

Morbus Mondor nach endovenöser Laserablation der Vena saphena magna – eine seltene Komplikation der endothermischen Varizentherapie

C. Zerweck, M. Knittel, E. v. Hodenberg, T. Zeller, T. Schwarz
Abteilung Angiologie, Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen

▲ Einleitung

Die Thrombophlebitis thorakoepigastrischer Venen, teilweise unter Einbeziehung der Brust, wurde erstmals 1939 von *Henri Mondor* bei Frauen beschrieben (1). Später beschrieb *Otto Braun-Falco* eine Thrombosierung der oberflächlichen dorsalen Penisvene als penilen Morbus Mondor (2). Häufig tritt das Krankheitsbild in Zusammenhang mit Krebserkrankungen, lokalen Infektionen oder bei Erkrankungen mit erhöhter Thrombogenität auf. Das Auftreten eines penilen Morbus Mondor nach endothermischer oder chirurgischer Varizentherapie ist bislang allerdings noch nicht beschrieben worden.

Referat zu: Penile Mondor's Syndrome after endovenous treatment of the great saphenous vein with 1470nm diode laser. Phlebology 2013 Dec 12. [Epub ahead of print].

schenkel mit 2 ml 1% Polidocanol (Aethoxysklerol®, Kreussler Pharma, Wiesbaden, Deutschland) erfolgte im Anschluss an die endovenöse Lasertherapie der VSM. In der Leistenregion und am Oberschenkel wurde kein Polidocanol appliziert. Postinterventionell wurde eine Kompressionstherapie

mit einem Oberschenkelkompressionsstrumpf der Klasse II, welcher tagsüber für die folgenden drei Wochen getragen wurde, initiiert. Eine Thromboseprophylaxe für die folgenden fünf Tage erfolgte mit 40 mg subkutan appliziertem Enoxaparin (Clexane®, Sanofi, Paris, Frankreich).

Die eine Woche nach dem Eingriff erfolgte klinische und duplexsonographische Verlaufskontrolle zeigte eine vollständige Okklusion aller behandelten Varizenabschnitte. Nach einer weiteren Woche stellte sich der Patient wegen leichtem Schmerz und Rötung im Schambereich und am dorsalen Penis sowie indurierter dorsaler Penisvene bei uns vor. Die Beschwerden hatten wenige Tage zuvor im Leistenbereich des behandelten Beines begonnen. Sonographisch stellte sich die indurierte Vene als proximale, thrombophlebitisch veränderte Seitenastvene der VSM heraus (Abb. 1).

Wir behandelten mit Enoxaparin in voller therapeutischer Dosis für zehn Tage, zusätzlich verordneten wir 75 mg Diclofenac zweimal täglich für fünf Tage zur lokalen Entzündungshemmung. Nach drei Wochen war die thrombosierte Seitenastvene bis auf einen kurzen Thrombusrest im Abgangsbereich der gelaserten VSM vollständig rekanalisiert und der Patient beschwerdefrei.

Diskussion

Thrombophlebitiden treten gelegentlich nach endothermischer Ablation von Stammvenen oder großen Seitenastvarizen auf. Bestehen anatomische Varianten, kann der Thrombus auch in entferntere Regionen aszendieren. Der beschriebene Fall stellt ein singuläres Ereignis unter den letzten 3500 endovenösen Laserablationen in unserer

Fallpräsentation

Ein 51-jähriger Mann stellte sich wegen symptomatischer Krampfadern im medialen Unterschenkelbereich in der Venenambulanz unserer Abteilung vor. Duplexsonographisch ließ sich eine Stammvarikosis der Vena saphena magna (VSM) des linken Beines mit Reflux auch der ableitenden Seitenastvarizen am Unterschenkel diagnostizieren (Durchmesser VSM proximal 13 mm, Reflux >1sec). Nach Schilderung möglicher Therapieoptionen entschied sich der Patient für eine endovenöse Lasertherapie der VSM mit konsekutiver, sonographisch gesteuerter Schaumsklerosierung der distalen Seitenastvarizen. Nach schriftlicher Einverständniserklärung führten wir im Intervall die Lasertherapie in Tumescenzanästhesie komplikationslos durch. Der Eingriff wurde mit einem Diodenlaser der Firma Biolitec mit einer Wellenlänge von 1470 nm bei 8 Watt Leistung durchgeführt. Die Energieabgabe erfolgte intravenös mit einer Radial Faser Slim (ELVeS-radial slim kit™, Biolitec AG Jena, Deutschland). Es wurden 2756 Joule auf einer Länge von 48 cm appliziert. Dies entspricht einer resultierenden Energiedichte (LEED = linear endovenous energy density) von 57 J/cm. Nach der Lasertherapie stellte sich die VSM duplexsonographisch okkludiert dar. Die Schaumsklerosierung der Seitenastvarizen im Unter-

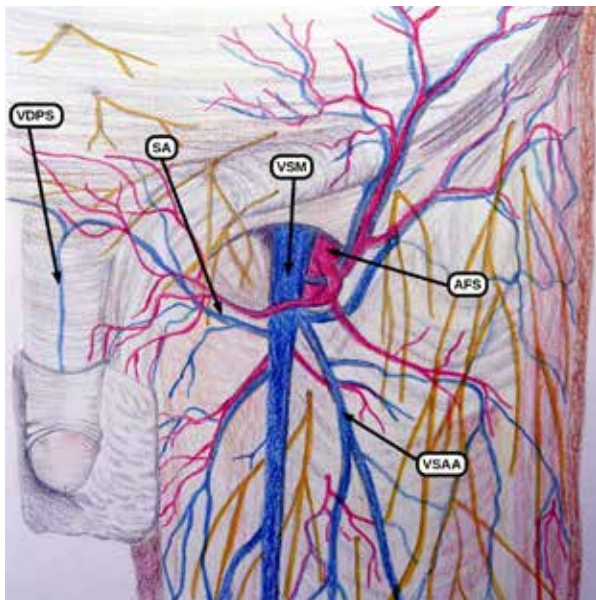


Abb. 1: Anatomischer Situs; VDPS = Vena dorsalis penis superficialis, SA = Seitenastvene, VSM = Vena saphena magna, AFS = Arteria femoralis superficialis, VSAA = Vena saphena accessoria anterior.

Abteilung dar und ist insgesamt sehr selten. Trotzdem sollten bei Beschwerden in scheinbar untypischer Lokalisation, vor allem nach therapeutischen Varizeneingriffen, auch wachsende Thrombusbildungen differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Die Behandlung eines M. Mondor soll nach interdisziplinärer Übereinkunft mit topischen oder systemisch angewendeten antiinflammatorischen Medikamenten (z.B. NSAR wie Ibuprofen oder Diclofenac) erfolgen (3). Zusätzlich wird eine Antikoagulation mit einem niedermolekula-

ren Heparin empfohlen (4). *Decousus et al.* raten aufgrund der Ergebnisse der CALISTO-Studie zu einer Therapie mit 2,5 mg Fondaparinux einmal täglich über 45 Tage bei epifaszialen Venenthrombosen. Dies entspricht einer zur Thromboseprophylaxe verwendeten Dosierung, im beschriebenen Fall wurde allerdings Heparin in voller Dosierung eingesetzt (5, 6).

Einige Autoren schlagen auch den frühzeitigen Einsatz von Antibiotika vor, sobald eine infektiöse Genese des M. Mondor möglich ist - in unserem Fall ergab sich jedoch keinerlei Hinweis darauf.

Fazit

Nach thermischen Ablationsverfahren zur Varizenbehandlung können Thrombophlebitiden sehr selten auch in Regionen außerhalb der behandelten Extremität entstehen und zum Auftreten untypischer Krankheitsbilder führen. Im frühen Stadium lassen sich diese - wie auch in dem beschriebenen Fall - gut mit niedermolekularem Heparin und einem NSAR behandeln.

Literatur bei den Autoren.

Korrespondenzadresse

Christof Zerweck
Abteilung Angiologie
Universitäts-Herzzentrum
Freiburg-Bad Krozingen
Südring 15
79189 Bad Krozingen
E-Mail: christof.zerweck@herzzentrum.de

