

Besonderheiten der Behandlung tiefer Venenthrombosen der oberen Extremitäten

T. Hertel

MVZ Gefäßzentrum Zwickau – Bereich Angiologie, Angioklinik Zwickau

▲ Die tiefe Venenthrombose (TVT) der oberen Extremitäten ist mit 10 % seltener gegenüber Thrombosen der unteren Extremitäten. Eingeschlossen ist das Stromgebiet der Vena subclavia, Vena axillaris, Vena brachialis, oft auch der Vena jugularis interna. Durch die Zunahme invasiver Behandlungen zeigt sich eine steigende Tendenz. Im Gegensatz zu den TVT der unteren Extremitäten existieren weniger evidente Daten bezüglich Diagnostik und Therapie, sodass man häufig auf Analogschlüsse zur Datenlage der TVT der unteren Extremitäten angewiesen ist. Lungenembolien und postthrombotisches Syndrom treten seltener auf, Ulzerationen werden nicht beobachtet. Aufgrund der limitierten Datenlage kommt es häufig zu Unsicherheiten im Umgang mit thrombotischen Erkrankungen der oberen Extremitäten bezüglich Diagnostik und Therapie. Fragen zum Management der Antikoagulation (Heparin, orale Antikoagulanzen, Dauer) oder zur Indikation für rekanalisierende Verfahren begegnet man in der Klinik und Ambulanz häufig.

Einteilung und Diagnostik

Die Einteilung der TVT erfolgt, wie bei der Beinvenenthrombose, in primäre und sekundäre Formen.

Bei den primären Thrombosen ist bei Diagnosestellung keine Ursache zu finden, hierzu zählen Thrombosen in Assoziation zu starker wiederholter Belastung des Armes (thrombose par effort), wie z.B. beim Holzhacken oder Überkopparbeit.

Häufiger sind sekundäre Thromboseformen durch zentralvenöse Katheter, Herzschrittmacherelektroden, Traumata (z.B. Klavikula), Hormonbehandlungen oder Kompressionssyndrome, aber auch Thrombosen im Rahmen der Behandlung von Tumorerkrankungen und durch eine steigende Zahl älterer Patienten mit der Notwendigkeit intensivtherapeutischer Maßnahmen.

Oft demaskiert sich eine initial als idiopathisch eingeschätzte Subklavia-Armvenenthrombose als Folge eines Schultergürtel-Engpasssyndroms durch eine kostoklavikuläre Enge. Problematisch gestaltet sich dann häufig der Nachweis eines Thoracic-inlet-Syndroms. Relativ unproblematisch ist dieses aber durch Provokationsmanöver mit Überstreckung im Schultergürtelbereich und dann aufgehobener Pulsation der Arteria radialis nachzuweisen (Eden-Test). Als einfaches primäres Nachweisverfahren steht hier die CW-Dopplersonographie zur Verfügung. Eine angemessene Tumorsuche mit Bestimmung relevan-

ter Tumormarker, wenn auch kontrovers diskutiert, sollte erfolgen. Thrombophile Diathesen sind bei den Thrombosen der oberen Extremität seltener. Evidente Daten für eine sich daraus ergebende verlängerte Antikoagulation existieren nicht, sodass die Bestimmung Einzelfällen und bei positiver Familienanamnese bezüglich thromboembolischer Ereignisse vorbehalten bleibt.

Die weitere Diagnostik umfasst neben den klinischen Thrombosezeichen (geringe Sensitivität) mit Schmerzen, vermehrter Venenzeichnung des Schultergürtels und Schwellung eine bildgebende Diagnostik mit farbkodierter Duplexsonographie und Kompressionssonographie. Bei Verdacht auf eine zentrale Lokalisation sind eine MR- oder CT-Phlebographie indiziert. Die konventionelle Phlebographie bleibt speziellen Fragestellungen vorbehalten.

Die Bestimmung der D-Dimere hat nur einen begrenzten Aussagewert, da es sich meist um ein schwerkrankes Patientenkollektiv mit per se erhöhten D-Dimeren handelt, zumindest im stationären Bereich.

Therapie

Die Behandlung der TVT der oberen Extremitäten erfolgt analog der Beinvenenthrombose in den meisten Fällen durch initiale Antikoagulation mit NMH und anschließender Einstellung auf VKA oder primärer Antikoagulation mit NOAK. Randomisierte Studien hierzu liegen nicht vor. In der Regel wird die Antikoagulation nach drei Monaten beendet.

Der Benefit der verlängerten Behandlung paraneoplastischer Thrombosen der unteren Extremitäten mit NMH (Clot-Studie, Catch-Studie) wird in Analogie auf TVT der oberen Extremitäten übertragen.

Von einer prolongierten Antikoagulation profitieren Patienten mit persistierenden Risikofaktoren wie Malignomen oder zentralvenösem Katheter. Bei thrombotischem Ereignis muss ein funktionstüchtiger zentralvenöser Katheter nicht zwingend entfernt werden.

Rekanalisierende Verfahren (Thrombolyse, Angioplastie mit Stenting) sollten zurückhaltend zum Einsatz kommen, da ein Nutzen gegenüber der alleinigen Antikoagulation zur Reduktion eines postthrombotischen Syndroms bzw. Rezidivs nicht belegt ist (meist kleinere prospektive Studien). Gleiches gilt für die Resektion der ersten Rippe bei Schultergürtel-Engpassyndrom.

In der akuten Phase ist eine Kompressionstherapie zur Ödem- und Schmerzreduktion indiziert. Bezüglich der Prophylaxe des postthrombotischen Syndroms liegen hierzu

keine evidenten Daten vor.

Eine medikamentöse oder physikalische TVT-Prophylaxe bei liegendem zentralvenösen Katheter kann aufgrund der aktuellen Datenlage nicht empfohlen werden.



Abb. 1: Klavikulafraktur mit postoperativer TVT der Vena subclavia.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Hertel
MVZ Gefäßzentrum Zwickau
Bahnhofstraße 30
08056 Zwickau
E-Mail: thomas.hertel.zwi@t-online.de



22. Bonner Venentage 2016

Offizielle Fortbildungsveranstaltung
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Gesellschaft für Phlebologie
und dem Berufsverband der
Phlebologen

12.–13. Februar 2016
Beethovenhalle Bonn
Südforum

GEPLANTE THEMEN:

- Das postthrombotische Syndrom – Prophylaxe und Therapie
- Lymphödem und Lipödem
- Update Antikoagulation und thromboembolische Erkrankungen
- Update Therapie der Varikose
- Update Kompressionstherapie
- Kontroversen in der Phlebologie

Information und Anmeldung:

Viavital Verlag GmbH, Belfortstraße 9, 50668 Köln, Tel.: 0221-988301-02
E-Mail: post@viavital.net, www.bonner-venentage.de