

Thrombophlebitis nicht unterschätzen!

Bei oberflächlichen Venenentzündungen ist Vorsicht geboten

Die Gefahr einer Thrombophlebitis, einer oberflächlichen Entzündung der Venen, wird immer noch unterschätzt. Mal ist sie nur eine lokal begrenzte Entzündung und verschwindet so, wie sie aufgetreten ist, mal wird sie von einer tiefen Beinvenenthrombose begleitet und ist damit potenziell lebensbedrohlich. Solange wir nicht das Gegenteil beweisen können, sollten wir immer von einer bedrohlichen Erkrankung ausgehen.

René Holzheimer

Im Allgemeinen fällt bei der Thrombophlebitis ein derber, schmerzhafter, geröteter und erwärmter Strang auf, meist liegt eine varikös veränderte Vene zugrunde (*Abbildung 1*). Die Vena saphena magna ist häufiger betroffen als die Vena saphena parva und diese häufiger als isolierte Venenseitenäste. Die Thrombusausdehnung wird bei der klinischen Untersuchung oft unterschätzt (*Abbildung 2*). Erst seit Einführung der Farbduplexsonografie ist es möglich, bei einer Thrombophlebitis die Ausdehnung der Entzündung, einen frei flottierenden Thrombus sowie einen Reflux oder eine Stase zu erkennen.

Die Ursachen der Thrombophlebitis ähneln denen der tiefen Beinvenenthrombose (TVT). Stase, Reflux, Krampfadern, Bettruhe, Gefäßverletzungen, Schwangerschaft und Geburt, Hormonbehandlung, frühere Thrombosen und vor allem orthopädische Operationen an Knie und Hüfte begünstigen das Auftreten der Thrombophlebitis (10, 11, 22).

Venenentzündungen treten zudem bei bestimmten Erkrankungen wie M. Behcet, M. Buerger und Mondor-Erkrankungen auf. Zudem können Infusionen und Infektionen Venenentzündungen verursachen (27).

MERKSÄTZE

- ❖ Meist liegt der Thrombophlebitis eine varikös veränderte Vene zugrunde.
- ❖ Bei bis zu 24 Prozent der Thrombophlebitispatienten besteht eine von aussen nicht erkennbare tiefe Beinvenenthrombose.

Lokalisationen und Vorkommen

Die oberflächliche Venenentzündung wird in vorher nicht veränderten Venen (Thrombophlebitis) und in varikös veränderten Venen (Varikophlebitis) beobachtet. Eine Sonderform der Varikophlebitis ist die ascendierende Varikophlebitis (*Abbildung 3* und *4*) der Vena saphena magna/parva. Dabei kann die Entzündung respektive der Thrombus noch nicht die Mündungsklappe erreicht haben (Stadium I), die Mündungsklappe erreicht haben (Stadium II), die tiefen Venen erreicht haben (Stadium III) beziehungsweise über insuffiziente Perforansvenen bis in das tiefe Venensystem reichen (Stadium IV) (33).

Rezidive der Thrombophlebitis treten häufiger bei Gerinnungsdefekten (Protein S, Faktor VIII u. a.) auf (6, 13, 14, 28). Es gibt jahreszeitliche Schwankungen beim Vorkommen der Thrombophlebitis – im Sommer hat sie Hochkonjunktur. Bei 8,6 bis 24 Prozent der Patienten besteht eine von aussen nicht erkennbare TVT, davon können bis zu 28 Prozent der Betroffenen an einer Lungenembolie erkranken (22, 30).

Patienten mit einer Erstmanifestation einer Thrombophlebitis und einer Thromboembolie erkranken leichter erneut (28). Ausgangspunkt ist oft die Vena saphena magna (32), die Thrombophlebitis erscheint seltener in nicht varikös veränderten Venen (15). Patienten mit Krampfadern sollten vor laparoskopischen beziehungsweise orthopädischen Operationen an Knie und Hüfte vor dem Eingriff untersucht werden. Laparoskopische Operationen mit erhöhtem Druck im Bauchraum und spezieller Lagerung können Ursache aufsteigender Thrombophlebitiden sein (16).

Schliesslich sind die Differenzialdiagnosen zu beachten (26, 27):

- ❖ Tropenerkrankung (Filariasis)
- ❖ Drogenmissbrauch
- ❖ Erysipel
- ❖ Erythema nodosum
- ❖ Zellulitis
- ❖ Lymphangitis
- ❖ Sarkoidose
- ❖ kutane Polyarthrit nodosa
- ❖ Pseudothrombophlebitis bei HIV.

Diagnostik

Anamnese und klinische Befunderhebung gehen Hand in Hand. Laboruntersuchungen wie Blutbild, Gerinnungsstatus und gegebenenfalls D-Dimer-Test sind Standard. Farbduplexsonografie (Reflux, Stase) und Kompressionssonografie sind führend in der Diagnostik und wichtig für die Entscheidung, welche Therapie erfolgen soll. Die Phlebografie

Fotos: René Holzheimer



Abbildung 1: Thrombophlebitis der Vena saphena magna am Knie

sollte nur bei speziellen Fragestellungen erfolgen (5, 18, 24, 25). Die Thrombophlebitis oberhalb des Knies und/oder nach operativen Eingriffen muss besonders engmaschig überwacht werden (TVT, ascendierende Thrombophlebitis) (29).

Therapie

Die Behandlung der oberflächlichen Venenentzündung wird meist symptomatisch, also mit antientzündlichen Substanzen und Schmerztherapie, durchgeführt. Früher musste man das Bett hüten, heute ist bei Kompression Bewegung angesagt, allerdings keine sportliche Belastung (4, 7).



Abbildung 2: Langstreckiger Thrombus der Vena saphena magna



Abbildung 3 und 4: Ascendierende Thrombophlebitis der Vena saphena magna mit Befall der Krosse



Abbildung 5: Thrombosierter Varixknoten



Abbildung 6: Präparat der Vena saphena magna

Dabei kommen flottierende Thromben bei 11 Prozent der operierten Patienten vor, ein Thrombus in der Mündung der Vena saphena magna bei 33 Prozent und in der Mündung der Vena saphena parva bei 43 Prozent (20). Eine Lungenembolie nach Venenoperationen ist dennoch selten (17). Zu beachten ist, dass die TVT sowohl auf der Seite der Thrombophlebitis als auch im nicht betroffenen Bein auftreten kann (2).

Die Lokalisation der Thrombophlebitis (Oberschenkel, Krossenmündung) spielt eine entscheidende Rolle für die Art der Therapie. Stadium I und IV der ascendierenden Varikophlebitis können zunächst konservativ behandelt werden, bei Stadium II und III sollte auch an eine dringliche Operation beziehungsweise Notfalloperation gedacht werden (33). Die Thrombophlebitis im Mündungsbereich der Vena saphena beziehungsweise im Oberschenkel sollte immer auch mit NMH behandelt werden (19). Thromboembolische Komplikationen, auch bei operativen Eingriffen, können so verhindert werden (1, 8, 31, 32).

Ein Varixknoten lässt sich gut in Lokalanästhesie mit einer Inzision und Exprimieren des Thrombus behandeln (Abbildung 5). Da die Thrombophlebitis bei Krampfadern erneut auftreten kann, sollte die Entfernung der Ursache (Krampfadern) je nach Befund empfohlen werden (23) (Abbildung 6). Die Frage, wie lange man bei bestehender Thrombose beziehungsweise frei flottierendem Thrombus behandeln soll, ist nicht völlig entschieden. Auch eine Therapieverlängerung kann Risiken umfassen. Je nach Befund (Seitenast) und Zustand des Patienten kann eine Therapie mit NMH allein versucht werden. Die Antibiotikagabe wird nur bei eitriger Thrombophlebitis beziehungsweise Lymphangitis empfohlen (7, 11, 12).

Die besonderen Erkrankungsformen der Thrombophlebitis wie zum Beispiel die Mondor-Thrombophlebitis, eine Entzündung der oberflächlichen Venen der Brust nach Trauma, Anstrengung, Operation und selten Tumor, erfahren je nach Befund meist eine symptomatische Behandlung (9). Die Thrombophlebitis der oberen Extremitäten, meist durch Braunülen oder Drogenabusus verursacht, wird bei Infektion mit Antibiotika und gegebenenfalls Wundsanierung beherrscht. Durch tägliche Pflege der Einstichstelle (Braunüle) lassen sich Entzündungen vermeiden (21).

Fazit

Die Thrombophlebitis ist wie ein Chamäleon – sie zeigt sich uns in unterschiedlichen Farben. Wenn sie von einer TVT begleitet wird, kann sie lebensbedrohlich werden. Die Untersuchung erfolgt mit Farbduplexsonografie – bei Bedarf engmaschig! Behandelt wird je nach Lokalisation und Ausdehnung konservativ mit Kompression, antientzündlichen und antithrombotischen Substanzen sowie chirurgisch. ❖

Prof. Dr. med. René Holzheimer
 Facharzt für Chirurgie – Sportmedizin
 Praxisklinik Sauerlach, D-82054 Sauerlach

Interessenkonflikte: keine deklariert.

Literatur unter www.arsmedici.ch

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 19/2014. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Literatur:

1. Ascer E et al.: Preliminary results of a nonoperative approach to saphenofemoral junction thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1995; 22(5): 616–621.
2. Belcaro G et al.: Superficial thrombophlebitis of the legs: a randomized, controlled follow-up study. *Angiology* 1999; 50(7): 523–529.
3. Bergqvist D et al.: Treatment of superficial thrombophlebitis. A comparative trial between placebo, Hirudoid cream and piroxicam gel. *Ann Chir Gyn* 1990; 79(2): 92–96.
4. Blumenberg RM et al.: Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1998; 27(2): 338–343.
5. Bounameaux H, Reber-Wasem MA: Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis: a controversial association. *Arch Intern Med* 1997; 157(16): 1822–1824.
6. de Godoy JM et al.: Superficial thrombophlebitis and anticardiolipin antibodies – report of association. *Angiology* 2001; 52(2): 127–129.
7. Cesarone MR, Belcaro G, Agus G et al.: Management of superficial vein thrombosis and thrombophlebitis: status and expert opinion document. *Angiology* 2007; 58(Suppl 1): 7S–14S.
8. Chengelis DL et al.: Progression of superficial venous thrombosis to deep vein thrombosis. *J Vasc Surg* 1996; 24(5): 745–749.
9. Conant EF et al.: Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease): mammographic findings. *AJR* 1993; 160(6): 1201–1203.
10. Daly E et al.: Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348 (9033): 972.
11. Decousous H, Leizorovicz A: Superficial thrombophlebitis of the legs: still a lot to learn. *J Thromb Haemost* 2005; 3(6): 1149–1151.
12. DiNisio M et al.: Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD004982.
13. Engesser L et al.: Hereditary protein S deficiency: clinical manifestations. *Am Intern Med* 1987; 106(5): 677–682.
14. de Godoy JM, Braile DM: Protein S deficiency in repetitive superficial thrombophlebitis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2003; 9(1): 61–62.
15. Gillet JL et al.: Superficial thrombophlebitis in non varicose veins of the lower limbs. A prospective analysis in 42 patients. *J Mal Vasc* 2004; 29(5): 263–272.
16. Holzheimer RG: Laparoscopic procedures as a risk factor of deep venous thrombosis, superficial ascending thrombophlebitis and pulmonary embolism – case report and review of the literature. *Eur J Med Res* 2004; 9(9): 417–422.
17. Husni EA, Williams WA: Superficial thrombophlebitis of lower limbs. *Surgery* 1982; 91(1): 70–74.
18. Jorgensen JO et al.: The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs. *J Vasc Surg* 1993; 18(1): 70–73.
19. Kalodicki E: Superficial thrombophlebitis and low-molecular-weight heparins. *Angiology* 2002; 53(6): 659–663.
20. Krause U et al.: Prevention of deep venous thrombosis associated with superficial thrombophlebitis of the leg by early saphenous vein ligation. *Vasa* 1998; 27(1): 34–38.
21. Smallman L et al.: The effect of skin preparation and care on the incidence of superficial thrombophlebitis. *Br J Surg* 1980; 67(12): 861–862.
22. Levine MN et al.: The thrombogenic effect of anticancer drug therapy in women with stage II breast cancer. *N Engl J Med* 1988; 318(7): 404–407.
23. Lofgren EP, Lofgren KA: The surgical treatment of superficial thrombophlebitis. *Surgery* 1981; 90(1): 49–54.
24. Lutter KS et al.: Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. *Surgery* 1991; 110(1): 42–46.
25. Pulliam CW et al.: Venous duplex scanning in the diagnosis and treatment of progressive superficial thrombophlebitis. *Ann Vasc Surg* 1991; 5(2): 190–195.
26. Samlaska CP, James WD: Superficial thrombophlebitis. I. Primary hypercoagulable states. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22 (6 Pt 1): 975–989.
27. Samlaska CP, James WD: Superficial thrombophlebitis. II. Secondary hypercoagulable states. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23(1): 1–18.
28. Schönauer V et al.: Superficial thrombophlebitis and risk for recurrent venous thromboembolism. *J Vasc Surg* 2003; 37(4): 834–838.
29. Skillman JJ et al.: Simultaneous occurrence of superficial and deep thrombophlebitis in the lower extremity. *J Vasc Surg* 1990; 11(6): 818–824.
30. Sobreira ML et al.: Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in superficial thrombophlebitis of the lower limbs: prospective study of 60 cases. *Int Angiol* 2009; 28(5): 400–408.
31. The 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(14): 1657–1663.
32. Verlato F et al.: An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1999; 30(6): 1113–1115.
33. Verrel F et al.: Stage-adapted therapy concept in ascending thrombophlebitis. *Zentralbl Chir* 2001; 126(7): 531–536.