

Gefäßmedizin

Zeitschrift für

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

**Oberflächliche Venenthrombose:
Risikofaktoren, Diagnostik und
antikoagulatorische Therapie //**
**Superficial vein thrombosis:
diagnosis and anticoagulant
treatment**

Kimmerle A

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2026;

23 (3-4), 24-27

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 April 2026

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. 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
P H A R M A

Oberflächliche Venenthrombose: Risikofaktoren, Diagnostik und antikoagulatorische Therapie

A. Kimmerle

Kurzfassung: Die oberflächliche Venenthrombose (OVT) ist eine häufige Manifestation der venösen Thromboembolie und darf nicht als harmlose, primär entzündliche Erkrankung eingeordnet werden. Bei einem relevanten Anteil der Betroffenen liegt bereits zum Zeitpunkt der Diagnose eine begleitende tiefe Venenthrombose oder Pulmonalarterienembolie vor. Die farbkodierte Duplexsonographie ist deshalb zur Diagnosesicherung, zur Beurteilung von Ausdehnung und Lokalisation des Thrombus sowie zum Ausschluss einer begleitenden tiefen Venenthrombose erforderlich.

Die Therapie orientiert sich vor allem an der Thrombuslänge, der anatomischen Lage und dem Abstand zum tiefen Venensystem. Bei isolierter OVT der unteren Extremität mit einer Ausdehnung von mindestens 5 cm und einem Abstand von mehr als 3 cm zum tiefen Venensystem ist Fondaparinux 2,5 mg einmal täglich über 45 Tage die am besten untersuchte Therapie. Bei einer OVT in unmittelbarer

Nähe zum tiefen Venensystem oder bei gleichzeitig bestehender tiefer Venenthrombose ist eine therapeutische Antikoagulation analog zur tiefen Venenthrombose angezeigt. Rivaroxaban kann in ausgewählten Fällen erwogen werden, wird bei dieser Indikation jedoch off-label eingesetzt.

Schlüsselwörter: oberflächliche Venenthrombose, venöse Thromboembolie, Antikoagulation, Fondaparinux, Duplexsonographie

Abstract: Superficial vein thrombosis: diagnosis and anticoagulant treatment. Superficial vein thrombosis (SVT) is a common manifestation of venous thromboembolism and should not be regarded as a harmless, purely inflammatory condition. At diagnosis, concomitant deep vein thrombosis or pulmonary embolism is present in a relevant proportion of patients. Duplex ultrasound is therefore required

to confirm the diagnosis, assess thrombus extent and proximity to the deep venous system, and exclude associated deep vein thrombosis.

Management depends primarily on thrombus length, anatomical location and distance from the saphenofemoral or saphenopopliteal junction. For isolated lower-limb SVT extending at least 5 cm and located more than 3 cm from the deep venous system, fondaparinux 2.5 mg once daily for 45 days is the best-supported treatment. Thrombi close to the deep venous system and concomitant deep vein thrombosis warrant therapeutic anticoagulation analogous to deep vein thrombosis. Rivaroxaban may be considered in selected patients, but its use remains off-label in this setting. **Z Gefässmed 2026; 23 (3–4): 24–7.**

Keywords: superficial vein thrombosis, venous thromboembolism, anticoagulation, fondaparinux, duplex ultrasound

■ Einleitung

Die oberflächliche Venenthrombose (OVT) zählt zum Spektrum der venösen Thromboembolie (VTE). Sie stellt eine thrombotische Obliteration der oberflächlichen Venen der oberen bzw. unteren Extremität dar.

Anatomisch wird zwischen dem oberflächlichen, dem tiefen und dem perforierenden Venensystem unterschieden (Abb. 1). Das oberflächliche Venensystem drainiert über die Vena saphena magna und Vena saphena parva in das tiefe Venensystem. Für die Risikostratifizierung einer OVT sind insbesondere der Abstand zum saphenofemoralen bzw. saphenopoplitealen Übergang sowie die Thrombusausdehnung entscheidend.

Die OVT ist ein häufiges gefäßmedizinisches Krankheitsbild, welches sich in allen Versorgungsebenen zahlreich präsentiert. Die Herangehensweise war dabei oft niederschwellig, die Diagnostik erfolgte rein klinisch und die Therapie manches mal rein lokal. Dass dies nicht dem vollen Spektrum der unterschiedlichen Erscheinungsformen dieses Krankheitsbildes gerecht wird, konnte mittlerweile in zahlreichen Studien gezeigt werden, was sich auch dementsprechend schon nicht erst seit den aktuellen Ausgaben der entsprechenden Leitlinien thematisch niederschlägt.

■ Epidemiologie und Risikofaktoren

Für die unteren Extremitäten wurden je nach untersuchter Population jährliche Inzidenzen von etwa 0,64 bis 1,3 pro 1.000 Personen beschrieben [1, 2]. Obwohl die OVT im klinischen Alltag weiterhin häufig als lokal begrenztes und überwiegend entzündliches Krankheitsbild wahrgenommen wird, ist diese Einschätzung nicht angemessen. Bereits bei der Erstdiagnose besteht bei etwa einem Viertel bis einem Drittel der Betroffenen gleichzeitig eine tiefe Venenthrombose (TVT) [1, 3, 4]. Eine Metaanalyse mit 4.358 Patientinnen und Patienten ergab zudem eine Prävalenz einer begleitenden Pulmonalarterienembolie (PAE) von 6,9 % [5].

Eine Varikosis stellt den wichtigsten prädisponierenden Faktor für eine OVT dar. Im deutschen INSIGHTS-SVT-Register lag bei 75,6 % der untersuchten Fälle eine Varikosis vor [6]. Frauen scheinen etwas häufiger von einer OVT betroffen zu sein; ihr Anteil betrug ungefähr 65 % [7–9]. Weitere Risikofaktoren entsprechen weitgehend denen anderer VTE-Manifestationen, darunter Adipositas, Schwangerschaft und Immobilisation [7, 9, 10]. Bei einer OVT in einer nicht varikösen Vene sollten insbesondere systemische Erkrankungen und eine Tumorerkrankung in die differenzialdiagnostische Überlegung einbezogen werden. Die deutschen Leitlinien empfehlen in diesem Kontext die Aktualisierung der alters- und geschlechtsspezifischen Vorsorgeuntersuchungen [9]. Diese Risikofaktoren und deren Implikationen finden sich in Tabelle 1.

Ein systematisches Review identifizierte höheres Alter, männliches Geschlecht, eine positive VTE-Anamnese und eine aktive Tumorerkrankung als Faktoren, die mit einer Progression in das tiefe Venensystem oder einer nachfolgenden PAE assozii-

Eingelangt am: 17.08.2026, angenommen am: 24.08.2026

Aus der Klinischen Abteilung für Angiologie, Medizinische Universität Graz

Korrespondenzadresse: Dr. Andreas Kimmerle, Klinische Abteilung für Angiologie, Medizinische Universität Graz, A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 15, E-mail: andreas.kimmerle@medunigraz.at

Tabelle 1: Risikofaktoren der OVT (nach [11])

Risikofaktor	Zusammenhang mit oberflächlicher Venenthrombose	Anmerkungen
Varikosis	Die Wahrscheinlichkeit für eine OVT ist bei Patientinnen und Patienten mit Varikosis mehr als dreimal so hoch wie bei Personen ohne Varikosis [6, 10].	Eine Varikosis ist der wichtigste Risikofaktor für eine OVT der unteren Extremität.
Malignom	In mehreren Studien konnte ein Zusammenhang zwischen einer OVT und einer malignen Erkrankung gezeigt werden, analog zu anderen VTE-Entitäten [12, 13].	An ein Malignom als Grundlage einer OVT ist vor allem bei Lokalisierung in einer nicht varikösen Vene zu denken [14].
Adipositas	In einer Fall-Kontroll-Studie war die Wahrscheinlichkeit für eine OVT bei Personen mit einem Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 mehr als doppelt so hoch wie bei Personen mit einem BMI unter 25 [10].	Auch wenn Adipositas ein Risikofaktor für eine OVT der unteren Extremität ist, ist der Zusammenhang mit einer OVT der oberen Extremität nicht bekannt.
Rezente Immobilisierung	In einer Fall-Kontroll-Studie zeigte sich bei Patienten mit einer OVT signifikant häufiger eine rezente Immobilisierung (OP, Hospitalisierung) als bei Patienten ohne OVT [10].	Prospektive Daten zu vorausgegangener Operation, kürzlich erfolgter Immobilisierung oder eingeschränkter Mobilität bei Personen mit OVT der oberen Extremität liegen nur begrenzt vor.
Schwangerschaft	In einer retrospektiven Kohortenstudie war die Inzidenz einer OVT während der Schwangerschaft und im Wochenbett erhöht [15].	Auch das OVT-Risiko ist im Wochenbett am höchsten.
Venenkatheter	In einer prospektiven Studie mit 645 Patientinnen und Patienten mit liegenden Kathetern lag die OVT-Rate bei 51,9 % nach Platzierung eines Midline-Katheters und bei 20 % nach Platzierung eines peripher eingeführten zentralvenösen Katheters (PICC) [16].	Liegende Katheter zählen zu den häufigsten Risikofaktoren für eine OVT der oberen Extremität.

Abkürzungen: aOR = adjustierte Odds Ratio; BMI = Body-Mass-Index (Körpermasse in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern); KI = Konfidenzintervall; OVT = oberflächliche Venenthrombose; PICC = peripher eingeführter zentralvenöser Katheter; TVT = tiefe Venenthrombose; VTE = venöse Thromboembolie

iert sind. Als OVT-spezifischer Risikofaktor erwies sich außerdem die Lokalisation in einer nicht varikösen Vene [17]. Diese Risikofaktoren sind in Tabelle 2 nochmals zusammengefasst.

Die OVT zeigt sich also nicht generell als primär entzündlicher Prozess im Sinne einer Thrombophlebitis. Vielmehr muss von einem thrombotischen Geschehen mit möglicher Ausbreitung in das tiefe Venensystem und mit dem Risiko embolischer Komplikationen ausgegangen werden. Eine strukturierte sonographische Abklärung und eine risikoadaptierte antikoagulatorische Behandlung sind daher zentrale Elemente des Managements.

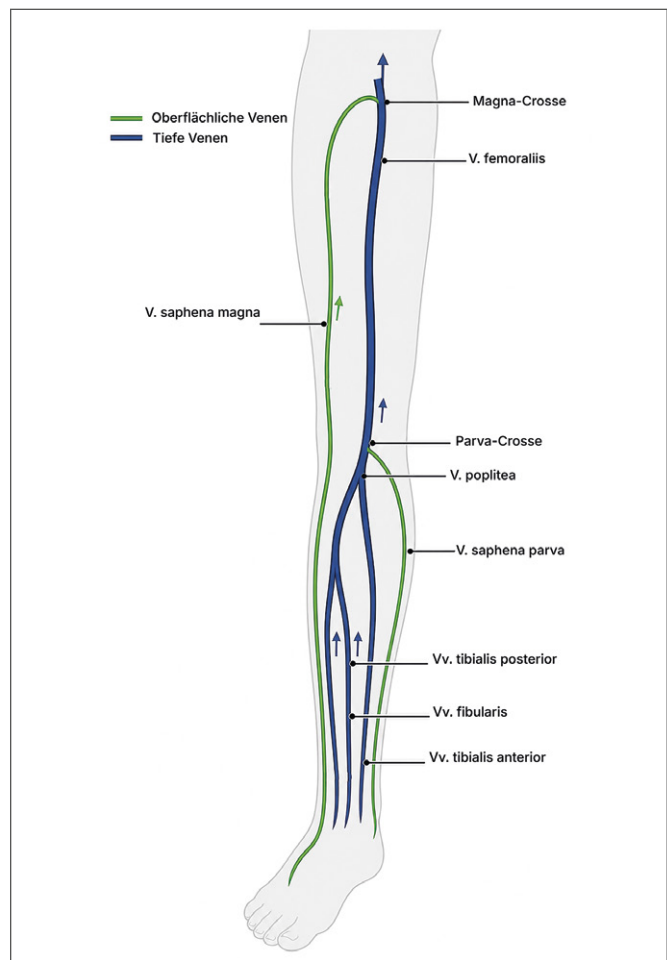
■ Diagnostik

Klinisch zeigt sich die OVT häufig durch einen schmerzhaften, geröteten und indurierten strangförmigen Befund entlang einer oberflächlichen Vene. Diese Befunde allein erlauben jedoch weder eine verlässliche Diagnosesicherung noch eine ausreichende Beurteilung der Ausdehnung oder des thromboembolischen Risikos. Auch Differenzialdiagnosen, etwa eine Cellulitis, ein Lymphödem oder andere Weichteilerkrankungen, lassen sich klinisch nicht immer sicher abgrenzen.

Tabelle 2: Risikofaktoren für den Progress einer OVT (nach [17])

- Höheres Alter
- Männliches Geschlecht
- Positive venöse Thromboembolie- (VTE-) Anamnese
- Aktive Tumorerkrankung
- Lokalisation der OVT in einer nicht varikösen Vene

Abkürzungen: OVT = oberflächliche Venenthrombose; VTE = venöse Thromboembolie

**Abbildung 1:** Schematische Darstellung des physiologischen venösen Abstroms und regelhafte Kommunikation des tiefen und oberflächlichen Venensystems

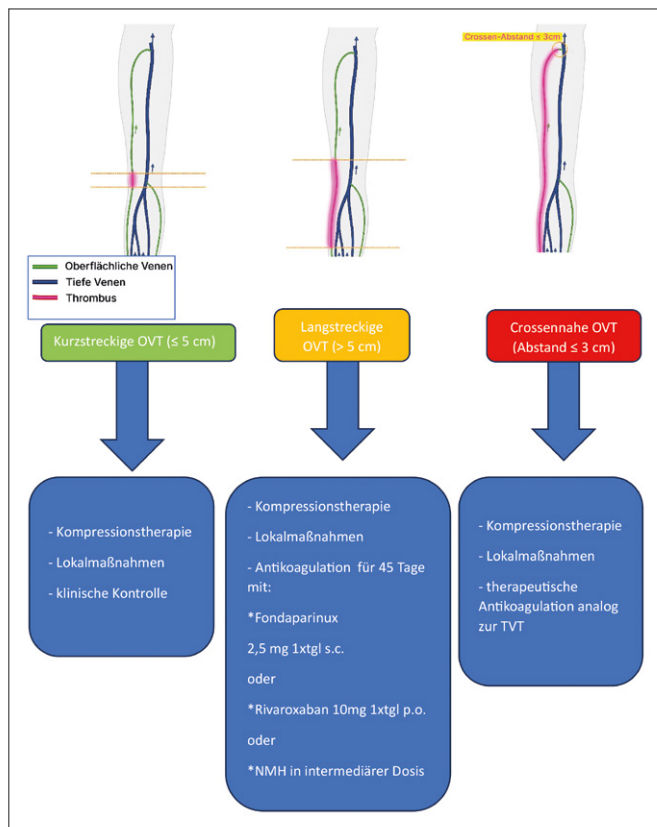


Abbildung 2: Therapeutisches Prozedere bei unterschiedlicher Lokalisation einer OVT

Um dies genau darzustellen und zu differenzieren, ist es zu empfehlen, zur Diagnostik eine farbkodierte Duplexsonographie (FCDS) durchzuführen [9, 14]. Sie bestätigt den intraluminalen Thrombus, dokumentiert die betroffene Vene sowie die Längsausdehnung und bestimmt den Abstand zum saphenofemorale oder saphenopopliteale Übergang. Diese Parameter sind unmittelbar therapieentscheidend. Ebenso wichtig ist die vollständige Untersuchung des tiefen Venensystems der betroffenen Extremität, da wie oben bereits erwähnt eine begleitende TVT häufig vorkommt und eine andere Behandlungsstrategie nach sich zieht.

Der Befund sollte die anatomische Lokalisation, die Thrombuslänge, den geringsten Abstand zum tiefen Leitvenensystem und den Status der tiefen Venen nachvollziehbar dokumentieren. Diese Angaben dienen nicht nur der initialen Therapieentscheidung, sondern auch einer gegebenenfalls erforderlichen sonographischen Verlaufskontrolle. Trotz eindeutiger Leitlinienempfehlungen zeigte sich im INSIGHTS-SVT-Register, dass nur bei etwa 68 % der Patientinnen und Patienten ein Kompressionsultraschall zur Diagnosesicherung durchgeführt worden ist [6].

Therapie

Die Behandlung der OVT richtet sich nach Ausdehnung, Lokalisation, Nähe zum tiefen Venensystem, Begleiterkrankungen und individuellem Blutungsrisiko. Nicht jede OVT erfordert dieselbe Intensität einer Antikoagulation. Eine rein symptomatische Behandlung mit Mobilisation, Kompression bei fehlenden Kontraindikationen und Analgesie beziehungsweise nichtsteroidalen Antirheumatika kann bei ausgewählten

kurzstreckigen Thrombosen sinnvoll sein. Bei einer klinisch relevanten OVT stellt die Antikoagulation jedoch das zentrale Element der Prävention einer TVT, einer PAE und einer thrombotischen Progression dar.

Eine isolierte OVT der unteren Extremität mit einer Längsausdehnung von mindestens 5 cm sollte antikoagulatorisch behandelt werden. Bei gleichzeitig nachgewiesener TVT oder bei einer OVT mit einem Abstand von weniger als 3 cm zum tiefen Venensystem wird eine therapeutische Antikoagulation für mindestens drei Monate empfohlen, entsprechend der Behandlung einer TVT [9, 14]. Eine kurzstreckige OVT des Unterschenkels von weniger als 5 cm ohne Risikokonstellation und ohne Nähe zum tiefen Venensystem kann symptomatisch behandelt und klinisch kontrolliert werden [9, 14]. Abbildung 2 zeigt das unterschiedliche Prozedere je nach Lokalisation des Befundes.

Antikoagulation bei isolierter OVT

Die evidenzstärkste Grundlage für die Therapie der isolierten OVT liefert die CALISTO-Studie. Fondaparinux in einer Dosierung von 2,5 mg subkutan einmal täglich über 45 Tage reduzierte thromboembolische Komplikationen gegenüber Placebo deutlich [7]. In dieser Studie war die Häufigkeit schwerer Blutungen unter Fondaparinux nicht höher als unter Placebo [7]. Auf dieser Basis empfehlen deutsche und europäische Leitlinien Fondaparinux bei einer OVT von mindestens 5 cm Länge, sofern der Abstand zum tiefen Venensystem mehr als 3 cm beträgt [9, 14]. Fondaparinux ist aufgrund der vorliegenden Studiendaten und der Zulassungssituation das einzige in Europa für diese Indikation zugelassene Antikoagulans.

Im SURPRISE-Trial wurde Rivaroxaban in einer Dosierung von 10 mg einmal täglich über 45 Tage mit Fondaparinux bei Patientinnen und Patienten mit OVT und mindestens einem zusätzlichen Risikofaktor verglichen. Die Studie erreichte ihr Ziel der Nichtunterlegenheit [18]. Gleichwohl ist die Datenbasis für eine uneingeschränkte Empfehlung von Rivaroxaban in dieser Dosierung begrenzt. Rivaroxaban kann bei geeigneter individueller Konstellation, insbesondere bei ausgeprägtem Wunsch nach einer oralen Behandlung, als Alternative in Betracht gezogen werden. Der Einsatz erfolgt bei OVT jedoch off-label und erfordert eine entsprechende Aufklärung [9, 18].

Für niedermolekulare Heparine (NMH) ist die Evidenz weniger konsistent. Sowohl die optimale Dosis als auch die Behandlungsdauer sind nicht abschließend geklärt. In der STEFLUX-Studie war eine intermediäre Dosis der prophylaktischen Dosierung überlegen [19]. Die Leitlinien lassen daher Raum für eine individuell begründete Anwendung; auch diese erfolgt formal off-label [9, 14]. Frühere randomisierte Studien stützen grundsätzlich den Nutzen antithrombotischer Strategien gegenüber rein symptomatischen Ansätzen, erlauben jedoch keine einheitliche Festlegung eines NMH-Regimes [20–23].

OVT der oberen Extremität

Eine OVT der oberen Extremität tritt häufig im Zusammenhang mit peripheren venösen Zugängen auf. In dieser Konstellation steht meist eine lokale irritative oder entzündliche

Reaktion im Vordergrund. Der zusätzliche Nutzen einer systemischen Antikoagulation ist unklar; in vielen Fällen sind lokale Maßnahmen und eine symptomatische Behandlung ausreichend [24].

Bei einer spontan auftretenden, nicht katheterassoziierten OVT der oberen Extremität sollte dagegen eine ätiologische Abklärung erwogen werden. Bei aktiver Tumorerkrankung kann das Risiko für ein erneutes thromboembolisches Ereignis erhöht sein, weshalb hier eine längerfristige antikoagulatorische Sekundärprophylaxe evaluiert werden muss.

Interventionelle Behandlung der Varikosis

Nach einer OVT in einer varikösen Vene kann eine definitive Behandlung der zugrunde liegenden Varikosis sinnvoll sein. Die deutsche Leitlinie spricht eine offene Empfehlung aus, eine varizenausschaltende Intervention frühestens drei Monate nach dem Akutereignis durchzuführen [9]. Die Evidenz für den optimalen Zeitpunkt ist begrenzt. Entscheidend sind das Abklingen der akuten lokalen Entzündung, die Stabilität des thrombotischen Befundes und die individuelle venöse Anatomie.

Diskussion

Die OVT ist ein klinisch heterogenes Krankheitsbild. Das Spektrum reicht von einer lokal begrenzten Thrombose in einer varikösen Seitenastvene bis zu einer ausgedehnten Thrombose nahe der Einmündung in das tiefe Venensystem oder zu einer OVT im Rahmen einer systemischen prothrombotischen Erkrankung. Die hohe Rate begleitender TVT und PAE unterstreicht, dass die OVT als relevante VTE-Manifestation eingeordnet werden muss [3–5].

Die FCDS ermöglicht eine risikoorientierte Einteilung anhand objektiver Parameter. Insbesondere Thrombuslänge und Abstand zum tiefen Venensystem bestimmen die therapeutische Konsequenz. Für die häufige Konstellation einer isolierten OVT von mindestens 5 cm Länge mit ausreichendem Abstand zur tiefen Vene besteht mit Fondaparinux über 45 Tage eine gut untersuchte und leitliniengestützte Behandlungsoption [7, 9, 14]. Bei Nähe zum saphenofemorale oder saphenopopliteale Übergang ist das Risiko einer Ausbreitung erhöht; in dieser

Situation ist eine therapeutische Antikoagulation wie bei einer TVT erforderlich.

Interessenkonflikt

Vortragstätigkeit für Viatrix

Literatur:

1. Frappé P, Buchmüller-Cordier A, Bertoletti L, Bonithon-Kopp C, Couzan S, Lafond P, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEP community-based study. *J Thromb Haemost* 2014; 12: 831–8.
2. Geersing GJ, Cazemier S, Rutten F, Fitzmaurice DA, Hoes AW. Incidence of superficial venous thrombosis in primary care and risk of subsequent venous thromboembolic sequelae: a retrospective cohort study performed with routine healthcare data from the Netherlands. *BMJ Open* 2018; 8: e019967.
3. Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier MT, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med* 2010; 152: 218–24.
4. Galanaud JP, Genty C, Sevestre MA, Brisot D, Lausacker M, Gillet JL, et al. Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic recurrence in case of superficial venous thrombosis. The OPTIMEV study. *Thromb Haemost* 2011; 105: 31–9.
5. Di Minno MND, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost* 2016; 14: 964–72.
6. Bauersachs R, Gerlach HE, Heinken A, Hoffmann U, Langer F, Noppeney T, et al. Management and outcomes of patients with isolated superficial vein thrombosis under real life conditions (INSIGHTS-SVT). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2021; 62: 241–9.
7. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med* 2010; 363: 1222–32.
8. Blin P, Sevestre MA, Pouchain D, Gillet JL. Management and 3-month outcomes of isolated superficial vein thrombosis of the lower limb: a real-world cohort study. *Thromb Res* 2017; 157: 1–6.
9. Linnemann B, Bauersachs R, Doenst T, Erbel C, Isfort P, Janssens U, et al. Diagnostics and therapy of venous thrombosis and pulmonary embolism. The revised AWMF S2k guideline. *Vasa* 2023; 52 (Suppl 111): 1–96.
10. Schamroth Pravda M, Yehuda D, Schamroth Pravda N, Krashin E. Risk factors for superficial thrombophlebitis: a retrospective case control study. *Isr Med Assoc J* 2022; 25: 847–50.
11. Piazza G, Krishnathasan D, Hamade N, Ujueta F, Scimeca G, Ortiz-Rios MD, et al. Superficial vein thrombosis: a review. *JAMA* 2025; 334: 2020–30.
12. Díez-Vidal A, Gómez López J, Rodríguez Fuertes P, et al. Superficial vein thrombosis and its relationship with malignancies: a prospective observational study. *J Thromb Thrombolysis* 2024; 57: 650–7.
13. Prandoni P, Casiglia E, Tikhonoff V, Leizorovicz A, Decousus H, Calisto Investigators. The risk of subsequent cancer and arterial cardiovascular events in patients with superficial vein thrombosis in the legs. *Blood* 2011; 118: 4719–22.
14. Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, Bauersachs R, Bellmunt-Montoya S, Black SA, et al. Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2021; 61: 9–82.
15. Wiegers HMG, Körmendiné Farkas D, Horváth-Puhó E, Middeldorp S, van Es N, Sørensen HT. Incidence and prognosis of superficial vein thrombosis during pregnancy and the post-partum period: a Danish nationwide cohort study. *Lancet Haematol* 2023; 10: e359–66.
16. Gaukroger PB, Roberts JG, Manners TA. Infusion thrombophlebitis: a prospective comparison of 645 Vialon and Teflon cannulae in anaesthetic and postoperative use. *Anaesth Intensive Care* 1988; 16: 265–71.
17. van Royen FS, van Smeden M, van Doorn S, Rutten FH, Geersing GJ. Predictive factors of clot propagation in patients with superficial venous thrombosis towards deep venous thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2024; 14: e079692.
18. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JJ, Jersemann K, et al. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol* 2017; 4: e105–13.
19. Cosmi B, Filippini M, Tonti D, Avruscio G, Ghirarduzzi A, Bucherini E, et al. A randomized double-blind study of low-molecular-weight heparin (parnaparin) for superficial vein thrombosis: STEFLUX. *J Thromb Haemost* 2012; 10: 1026–35.
20. Di Nisio M, Wickers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 2: CD004982.
21. Superficial Thrombophlebitis Treated by Enoxaparin Study Group. A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1657–63.
22. Lozano FS, Almazan A. Low molecular weight heparin versus a nonsteroidal anti-inflammatory agent in the treatment of superficial thrombophlebitis: a prospective study. *J Vasc Surg* 2003; 38: 134–9.
23. Prandoni P, Tormene D, Pesavento R, Iorio A, Bova C, Milan M, et al. High vs low doses of low-molecular-weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double-blind, randomized trial. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 1152–7.
24. Di Nisio M, Camporese G, Micco PD, Martini R, Ageno W, Prandoni P, et al. Treatment of superficial vein thrombosis: recent advances, unmet needs and future directions. *Healthcare (Basel)* 2024; 12: 1517.

Relevanz für die Praxis

Die OVT ist eine relevante Manifestation der venösen Thromboembolie und nicht als harmlose, rein entzündliche Erkrankung zu betrachten.

Jede vermutete OVT sollte mittels farbkodierter Duplexsonographie abgeklärt werden; dabei müssen Thrombusausdehnung, Abstand zum tiefen Venensystem und der Zustand der tiefen Venen dokumentiert werden.

Bei isolierter OVT der unteren Extremität von mindestens 5 cm Länge und einem Abstand von mehr als 3 cm zum tiefen Venensystem ist Fondaparinux 2,5 mg einmal täglich über 45 Tage die Therapie mit der besten Evidenz.

Bei einer OVT weniger als 3 cm von der Einmündung in das tiefe Venensystem oder bei begleitender TVT ist eine therapeutische Antikoagulation für mindestens drei Monate angezeigt.

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