

Aktualisierte Fassung

W. Blättler, B. Bulling,
T. Hertel, E. Rabe

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Thrombophlebitis superficialis*

Präambel

Leitlinien sind systematisch erarbeitete Empfehlungen, um den Kliniker und Praktiker bei Entscheidungen über eine angemessene Versorgung des Patienten im Rahmen spezifischer klinischer Umstände zu unterstützen. Leitlinien gelten für »Standardsituationen« und berücksichtigen die aktuellen, zu den entsprechenden Fragestellungen zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse. Leitlinien bedürfen der ständigen Überprüfung und eventuell der Änderung auf dem Boden des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und der Praktikabilität in der täglichen Praxis. Durch die Leitlinien soll die Methodenvfreiheit des Arztes nicht eingeschränkt werden. Ihre Beachtung garantiert nicht in jedem Fall den diagnostischen oder therapeutischen Erfolg. Leitlinien erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Entscheidung über die Angemessenheit der zu ergreifenden Maßnahmen trifft der Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Problematik.

Definition und pathologische Anatomie

Für die zu besprechende klinische Problematik werden folgende Begriffe verwendet: Phlebitis superficialis, Thrombophlebitis superficialis, Varikophlebitis, Varikothrombose.

Das klinische Bild ist charakterisiert durch die Schwellung, Verhärtung und Schmerzhaftigkeit eines entzündeten Segmentes einer oberflächlichen Vene. Diese Entzündung der Venenwand kann primär und erheblich, eventuell »spezifisch« sein, wobei der Thrombus dann sekundär und klein sein oder gar fehlen kann. Umgekehrt kann der Thrombus im Lumen das primäre Problem darstellen und die Entzündung der Wand kann sekundär und diskret ausfallen. Im ersten Fall wird man von einer Phlebitis superficialis sprechen und bei Bedarf Attribute wie *migrans* oder *saltans* verwenden. Im anderen Fall wird man den Begriff Varikothrombose anwenden und die klinischen Begleitumstände im Sinne einer Komplikation einer primären Varikose oder eines postthrombotischen Syndromes beschreiben (1). Es ist davon auszugehen, daß Thromben in oberflächlichen Venen und Varizen in gleicher Weise wie Thromben in tiefen Venen und chronisch verschlossenen Arterien an Fibrin adsorbiertes Thrombin enthalten (2). Dieses Thrombin ist für das Wachstum der Thrombose verantwortlich (3) und behält seine enzymatische Aktivität solange bei, bis der Thrombus organisiert ist (4). Weil fibringebundenes Thrombin durch Heparin und Antithrombin III weniger gut erreicht wird, sind hohe Heparindosen zur Neutralisierung notwendig (5).

Klinische Diagnostik

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, daß die Phlebitis superficialis und Varikothrombose zu unterschiedlichen nosologischen Einheiten gehören und eine unterschiedliche Behandlung erfordern (1, 6). Die Diagnostik muß deswegen darauf gerichtet sein herauszufinden, ob der entzündliche oder der thrombotische Prozeß im Vordergrund steht. Die Anamnese und klinische Untersuchung des Patienten wird diese Unterscheidung im allgemeinen ermöglichen. Die Phlebitis superficialis betrifft einen Patienten ohne ausgeprägte Varikose und chronisch-venöse Insuffizienz, aber eventuell mit einer Systemkrankheit. Die bei Phlebitis superficialis zu treffenden weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen gezielt indiziert werden und können bei fehlender Einheitlichkeit der Problematik nicht Gegenstand von Leitlinien sein. Die Varikothrombose demgegenüber betrifft Patienten mit einer oft vernachlässigten primären Varikose oder einem offensichtlichen postthrombotischen Syndrom. Diese Leitlinien betreffen diese klinische Problematik.

Die **Diagnostik bei Verdacht auf Varikothrombose** muß darauf zielen, das Ausmaß des thrombotischen Prozesses eindeutig zu erfassen. Verschiedene Studien haben nämlich ergeben, daß die Varikothrombose bei gut einem Drittel der Patienten mit einer Beteiligung der tiefen Venen einhergeht (7–11). Zum einen kennt man das häufigere Problem des Einwachsens oberflächlicher Thromben in die tiefen Venen und zum andern das Vorhandensein autochthon entstandener, meist kleinerer Thromben in den

* Diese Leitlinien wurden im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) ausgearbeitet und vom Vorstand und dem Wissenschaftlichen Beirat der DGP am 16. Juni 1996 verabschiedet (Erstpublikation: Phlebologie 1996; 25: 197–8). Diese Leitlinien berücksichtigen den aktuellen Stand der Literatur, jedoch nicht die in jedem Land unterschiedlichen Zulassungsbestimmungen für verschiedene Pharmaka. Zuletzt aktualisiert am 28. 2. 1998

Muskel- und Leitvenen des Unterschenkels. Die Bedeutung dieser Thromben, z. B. für die Entstehung der sekundären Leitveneninsuffizienz, ist nicht untersucht. Klinisch diagnostizierbare, große Thrombosen sind selten (12). Klinisch asymptomatische Lungenembolien sind häufig (13), doch sind auch katastrophale Verläufe durch massive Embolien beschrieben (14, 15).

Die **klinische Abklärung** bezüglich einer Beteiligung der tiefen Venen ist sinnvoll. Nach bisheriger Erfahrung schließt das gleichzeitige Fehlen von Risikofaktoren für tiefe Venenthrombose und einer Symptomatik im Bereich der Wade des betroffenen Beines eine Beteiligung der tiefen Venen wahrscheinlich aus (11). Die Varikothrombose reicht häufig viel weiter als die klinisch erkennbare Entzündung. Die immer durchzuführende sorgfältige Palpation des Varizenstammes erlaubt häufig, aber nicht zuverlässig genug, diese Tatsache zu diagnostizieren. Bei Verdacht auf ascendierende Varikothrombose, bei einem Palpationsschmerz außerhalb der entzündeten Stelle oder anderem Verdacht auf TVT ist eine definitive Diagnostik vorzunehmen.

Zur Diagnostik des Einwachsens oberflächlicher Thromben ins tiefe System eignet sich der Duplexscanner hervorragend. Bei der Phlebographie können kleine einwachsende Thromben eventuell übersehen werden. Umgekehrt sind die autochthon entstandenen Thromben in den tiefen Venen oft sehr klein und deswegen durch die Duplexsonographie nur durch exakte Untersuchung oder überhaupt nicht zu diagnostizieren. Im Zweifelsfall ist deswegen eine Phlebographie indiziert.

Therapie bei Varikothrombose

Eine kurzstreckige Varikothrombose kann bei Fehlen von Hinweisen auf eine Beteiligung tiefer Venen durch lokale Maßnahmen allein behandelt werden. Die Kompressionstherapie steht im Vordergrund. Im allgemeinen werden Kompressionsverbände angelegt werden. Lokale physikalische Maß-

nahmen (Kälte, Alkoholwickel) und pharmakologische Maßnahmen (heparinhaltige Cremes und Gele) sind üblich. Die orale Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika hat einen palliativen Wert, die intramuskuläre Injektion solcher Medikamente ist aber zu unterlassen, da sie eine eventuell später doch notwendige Thrombolyse oder Heparinbehandlung kompromittieren würde.

Betrifft die Varikothrombose einen größeren Varizenabschnitt, so sollte, besteht eine Beteiligung der tiefen Venen, so muß der Patient mit Heparin und überlappend mit oralen Antikoagulanzen behandelt werden. Dabei ist konventionelles oder niedermolekulares Heparin sofort und in therapeutischer Dosierung einzusetzen. Die Modalitäten dieser Behandlung werden in den Leitlinien zur tiefen Venenthrombose beschrieben.

In allen dazu geeigneten Fällen soll die Varikothrombose durch eine Stichinzision entfernt werden. Diese Maßnahme ist nicht nur bezüglich der Symptomatik äußerst wirksam, sondern sie eliminiert auch große Teile des Thrombus und damit eine Ursache für das weitere Wachstum der Varikothrombose.

In ausgewählten Fällen und nach Ausschluß einer autochthonen tiefen Venenthrombose kann es sinnvoll sein, eine operative Behandlung durchzuführen (16). Eine solche Intervention beseitigt das Risiko der ascendierenden Beckenvenenthrombose und von Lungenembolien. Eine postoperative Antikoagulation wird individuell indiziert.

Nachbehandlung und Verlauf

Die Varikothrombose kann zu einer »Spontanelimination« der Varize führen. Ist dies nicht oder unvollständig der Fall, so soll eine exakte phlebologische Abklärung im Hinblick auf eine radikale Behandlung der Varikose durchgeführt werden. Die orale Antikoagulation und die Kompressionsbehandlung werden im allgemeinen drei Monate durchgeführt.

Die übrigen Maßnahmen wie Abklärung und Korrektur von auslösen-

den Faktoren, Rezidivprophylaxe etc. sind in den Leitlinien zur Thrombosebehandlung aufgeführt.

LITERATUR

1. Leu HJ. Phlebitides – a survey. VASA 1994; 23: 289–98.
2. Francis CW, Markham RE, Barlow GH et al. Thrombin activity of fibrin thrombin and soluble plasmin derivatives. J Lab Clin Med 1983; 102: 220–30.
3. Agnelli G, Pascucci C, Cosmi B, Nenci GG. The comparative effects of recombinant hirudin (CGP 39393) and standard heparin on thrombus growth in rabbits. Thromb Haemost 1990; 63: 204–7.
4. Owen J, Friedman KD, Grossman BA et al. Thrombolytic therapy with tissue plasminogen activator or streptokinase induces transient thrombin activity. Blood 1988; 72: 616–20.
5. Weitz JI, Huboda M, Massel D et al. Clot-bound thrombin is protected from inhibition by heparin-antithrombin III but is susceptible to inactivation by antithrombin III-independent inhibitors. J Clin Invest 1990; 86: 385–91.
6. Blättler W. La phlébite superficielle, la thrombose profonde et l'embolie pulmonaire sont des manifestations d'une même maladie. Phlébologie 1996; 49: 63–66.
7. Bergqvist D, Jaroszewski H. Deep vein thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the leg. BMJ 1985; 292: 658–9.
8. Skillman J, Kent KC, Porter DH, Kim D. Simultaneous occurrence of superficial thrombophlebitis in the lower extremity. J Vasc Surg 1990; 11: 818–22.
9. Lutter KS, Kerr TM, Roedersheimer LR et al. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplexscanning. Surgery 1991; 110: 42–6.
10. Jorgensen JO, Hanel KC, Morgan AM, Hunt JM. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs. J Vasc Surg 1993; 18: 70–3.
11. Blättler W, Frick E. Komplikationen der Thrombophlebitis superficialis. Schweiz med Wschr 1993; 123: 223–8.
12. Bounameaux H, Reber-Wasen MA. Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis – A controversial association. Arch Intern Med 1997; 157: 1822–4.
13. Partsch H, Mostbeck A. Lungenembolien bei oberflächlicher Phlebitis? Acta med Austriaca 1979; 6: 159–60.
14. Hosemann D. Fulminante Lungenembolie aus dem Saphenagebiet. Dtsch Med Wschr 1914; 40: 122–3.
15. Galloway JMD, Karmody AM, Mavor GE. Thrombophlebitis of the long saphenous vein complicated by pulmonary embolism. Brit J Surg 1969; 56: 360–1.
16. Hafner CO, Cranley JJ, Krause R et al. A method of managing superficial thrombophlebitis. Surgery 1964; 55: 201.