

Kommt's vom Knie?

Eine 22-jährige Patientin stellte sich mit seit zwei Wochen bestehenden Ruheschmerzen im Bereich der linken Kniekehle vor. Diese hätten in der letzten Woche zugenommen, zusätzlich sei es zu einer tastbaren Schwellung oberhalb der Kniekehle gekommen (Abbildung 1). Ein Trauma wurde verneint, ebenso eine zurückliegende längere Immobilisierung. Eine Grunderkrankung bestand nicht, die Medikamentenanamnese war leer.



Abbildung 1: Bräunliche Verfärbung im Verlauf der Vena saphena magna nach medial distal mit strangförmiger Verhärtung oberhalb der linken Kniekehle.

Ambulant war durch einen niedergelassenen Chirurgen ein MRT zum Ausschluss eines Kniebinnenschadens veranlasst worden. Es zeigte sich ein entzündlicher Prozess proximal des Kniegelenkspaltes (Abbildung 2). Eine Therapie war nicht eingeleitet worden.

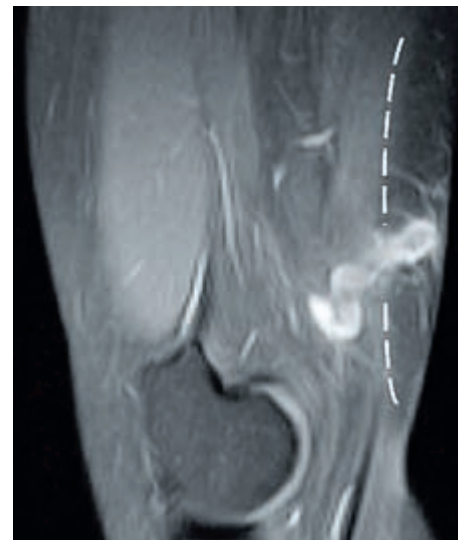


Abbildung 2: MRT-Bild (T1, Turbo-Spin-Echo, sagittal) mit thrombosierter, entzündlicher Perforansvene an beschriebener Stelle beim Durchtritt durch die Faszia lata (gestrichelte Linie) mit deutlicher Kalibererweiterung (bis 11 mm).

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich die beschriebene Schwellung lokal druckschmerzhaft. Laborchemisch fand sich eine Erhöhung der D-Dimere auf 1,06 mg/l sowie ein CRP von 0,98 mg/dl (Normwerte jeweils < 0,5). Duplexsonografisch zeigte sich eine bis zur Einmündung in die Vena poplitea nicht kompressible, bis auf elf Millimeter dilatierte Hunter-Perforansvene [1]. Eine tiefe Beinvenenthrombose (TBVT) wurde ausgeschlossen. Eine sichtbare Varikosis bestand nicht.

Wir initiierten eine kompressive Therapie mittels Kompressionsstrumpf der Klasse II sowie aufgrund des jungen Patientenalters und anamnestischer Thromboseeigung der leiblichen Mutter ein Thrombophilie-Screening mit APC-Resistenz, Faktor-V-Leiden-Mutation, Prothrombin-Mutation, Anti-Cardiolipin-Antikörper sowie Lupus-Antikoagulans. Eine kurzfristige sonografische Verlaufskontrolle nach vier Tagen zeigte kein Thrombuswachstum.

Sechs Wochen nach der ersten Vorstellung war unter konsequenter Kompressionstherapie duplexsonografisch keine Thrombose mehr nachweisbar. Schmerzen bestanden nicht mehr. Die lokalen Hautverhältnisse zeigten sich unauffällig. Das Thrombophilie-Screening war negativ. Die Patientin konnte aus der Nachsorge entlassen werden.

Zusammenfassung

Anamnese, Tastbefund und Hauteffloreszenz sind hochgradig verdächtig auf eine lokale Thrombophlebitis. Der isolierte Befall einer Perforansvene ist äußerst selten und ist daher in Literatur und Leitlinien nicht abgebildet. Diagnostik und Behandlung können jedoch den Empfehlungen der Fachgesellschaften für Phlebologie und Angiologie für die Thrombophlebitis superficialis entlehnt werden [2, 3].

Bezüglich der Diagnostik ist die Phlebasonografie Goldstandard zur Erfassung des Thromboseausmaßes. Eine TBVT sollte ausgeschlossen werden. Wir empfehlen eine einmalige kurzfristige Kontrolle respektive Thrombusauflösung, da bis zur vollständigen Organisation von appositionellem, aktiviertem Thrombin mit prothrombotischer Wirkung innerhalb des Fibrinnetzwerkes ausgegangen werden muss [4]. Ein Thrombophilie-Screening kann zum Ausschluss einer Systemerkrankung je nach Anamnese erfolgen.

Handelt es sich um eine kurzstreckige Thrombophlebitis ohne Beteiligung der Mündungskappen oder der tiefen Venen ist eine kompressive Therapie mit gegebenenfalls lokaler Kühlung ausreichend. Eine lokale Thrombek-

tomie kann rasch schmerzlindernd wirken, die Indikation sollte ob der Invasivität jedoch zurückhaltend gestellt werden. Der Stellenwert einer systemischen Gabe von nicht-steroidalen Antiphlogistika sowie niedermolekularem Heparin oder Fondaparinux in therapeutischer oder prophylaktischer Dosierung ist nach der aktuellen Studienlage völlig unklar und sollte individuell vom Thromboembolierisiko und der Schmerzsymptomatik des Patienten abhängig gemacht werden [5, 6].

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Albert Busch, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Professor Dr. Richard Kellersmann, Leiter der Abteilung für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie,

beide Universitätsklinik Würzburg, Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg