

Therapie der tiefen Venenthrombosen

Antikoagulieren, komprimieren, mobilisieren

Venenthrombosen sind vermutlich viel häufiger als angenommen. Jeder klinische Verdacht sollte innerhalb von 24 Stunden abgeklärt werden. Wird eine tiefe Becken- oder Beinvenenthrombose (TVT) diagnostiziert, können Sie als Hausarzt die Patienten in der Regel ambulant weiterbehandeln. Als Grundprinzip der Therapie ist neben Antikoagulation und Kompression längst auch die Mobilisation etabliert.

KLAUS SCHRADER

Nach dem Ergebnis einer Autopsiestudie in England aus dem Jahr 1985 werden TVT sehr oft übersehen: Nur 3 Prozent der bei den Untersuchten gefundenen Thrombosen waren zu Lebzeiten bekannt, berichtete Dr. med. Klaus Schrader aus Hof/Saale während der «practica 2005» in Bad Orb. Zum Schutz der Patienten vor gefährlichen Komplikationen ist das rechtzeitige Erkennen von Venenthrombosen ebenso wichtig wie die Vorbeugung.

Antikoagulation nicht nur vor der Operation

Eine Heparin-Prophylaxe ist bei chirurgischen und orthopädischen Patienten wegen des deutlich erhöhten Thromboserisikos Routine. Aber auch bei nicht chirurgischen Risikopatienten, die durch eine akute Erkrankung immobil werden, sollte eine Primärprophylaxe individuell erwogen werden, sagte Schrader.

«Wenn ein Patient mindestens einen Risikofaktor für eine Thrombose hat», etwa hohes Alter, Tumor in der Anamnese

Merksätze

- Jeder Thromboseverdacht ist innerhalb von 24 Stunden abzuklären.
- Wenn ein Patient mindestens einen Risikofaktor für eine Thrombose hat und zum Beispiel wegen einer exazerbierten COPD immobil wird, steigt das Thromboserisiko drastisch.
- In etlichen Untersuchungen wurde bereits belegt, dass das Risiko einer fatalen Lungenembolie bei ambulant behandelten TVT-Patienten minimal ist.
- Ohne Bewegung funktioniert die Kompression nicht.
- Vor einer geplanten Operation sollten orale Antikoagulationen mindestens sechs Tage abgesetzt werden, und die Therapie sollte vorübergehend mit einem niedermolekularen Heparin überbrückt werden.
- Kompressionsstrümpfe sollten nach einer TVT mindestens fünf Jahre getragen werden

oder bekannte Thrombophilie, «und zum Beispiel wegen einer exazerbierten COPD immobil wird, steigt das Thromboserisiko drastisch.» Dann sollte an eine vorübergehende Antikoagulation gedacht werden.

Wie verlässlich ist der Befund?

Anamnese und körperliche Untersuchung reichen zur Abklärung eines Verdachts auf Venenthrombose nicht aus. Denn Symptome wie Ödeme, Schmerzen, Spannungsgefühl oder verstärkte Venenzeichnung und so genannte klinische Früherkennungszeichen (Payr, Bisgaard, etc.) sind ausgesprochen unspezifisch. Klinische Scores zur Beurteilung der TVT-Wahrscheinlichkeit wie der Wells-Score (*Tabelle*), in den Anamnesebefunde und Symptomatik einfließen, können aber das diagnostische Prozedere vereinfachen. Ab zwei Score-Punkten

betrage die TVT-Wahrscheinlichkeit 70 Prozent und mehr, sagte Schrader. Zu beachten ist, dass selbst bei 0 Punkten immer noch bis zu 5 Prozent der Patienten eine Venenthrombose haben können.

Ist die klinische Wahrscheinlichkeit nach dem Wells-Score nicht hoch (höchstens 1 Score-Punkt), kann als nächster Schritt die Konzentration von D-dimeren Spaltprodukten von Fibrin im Blut bestimmt werden, zum Beispiel mit einem Bedside-Test. Bei negativem Ergebnis sei ziemlich sicher, dass der Patient in den letzten zehn Tagen keine Thrombose hatte, so Schrader. Ein positiver Test beweist hingegen noch keine Venenthrombose, da es auch andere Ursachen geben kann.

Im Zweifel Duplex-Sonografie

Bei Patienten mit positivem D-Dimer-Test sollte ebenso wie bei allen Patienten mit hoher klinischer TVT-Wahrscheinlichkeit eine Kompressions- oder Duplex-Sonografie erfolgen. Bei negativem Befund gilt die TVT als ausgeschlossen, bei positivem Befund sollte man sofort die Therapie beginnen, und bei nicht eindeutigen Befund wird zur definitiven Abklärung die Phlebografie eingesetzt.

«Jeder Thromboseverdacht ist innerhalb von 24 Stunden abzuklären», betonte Schrader. Die Reihenfolge der Diagnostik sollte nach Verfügbarkeit entschieden werden. «Wenn ausnahmsweise weder Ultraschalldiagnostik noch Phlebografie zur Verfügung stehen, ist eine antikoagulatorische Behandlung, die sich an den klinischen Befunden und der Wahrscheinlichkeit einer TVT orientiert, bis zur Komplettierung der Diagnostik zu verantworten», heisst es in der neuesten Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie aus dem Jahr 2005 (Phlebologie 2005; 34: 41–58). Zur Sicherheit sollten ausserdem Kompressionsverbände oder, wenn das Bein noch nicht so geschwollen ist, Kompressionsstrümpfe angelegt werden.

Immobilisation ist out

Bei der Therapie von Patienten mit nachgewiesener TVT hat ein Umdenken stattgefunden. Die früher propagierte rasche Klinik-einweisung und Immobilisation der Patienten ist überholt. Bis zu 90 Prozent der Patienten könnten, unabhängig von der Lokalisation der TVT, ambulant behandelt werden, und zwar mit mindestens so gutem Ergebnis wie in der Klinik, sagte Schrader. Als Voraussetzungen für die ambulante Therapie nannte der Phlebologe:

- Die TVT-Diagnose ist morphologisch gesichert
- Der Patient hat keine schweren Symptome einer Lungenembolie oder Rechtsherzinsuffizienz
- Eine restitutive Behandlung (Lyse oder Operation) ist unmöglich oder wird abgelehnt
- Der Patient ist nicht bewegungseingeschränkt und für eine Kompressionstherapie geeignet
- Die Behandlung zu Hause ist gewährleistet (Patient steht nicht alleine oder ist nicht sehr ängstlich)
- Der Patient ist informiert und kooperativ.

«Man muss sich von dem Gedanken freimachen, dass eine ambulante Therapie riskant ist», betonte Schrader. In etlichen Untersuchungen wurde bereits belegt, dass das Risiko einer fatalen Lungenembolie bei ambulant behandelten TVT-Patienten minimal ist. Zudem werden bei einer ambulanten Behandlung etwa zwei Drittel der Kosten einer stationären Behandlung gespart.

Mit der antikoagulatorischen Behandlung und der Kompressionstherapie sollte nach dem Nachweis einer TVT sofort begonnen werden. Standardmässig wird zunächst für mindestens sechs Tage ein niedermolekulares Heparin (NMH) verabreicht, bis der INR-Wert bei über 2 liegt. Parallel dazu werden in der Regel ab dem ersten Tag orale Antikoagulanzen (Phenprocoumon, Warfarin) eingenommen, und zwar immer abends. «Zwischen der NMH-Spritze und der Einnahme der Antikoagulanzen sollten mindestens sechs Stunden liegen», sagte Schrader. Der Ziel-INR beträgt 2 bis 3. Bei einem INR zwischen 1,5 und 2 sei das Blutungsrisiko genauso hoch wie bei einem höheren INR, aber der Schutz vor einem Thromboserezidiv deutlich geringer, so der Phlebologe.

Tabelle:
Bestimmung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer tiefen Venenthrombose

Klinische Charakteristiken	Score	Bewertung
■ Aktives Malignom	1	
■ Lähmung oder kürzliche Immobilisation der Beine (z.B. Gips)	1	
■ Bettruhe (> 3 Tage); grosse Chirurgie (< 12 Wochen)	1	
■ Schmerz/Verhärtung entlang der tiefen Venen	1	
■ Schwellung des ganzen Beines	1	
■ US-Schwellung > 3 cm gegenüber Gegenseite	1	
■ Eindrückbares Ödem am symptomatischen Bein	1	
■ Oberflächliche Kollateralvenen (nicht varikös)	1	
■ Frühere dokumentierte TVT	1	
■ Alternative Diagnose mindestens genauso wahrscheinlich wie eine tiefe Venenthrombose	-2	
Score > 2: TVT wahrscheinlich	Summe	
Score < 2: TVT unwahrscheinlich		

Wells P.S. et al.: NEJM 2003, 349: 1227–1235.

Vorsicht bei Thrombophlebitis!

Patienten mit Venenentzündungen sollten genauso wie Thrombosepatienten behandelt werden, sagte Klaus Schrader. Denn bei bis zu 65 Prozent der Patienten ist die Venenentzündung mit einer TVT verbunden.

Ist die Thrombophlebitis an einem Seitenast am Unterschenkel lokalisiert, empfiehlt der Phlebologe eine prophylaktische Behandlung mit Heparin über einige Tage. Haben die Patienten zusätzliche Risikofaktoren für eine Thrombose, sollte Heparin in therapeutischer Dosis für vier bis sechs Wochen eingesetzt werden. Eine Umstellung auf eine orale Antikoagulation ist in diesem Zeitraum nicht unbedingt notwendig.

Ist die Saphena magna betroffen, sollte über drei Monate eine orale Antikoagulation erfolgen.

Kompression erfordert Bewegung

Genauso wichtig wie eine effiziente Antikoagulation sind Kompression und Mobilisation. Bereits am ersten Tag sollten die Patienten drei Spaziergänge machen und ab dem zweiten Tag mindestens 90 Minuten täglich gehen. «Ohne Bewegung funktioniert die Kompression nicht», sagte Schrader. Die Kompressionsbehandlung verringert Schmerzen und Schwellung und führt eventuell zu einem rascheren Abbau der Thrombose. Gemäss Studien wird durch eine Kompression nach einer ersten proximalen TVT die Inzidenz des postthrombotischen Syndroms um etwa 50 Prozent verringert. Bei den meisten Patienten reicht eine Wadenkompression aus, sagte Schrader. Kompressionsstrümpfe sollten über Nacht ausgezogen werden. Verbände sind Alternativen, wenn Strümpfe nicht angewandt werden können.

Wie lange antikoagulieren?

Nicht eindeutig geklärt ist, wie lange Patienten mit einer TVT antithrombotisch behandelt werden sollten. Nach evidenzbasierten klinischen Studien reicht bei sehr kleinen kruralen TVT eine kurzzeitige Behandlung mit NMH aus, bis die Thrombose in der Sonografie nicht mehr zu sehen ist. Bei Patienten mit isolierter distaler TVT wird eine Antikoagulation über mindestens sechs Wochen, bei sekundärer proximaler TVT über drei bis sechs Monate und bei Lungenembolie und idiopathischer proximaler TVT über sechs bis zwölf Monate empfohlen. Bei Rezidivthrombosen sollte über mindestens zwölf Monate und bei persistierendem Risiko (aktives Malignom, Thrombophilie) dauerhaft behandelt werden. Kompressionsstrümpfe sollten nach einer TVT mindestens fünf Jahre getragen werden, sagte Schrader.

Nicht vergessen: Orale Antikoagulanzen sollten mindestens sieben bis neun Tage vor einer geplanten Operation abgesetzt werden, und die Therapie sollte vorübergehend mit NMH überbrückt werden. ■

Dr. med. Klaus Schrader

Facharzt für Allgemeinmedizin, Phlebologie

D-95028 Hof

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 5/2006. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Korrigendum

Ein Beitrag im Pharma Forum in ARS MEDICI 15/06, S. 742, erschien mit einem Fehler im Titel. Die korrekte Schreibweise des Titels lautet:

**«Non-Hodgkin-Lymphom:
Maintenance Therapie mit Rituximab»**

Wir bitten um Nachsicht.

Die Redaktion