

Zeitschrift für Gefäßmedizin

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

Fallbericht: TVT - Ist der Kompressionsultraschall immer ausreichend?

Gary T, Belaj K, Brodmann M

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;

9 (2), 16-17

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/GEOBASE/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, Guargalactomanan (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. Ungarn. **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
PHARMA

Fallbericht: TVT – Ist der Kompressionsultraschall immer ausreichend?

T. Gary, K. Belaj, M. Brodmann

Klinische Abteilung für Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz

■ Fallpräsentation

Eine 31-jährige Patientin wird wegen Schwellung inguinal links von einem Sanatorium 2 Tage nach Sektio an einer internistischen Notaufnahme vorgestellt. Aufgrund eines hochpathologischen D-Dimer-Tests wird der Verdacht auf eine Beinvenenthrombose (TVT) bei der Patientin gestellt. Sie klagt über keinerlei Dyspnoe aber Schmerzen und Schwellung im Bereich der linken Leiste sowie im Bereich der Sektiewunde.

Als zusätzliche TVT-Risikofaktoren zur rezent stattgehabten Sektio bestand bei der Patientin während der abgelaufenen Schwangerschaft eine Zervixinsuffizienz mit deutlich eingeschränkter Mobilität. Während dieser Phase der deutlich eingeschränkten Mobilität wurde jedoch vom betreuenden Facharzt eine Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparinpräparat (NMH) in Hochrisikoprophylaxedosierung durchgeführt. Dieselbe Prophylaxe wurde auch postsektional fortgeführt.

Zum Zeitpunkt der Vorstellung an der Notaufnahme war die Patientin hämodynamisch stabil mit einem Blutdruck von 117 mmHg systolisch und einer Herzfrequenz von 90/Minute. Die Sauerstoffsättigung der Patientin war unauffällig.

In der aufgrund des pathologischen D-Dimers durchgeführten Ultraschalluntersuchung zeigte sich an beiden Beinen ein unauffälliger Befund in der Kompressionsultraschalluntersuchung, wobei jedoch in beiden Venae femorales communes ein Verlust der Atemmodulation objektiviert werden konnte. Dieser Befund wurde durch eine Kompression der Beckenvenen durch den nach wie vor deutlich vergrößerten Uterus erklärt. Die Beckenvenen der Patientin sowie die Vena cava inferior (VCI) der Patientin waren aufgrund der rezenten OP-Wunde nach Sektio sowie aufgrund des nach wie vor vergrößerten Uterus nicht suffizient beurteilbar.

Da jedoch eine vorgeschaltete venöse Thrombose als Ursache für die Beschwerden und den Verlust der Atemmodulation der Venae femorales communes nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, wurde einerseits eine sofortige Antikoagulation mit NMH in therapeutischer Dosierung eingeleitet und andererseits auch zur weiteren Abklärung hinsichtlich einer Beckenvenenthrombose eine MR-Venographie bei der Patientin durchgeführt. Es zeigte sich eine ausgeprägte Thrombose im Bereich der VCI fortgeleitet in die linke Beckenetasche (Abb. 1). Weiters zeigte sich eine auf Basis dieser Thrombose bereits stattgehabte segmentale Pulmonalarterienembolie (PAE) als bereits abgelaufenes thromboembolisches Geschehen.



Abbildung 1: Thrombose der VCI in die linke Beckenetasche fortgesetzt

Aufgrund des massiven venös-thrombotischen Befundes wurde zum sicheren Schutz vor einer möglicherweise tödlichen neuerlichen PAE bei der Patientin über einen jugulären Zugang ein VCI-Filter implantiert. Die therapeutische Antikoagulation der Patientin mit NMH wurde über insgesamt 6 Wochen fortgesetzt und der VCI-Filter für diesen Zeitraum belassen. Nach 6 Wochen wurde bei der Patientin eine Kontroll-MR-Venographie durchgeführt. In dieser zeigte sich eine sehr gute Rekanalisation der VCI sowie der Beckenetasche links (Abb. 2). Der Filter war frei von thrombotischen Einlagerungen, sodass dieser nun entfernt werden konnte. Die Antikoagulation wurde bei der Patientin für weitere 9 Monate fortgesetzt. Bei sehr guter Rekanalisation der tiefen Leitvenen konnte die Antikoagulation nach dieser Zeit abgesetzt werden.

■ Diskussion

Der Kompressionsultraschall ist in den meisten Fällen zur Diagnostik der tiefen Beinvenenthrombose ausreichend. Bei Patienten mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit für eine TVT und unauffälligem Kompressionsultraschall ist aber speziell bei Verdacht auf eine vorgeschaltete Thrombose im Becken- und Bauchbereich eine weiterführende Bildgebung zur Abklärung indiziert.



Abbildung 2: Minimaler Restthrombus nach Antikoagulation

Als mögliche Alternative zur CT-Untersuchung, die mit einer Strahlenbelastung einhergeht, wurde in den vergangenen Jahren auch immer mehr die MR-Venographie zur weiteren Gefäßbildgebung gewählt. Sie geht ohne Belastung durch radioaktive Strahlung einher und bietet hohe Bildqualität.

Speziell die bei dieser Patientin gewählte Therapiestrategie mit Setzung eines VCI-Filters ist zu diskutieren. Die klassische VCI-Filterindikation, die auch in den rezenten ACCP-Guidelines 2/2012 neuerlich betätigt wurde, ist eine perioperative Situation bei frischer proximaler TVT. In dieser

perioperativen Phase ist eine therapeutische Antikoagulation der Patientin aufgrund des Blutungsrisikos nicht möglich. Diese typische Indikation bestand bei unserer Patientin nicht. Trotzdem entschied man sich für die Implantation eines Filters, da die Embolisation des Thrombusmaterials mit einer möglicherweise letalen PAE vergesellschaftet gewesen wäre. Zur Verhinderung dieser wurde der VCI-Filter implantiert.

Unter der mehrwöchigen therapeutischen Antikoagulation mit NMH kam es zu einer sehr guten Rekanalisation des tiefen Leitvenensystems der Patientin. Die Filterentfernung 6 Wochen nach Filtersetzung konnte komplikationslos durchgeführt werden. Eine weiterführende Antikoagulation mit NMH war ebenso komplikationslos und konnte nach 9 Monaten, da die VTE in einer klaren Risikosituation stattgefunden hat, auch wieder beendet werden. Von einer kürzeren Antikoagulation wurde aufgrund des massiven Befundes Abstand genommen.

■ Zusammenfassung

- Die MR-Venographie stellt eine gute Bildgebungsmöglichkeit bei Verdacht auf venös thrombotische Einlagerungen in Becken- und Bauchbereich dar, die im Ultraschall nicht gut zur Darstellung kommen.
- Bei wenigen ausgewählten Patienten kann auch eine VCI-Filterimplantation zum Embolieschutz bei ausgeprägtem venös thrombotischen Geschehen sinnvoll sein.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Thomas Gary
Klinische Abteilung für Angiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin
A-8036 Graz
Auenbruggerplatz 15
E-Mail: thomas.gary@medunigraz.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)