenofemoral disconnection for the treatment of above-knee greater saphenous thrombophlebitis: a prospective study. *Vasc Endovascular Surg* 2003; 37: 415–20.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)