

# Oberflächliche Venenthrombose Varikophlebitis

Daniel Staub

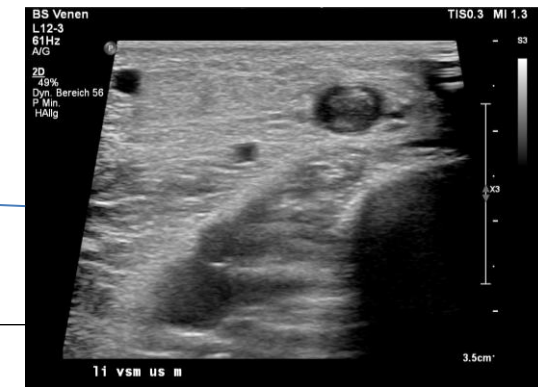
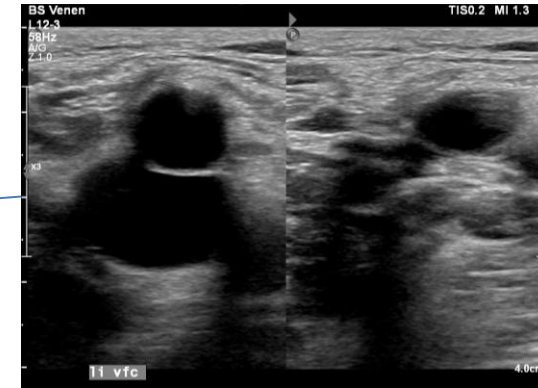
Angiologie

Universitätsspital Basel

[daniel.staub@usb.ch](mailto:daniel.staub@usb.ch)

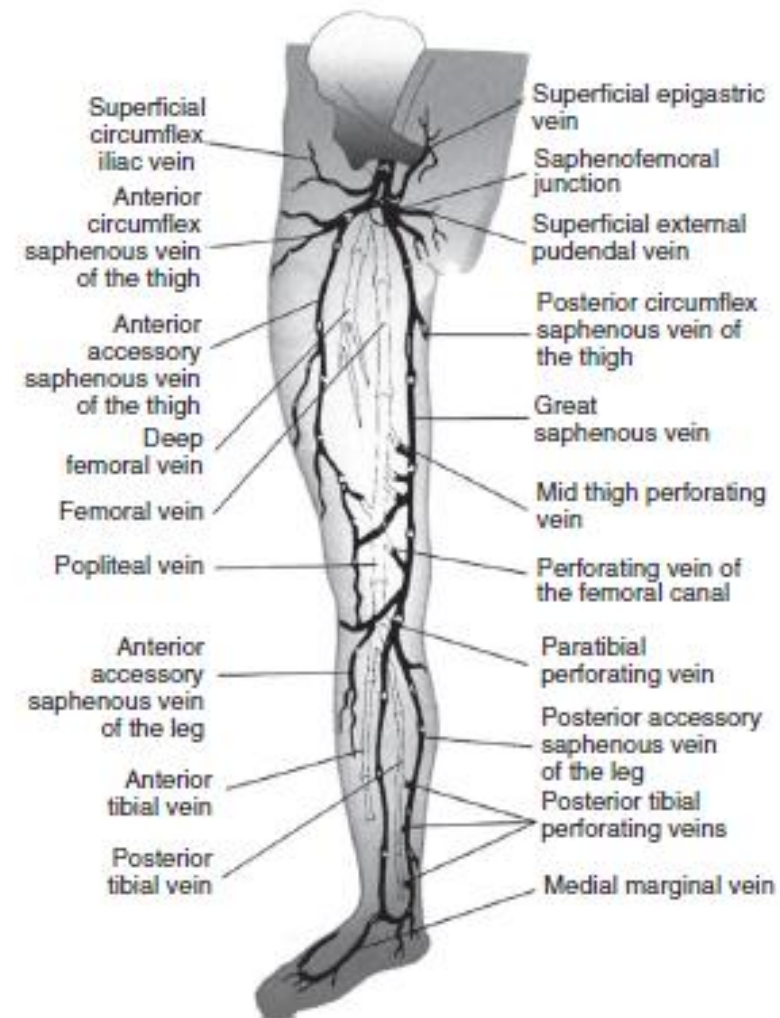
# Fall oberflächliche Venenthrombose (OVT) / Varikose

- 62-jähriger Patient mit Schmerzen im linken Bein im Bereich des Knies medial seit 10 Tagen, seit gestern deutliche Exazerbation und Knoten tastbar.
- Keine Dyspnoe oder Thoraxschmerzen
- St.n. Crossektomie und Stripping der V. saphena magna bds. vor 10 Jahren
- Valsartan



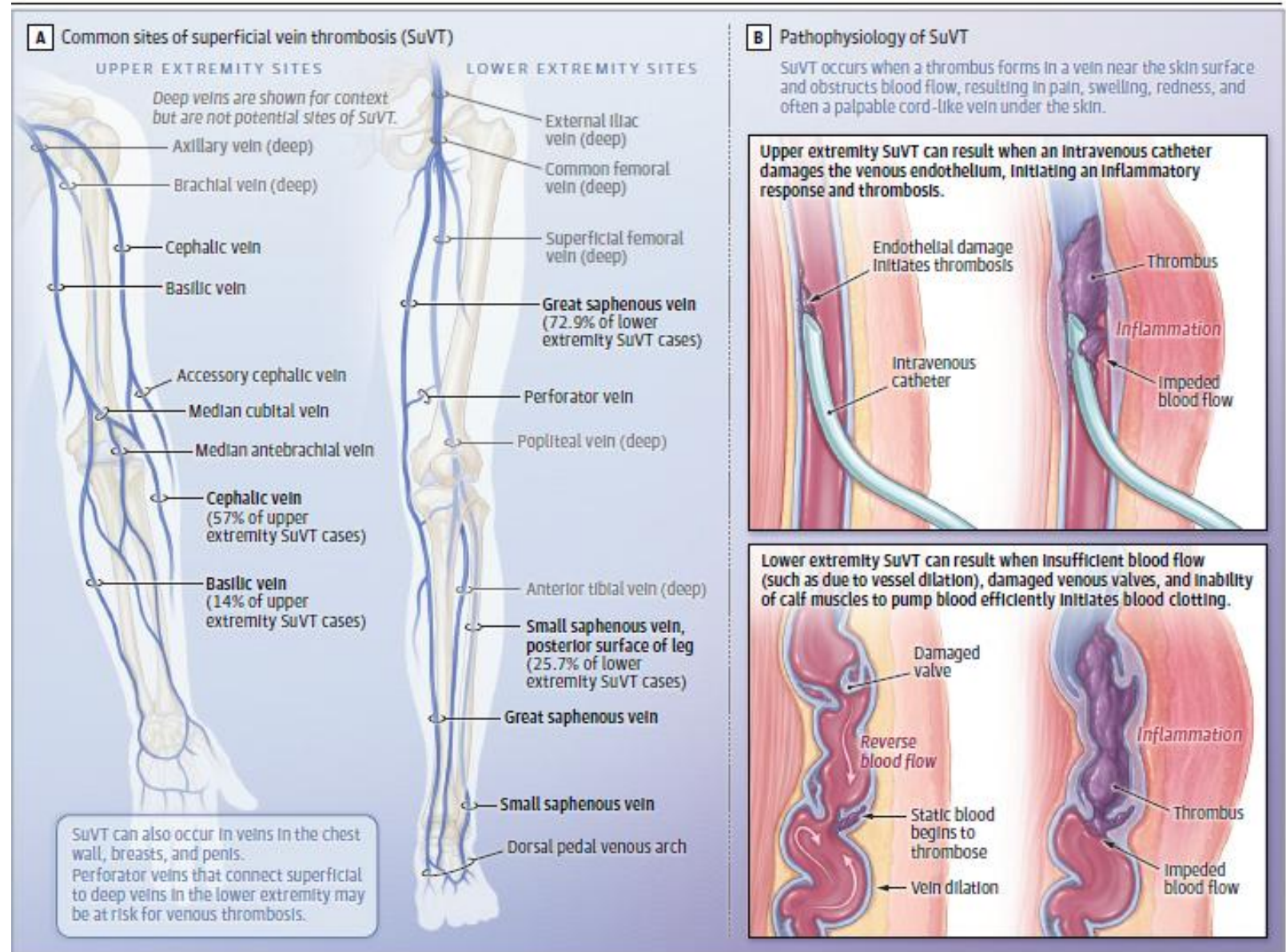
# Epidemiologie der OVT der unteren Extremität

- Inzidenz: 0.64/1000/Jahr (TVT 1.0/1000/Jahr)
- 50-60% VSM
- 11-15% VSP
- 30-40% Seitenäste
- Begleitende TVT 25%
- Begleitende LE 5%
- 3-Monats-Mortalität <1%
- Risikofaktoren:
  - Varikose (80-90%)
  - Alter
  - Übergewicht
  - Aktives Malignom
  - Vorgängige VTE
  - Katheter
  - Schwangerschaft
  - Orale Kontrazeption
  - Hormonersatz
  - Operation
  - Autoimmunerkrankung (Behcet, Buerger)



Cosmi B. *J Thromb Haemost* 2015

# Oberflächliche Venenthrombose



# Diagnose

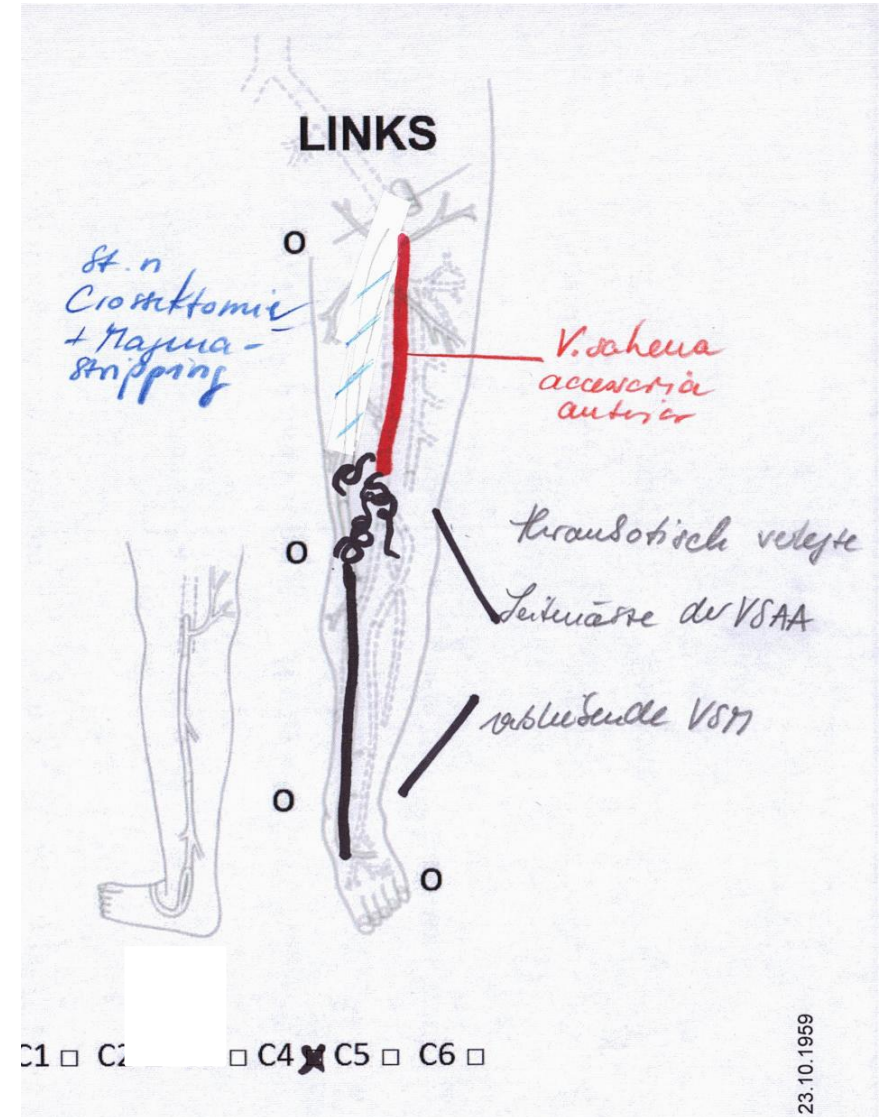
- Klinik: Inflammatorische Komponente: Schmerzen, Verhärtung, Schwellung, Überwärmung und Rötung
- Klinik unterschätzt Ausdehnung der OVT
- DD: Erysipel, Cellulitis, Lymphangitis, Chronische Dermatitis, Lyme disease, Erythema nodosum, Hautmanifestation einer immunologischen und rheumatologischen Erkrankung
- D-Dimer: Hohe falsch negative Rate
- Ultraschall: Ausdehnung der Thrombose, begleitende TVT
- 23% haben begleitende TVT (50% nicht-kontinuierlich, 17% kontralaterales Bein! → bilaterales Screening der tiefen Beinvenen?)
- Risiko für TVT: <3cm vor SFJ, Perforansvenen,

# Diagnostik

## Recommendation 43

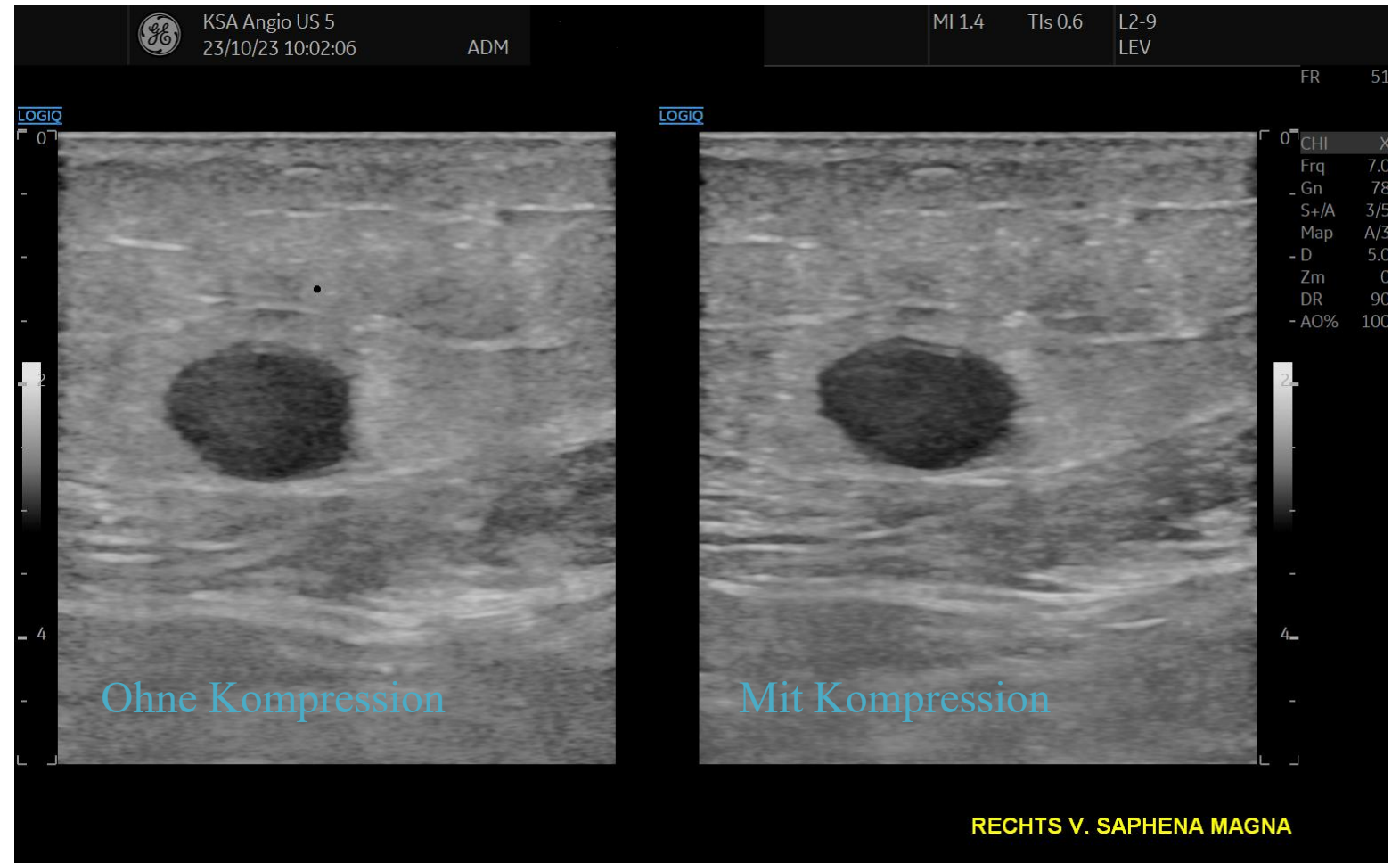
For patients with suspected lower limb superficial vein thrombosis, a whole leg ultrasound scan is recommended to determine thrombus extent and exclude asymptomatic deep vein thrombosis.

Class	Level	References
I	B	Decousus <i>et al.</i> (2010), <sup>258</sup> Di Minno <i>et al.</i> (2016), <sup>280</sup> Jorgensen <i>et al.</i> (1993) <sup>281</sup>



# Ultraschallbefund

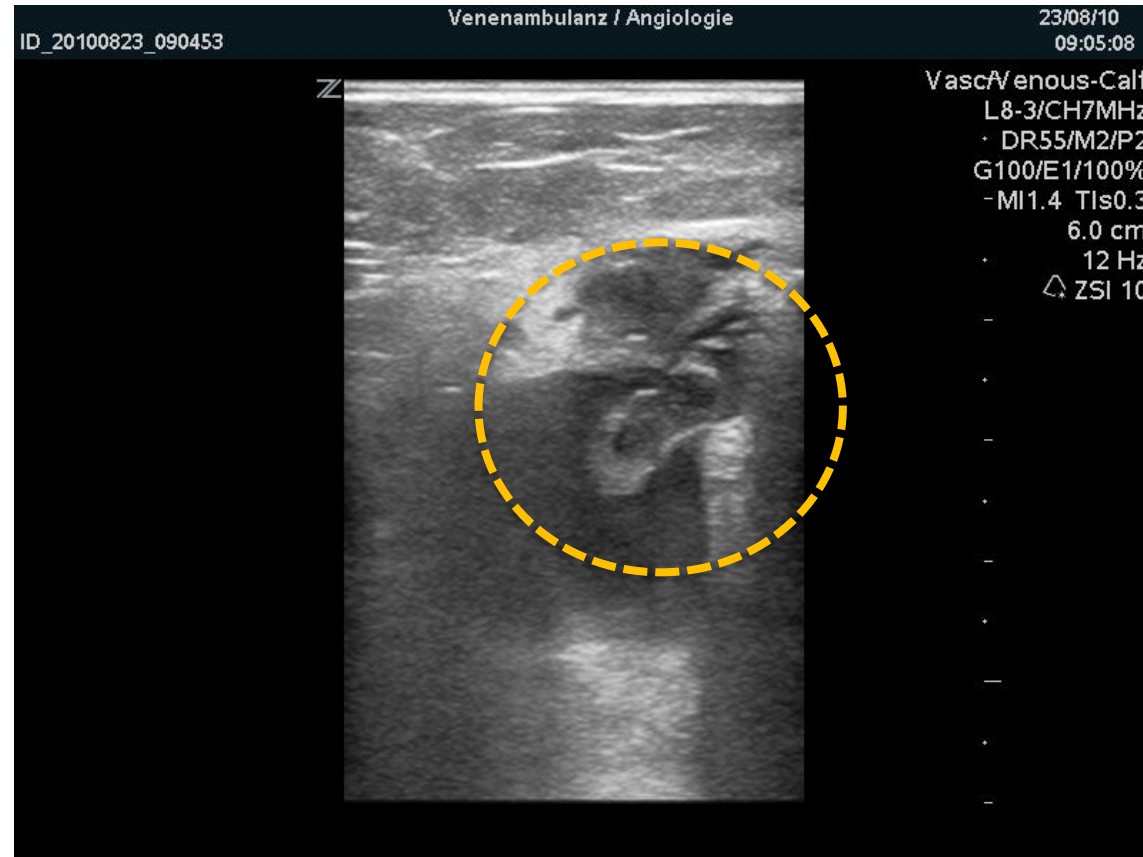
- Linearsonde
- Untersuchung im B-Mode
- Vene nicht komprimierbar
- Echoreiche Struktur im Lumen



Courtesy Dr. med. M. Knittel

# Diagnostik

## Syn: Appositionsthrombose, Kragenkopfthrombose

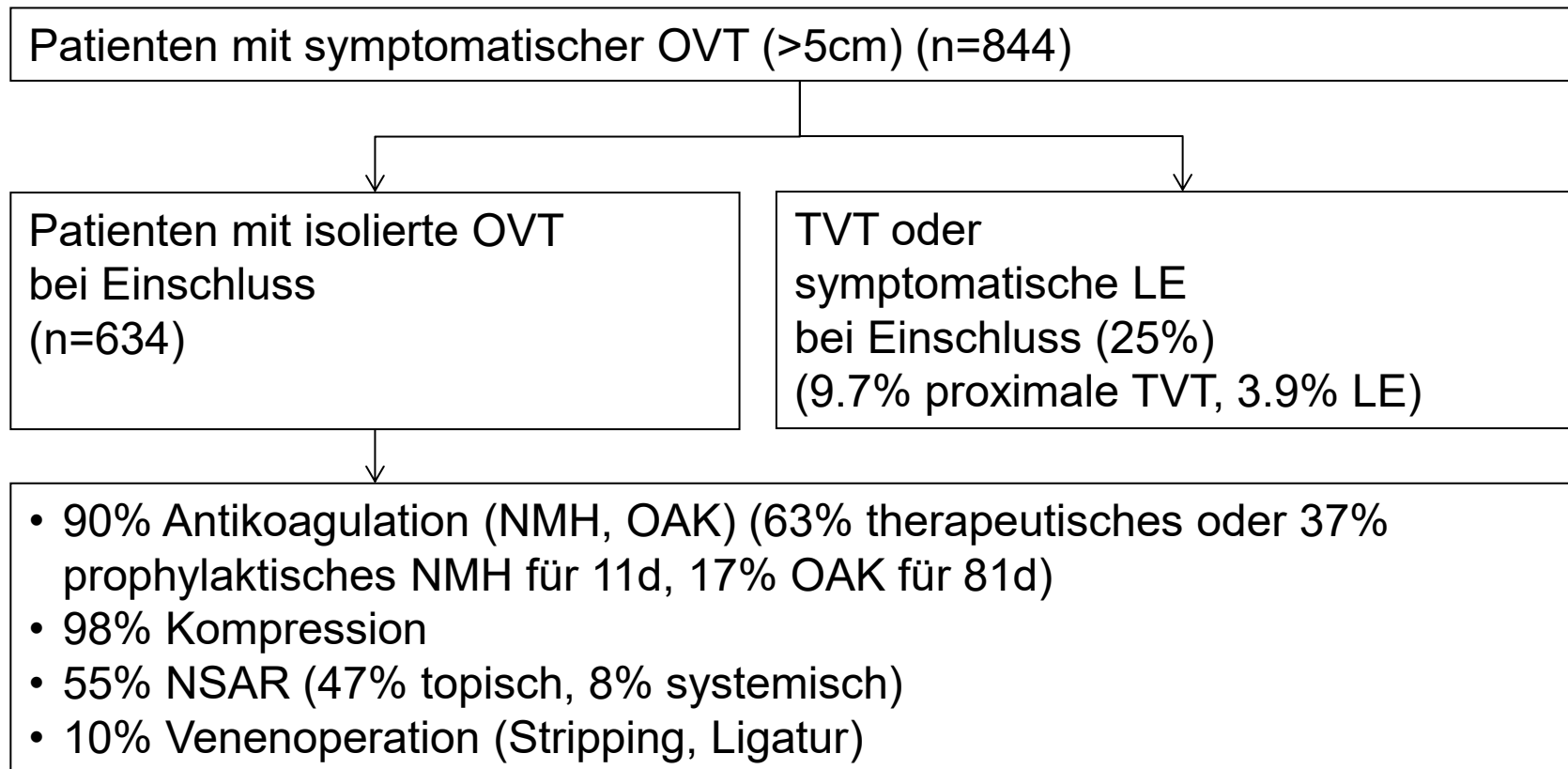


*Courtesy Dr. med. M. Knittel*

# Kontroll-Ultraschalluntersuchung bei OVT?

- Abhängig von Umständen und Klinik:
  - Compliance
  - Regrediente oder progrediente Klinik?
  - Keine anatomischen Besonderheiten
  - Nicht generell notwendig
  
- **Aber:** Sinnvoll im Hinblick auf eine Varizensanierung

# VTE-Komplikationen bei oberflächlicher Venenthrombose



# VTE-Komplikationen bei oberflächlicher Venenthrombose

3 Monate follow-up (n=600)

- Routine-Ultraschall nach 10d und bei Symptomen während follow-up
- 10.2% Thromboembolische Ereignisse (TVT, LE, OVT-Rezidiv, OTV-Progression >5cm)
- 2.1% asymptomatisch nach 10d und 8.3% symptomatisch (15.2% prox. TVT und 6.5% LE)
- 0.5% LE, 2.8% TVT, 3.3% OVT Progression, OVT-Rezidiv 1.9%)

Risikofaktoren für VTE während follow-up:

- Männer: HR 2.63
- Anamnese einer VTE: HR 2.18
- Anamnese eines Karzinoms: HR 3.12
- Keine Varikose: HR 2.06

# Therapie der oberflächlichen Venenthrombose

- Therapie abhängig von der Ausdehnung:
  - OVT < 4-5cm (empirisch): benigne und selbst-limitierend, Symptombehandlung
  - OVT > 4-5cm: höheres Risiko einer Progression, daher aggressivere Therapie nötig
  - OVT der VSM mit Thrombus Spitze bis <3cm an die SFJ wurden in den Studien ausgeschlossen, da diese als TVT-Äquivalent angesehen wurden (hohes Risiko für Progression von 10-70%)
  - POST-study: <3cm an die SFJ in 20% und in Perforansvenen 14%
  - Risiko einer nachfolgenden TVT/LE ist unabhängig ob symptomatische Progression < 3cm oder > 3cm von der SFJ (9.3% vs. 8.9%; CALISTO-Studie)

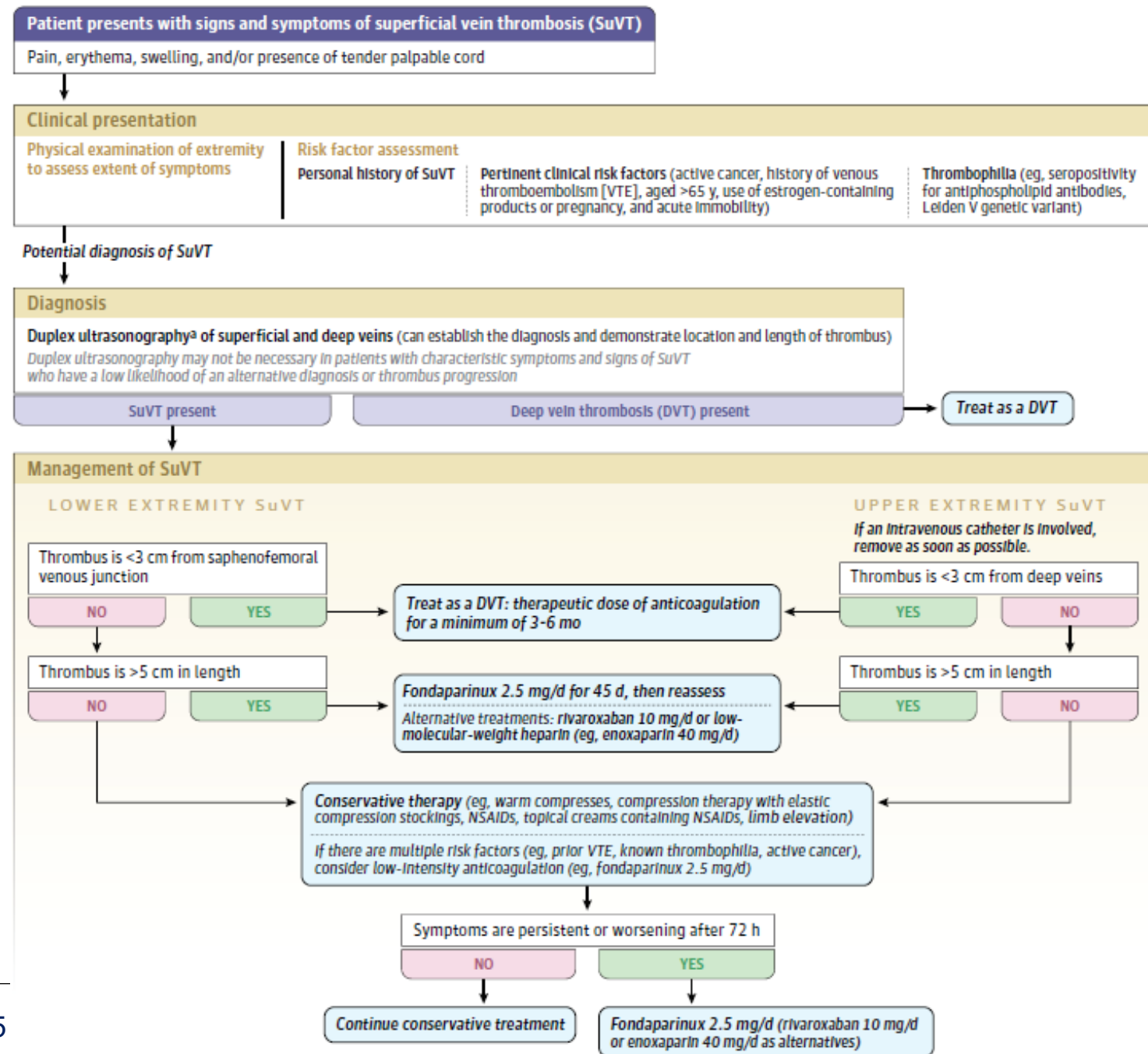
# Studien zur Therapie der oberflächlichen Venenthrombose

- **Chirurgie:** Thrombektomie, Ligatur, Stripping
  - Aufgrund der Datenlage nicht empfohlen
- **Kompression:** Kompressionsverband, Kompressionsstrumpf
  - Datenlage schlecht
  - Kein Effekt bezüglich Schmerzlinderung, Analgesieverbrauch, Thrombusregression oder Verbesserung der QoL in einer single-center RCT (Kompressionsstrumpf für 3 Wochen vs. keine Kompression bei 80 Patienten mit isolierter OVT)  
*Boehler K et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014*
- **NSAR:** empirisch empfohlen für Symptomverbesserung (inflammatorische Komponente) für 7-14 Tage
  - Tenoxicam für 8-12 Tage assoziiert mit geringerer OTV-Extension und/oder Rezidiv verglichen mit Placebo  
*STENOX study. Arch Intern Med 2003*
  - Empfohlen für 8-12 Tage bei fehlender Kontraindikation bei Patienten mit niedrig-Risiko OTV (OTV < 4-5cm, kein Karzinom, keine Anamnese einer OVT/VTE, keine Varikose)

*British Committee for Standards in Haematology. Br. J Haematol 2012*

# Oberflächliche Venenthrombose - Therapie

- Ultraschall OVT vs. TVT
- Entfernung zur Crosse  $\geq 3$ cm
- Länge  $\geq 5$ cm
- Fondaparinux 2.5mg 1xtgl. (CALISTO)
- Alternative:
  - NMH sc (intermediäre Dosis)
  - Rivaroxaban 10mg 1xtgl. (SURPRISE)
- Therapiedauer 6 Wochen (45 Tage)
- Varikosebehandlung nach mind. 3 Monaten



# Zusammenfassung – oberflächliche Venenthrombose

- OVT in 25% begleitende DVT/LE (bilateral?)
- Duplexsonographie des oberflächlichen und tiefen Venensystems
- Risikofaktoren für Komplikationen: Männer, St.n. VTE, Karzinom, keine Varikose
- Schlechte Evidenz für Kompressionstherapie und NSAR
- Therapie abhängig von der Ausdehnung (Länge  $\geq$  5cm, Entfernung zur Crosse/tiefen Venensystem  $\geq$  3cm)
- Dosierung und Länge der Therapie mit NMH umstritten
- Fondaparinux 2.5mg sc/tgl. für 45 Tage ist effektiv und sicher
- Guidelines: Bei OVT der unteren Extremität  $\geq$  5cm Fondaparinux oder NMH prophylaktisch für 45 Tage empfohlen
- Rivaroxaban 10mg/d für 45 Tage scheint gleich wirksam und sicher wie Fondaparinux (off-label use)
- besserer Patientenakzeptanz, Kosten tiefer

# Vielen Dank

Für ihre Aufmerksamkeit!

