

Enoxaparin-Prophylaxe zur Schaumsklerosierungstherapie bei Patienten mit klinisch relevantem Thromboembolierisiko

S. Reich-Schupke (Autorin des Extended Abstracts), M. Dörler, P. Altmeyer, M. Stücker

▲ Hintergrund

Eine bekannte Hyperkoagulabilität sowie ein erhöhtes thromboembolisches Risiko gelten entsprechend der gültigen Leitlinien als relative Kontraindikationen für die Sklerosierungstherapie (1, 2). Häufig besteht auch bei diesen

Patienten eine medizinische Indikation zur Sklerosierungstherapie zum Beispiel bei der Behandlung periulzerärer Varizen (Abb. 1), (3). Die Leitlinien empfehlen hier eine individuelle Abwägung von Nutzen und Risiko. Konkrete Empfehlungen, zum Beispiel für eine additive Antikoagulation oder ein einheitliches Regime zur Thromboseprophylaxe, werden dazu nicht gegeben.

Patienten und Methoden

Im Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken in Bochum erhielten Patienten mit einem erhöhten thromboembolischem Risiko und einer Indikation zur Sklerosierungstherapie eine additive Antikoagulation mit Enoxaparin 40 mg s.c. einmal pro

Tag unmittelbar nach der Sklerosierungstherapie sowie an den zwei folgenden Tagen. Alle Patienten wurden außerdem angehalten, nach der Sklerotherapie 30 Minuten zu gehen und medizinische Kompressionsstrümpfe zu tragen (befundadaptiert: 23-32 mmHg oder 34-46 mmHg, mind. zwei bis drei Wochen). In der retrospektiven Studie wurden die Daten von 54 so behandelten Patienten aus den Jahren 2009 und 2010 ausgewertet. Die eingeschlossenen Patienten wiesen alle eine bekannte tiefe Beinvenenthrombose und/oder Lungenembolie

Referat zu: **Foam sclerotherapy with enoxaparin prophylaxis in high-risk patients with postthrombotic syndrome.** *Vasa* 2013;42:50-55.

ohne dauerhafte Antikoagulation in der Anamnese auf. Alle Patienten erhielten eine leitliniengerechte, duplexkontrollierte Schaumsklerosierungstherapie mit Polidocanol 0,5-3% (1, 2). Der Schaum wurde nach der Tessari-Technik hergestellt (4).

Klinische und duplexsonographische Kontrollen erfolgten vor jeder weiteren Injektion sowie zwei bis drei Wochen nach der letzten Behandlung.

Ergebnisse

Von den 54 eingeschlossenen Patienten erhielten 30 eine einseitige und 24 eine beidseitige Sklerosierungstherapie. Bei allen Patienten wurden Seitenastvarizen, bei zweien zusätzlich Stammvarizen behandelt. Mehrheitlich wurde Polidocanol in einer Konzentration von 0,5% (51/54), seltener Polidocanol 1%, 2% und 3% (je 1 x) genutzt. Das applizierte Schaumvolumen pro Sitzung lag im Mittel bei 3,3 ml (2-6 ml), die Sitzungszahl pro Patient bei 4,9 Sitzungen (1-11 Sitzungen). Insgesamt erfolgten 262 Behandlungen. Das minimale Intervall zwischen den Sitzungen betrug im Mittel 3,3 Tage (2-10 Tage), das maximale Intervall 8,4 Tage (3-28 Tage).

Unter dem vorgestellten Regime zeigten sich keine klinisch oder duplexsonographisch fassbaren Thrombosen und keine symptomatischen Lungenembolien. Bei sieben von 262 Behandlungen (2,7%) kam es jedoch zu einer klinisch symptomatischen Phlebitis im Sklerosierungs-



Abb. 1: Postthrombotisches Syndrom mit beginnender Ulzeration und klinisch relevanten Seitenastvarizen. Eine gute Indikation zur Schaumsklerosierungstherapie.

Patienten	maximales klinisches CEAP-Stadium, Ausgangsbefund	Thromboembolie-Anamnese
54 Patienten: • 28 Frauen • 26 Männer mittleres Alter 61,4 Jahre (33-87 Jahre)	• C ₂ : 7 • C ₃ : 18 • C ₄ : 8 • C ₅ : 1 • C ₆ : 20	• Z.n. tiefer Beinvenenthrombose: 54 • Z.n. symptomatischer Lungenembolie: 8 • bekannte Thrombophilie: 4 (heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation oder AT-III-Mangel)

Tab. 1: Überblick der Basisdaten zum ausgewerteten Kollektiv.

areal und nach zwei von 262 Behandlungen (0,8%) zu einer über das Sklerosierungsareal hinaus aufsteigenden und behandlungsbedürftigen (Nadroparin 19.000 IE/ml, 0,1 ml pro kg Körpergewicht, einmal pro Tag über 30 Tage) Phlebitis.

Schlussfolgerungen

Eine Schaumsklerosierungstherapie bei Patienten mit einer anamnestisch durchlaufenen Thromboembolie ist möglich. Unter einem Regime mit Kompressionstherapie (befundadaptiert: 23-32 mmHg oder 34-46 mmHg, mind. zwei bis drei Wochen) und Gabe von Enoxaparin 40 mg 1 x/Tag über drei Tage s.c. nach der Sklerosierungstherapie ist sie – entsprechend der aktuellen Daten – auch in diesem Risikokollektiv eine sichere und effektive Therapiemodalität. Randomisierte Studien zur Überprüfung der Ergebnisse dieser Pilotstudie sind wünschenswert.

Literatur

1. Breu FX, Guggenbichler S, Wollmann JC. 2nd European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany. *Vasa*. 2008;37 Suppl 71:1-29.

2. Rabe E, Pannier F, Gerlach H et al. Leitlinie: Sklerosierungsbehandlung der Varikose. *Phlebologie* 2008;37:27-34.

3. Stücker M, Reich S, Hermes N, Altmeyer P. Safety and efficacy of perilesional sclerotherapy in leg ulcer patients with postthrombotic syndrome and/or oral anticoagulation with phenprocoumon. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4:734-738.

4. Tessari L. Nouvelle technique d'obtention de la scléromousse. *Phlébologie* 2000;53:129.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Stefanie Reich-Schupke
Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld
GmbH & Co. KG
Portastrasse 33-35
32545 Bad Oeynhausen
E-Mail: stefanie.reich-schupke@rub.de

