

Tiefe Beinvenenthrombose?

Der 65-jährige normalgewichtige Patient wurde vier Wochen nach arthroskopischem Eingriff am linken Knie im Rahmen der Rehabilitation zum Thromboseausschluss mittels Kompressionssonografie, bei ziehenden Schmerzen in der proximalen Wade, vorgestellt. Bei Teilbelastung von 20 Kilogramm wurde seit der Operation eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin durchgeführt. Die Wadenschmerzen waren zunächst auf eine bekannte Bakerzyste zurückgeführt worden.

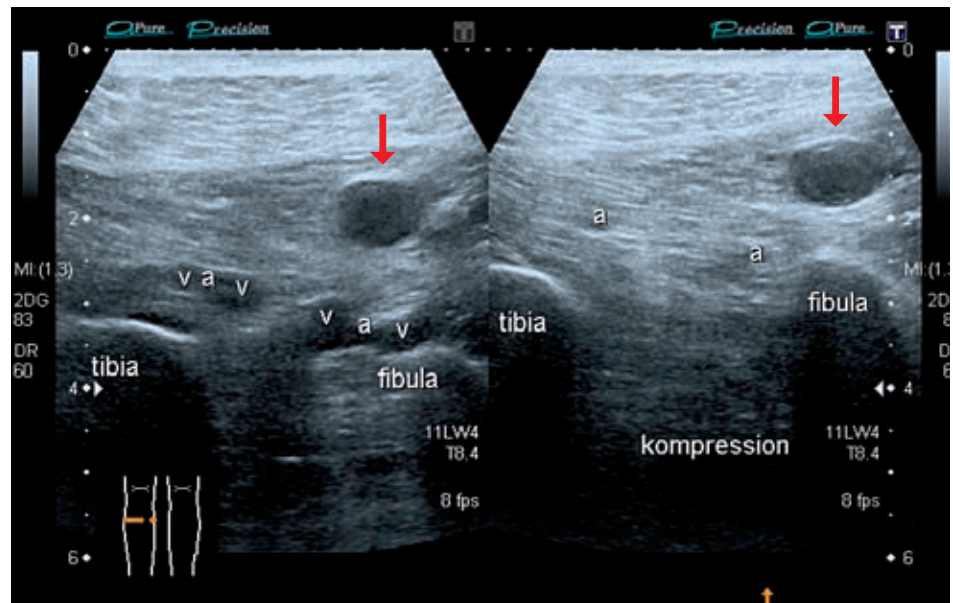


Abbildung: Kompressionssonografie des linken Unterschenkels: ohne (links) und mit (rechts) Kompression.

Das sonografische Bild zeigt einen Querschnitt durch den linken Unterschenkel im proximalen Drittel der Wade, von dorsal untersucht, mit und ohne Kompression. Auf der linken Bildhälfte ohne Kompression stellen sich dorsal der Tibia bzw. der Fibula die paarig um die Arterie (a) angelegten Venen (v) der tibialis posterior bzw. fibularen Gruppe dar, sowie eine dilatierte nicht ganz echofreie Vene der Solesmuskulatur. Auf der rechten Bildhälfte unter Kompression sind die Venen der tibialis posterior und fibularen Gruppe vollständig komprimiert, wogegen sich die Vene der Solesmuskulatur nicht komprimieren lässt. Es liegt eine isolierte Muskelvenenthrombose der Solesmuskulatur vor (siehe Pfeil in der Abbildung). Im Längsschnitt erstreckte sie sich über 3 cm.

Venen im Musculus gastrocnemius und Musculus soleus drainieren in die tiefen Venen; Gastrocnemiusmuskelvenen in die Vena Poplitea und Soleusmuskelvenen in die Venae fibulares und Venae tibiales posteriores [1]. Formal wird die Muskelvenenthrombose des Musculus gastrocnemius und des Musculus soleus, ebenso wie die Thrombose der Venae tibiales anteriores/posteriores und Venae fibulares der Wade, der distalen tiefen Beinvenenthrombose zu-

geordnet (distal der Vena poplitea). Während die Notwendigkeit der Antikoagulation bei distalen tiefen Beinvenenthrombose international kontrovers diskutiert wird, wird in den deutschen Leitlinien bei distaler Leitvenenthrombose (Venae tibialis anteriores/posteriores, Venae fibulares) eine Antikoagulation für drei Monate empfohlen, wogegen bei isolierter Muskelvenenthrombose eine Kohortenstudie genannt wird, bei der eine Thromboseprogression in die Unterschenkelleitvenen durch Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin für zehn Tage bei begleitender Kompressionsbehandlung verhindert wurde, allerdings wird keine Empfehlung zur Dauer der Antikoagulation bei Muskelvenenthrombose gegeben. Es wird festgestellt, dass die ideale Dauer der Antikoagulation unklar ist [2].

Unser Patient wurde zehn Tage mit niedermolekularem Heparin in therapeutischer Dosis antikoaguliert und ein Kompressionsstrumpf für drei Monate verordnet. Bezüglich Physiotherapie/Physikalischer Therapie im Rahmen der Rehabilitation müssen unserer Erfahrung nach bei isolierter Muskelvenenthrombose keine Einschränkungen gemacht werden [3].

Literatur

- [1] Schwarz T, Schmidt B, Schellong SM. Die Muskelvenenthrombose. Dtsch. Med. Wschr. 2001;126:367-369
- [2] Interdisziplinäre S2-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. Vasa 2010;78 (suppl): 1-39
- [3] Musselmann C. Physiotherapie/Physikalische Therapie bei tiefer Beinvenenthrombose und Lungenembolie in der orthopädischen Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2010; 20: 213-216

Autor

Dr. Christian Musselmann,
Internist/Angiologe, Abteilung Innere
Medizin/Kardiologie, Chefarzt Dr. Dirk
Hamann, Medical Park St. Hubertus,
Sonnenfeldweg 29, 83707 Bad Wiessee
E-Mail: c.musselmann@medicalpark.de