

Kompressionstherapie bei Venenthrombose: was, wann, wie, wie lange, für wen?

„Die Kompressionstherapie erfolgt mit dem Ziel, in der **Akutphase** einer tiefen Venenthrombose **Schmerzen und Schwellung** sowie langfristig **Häufigkeit und Schwere eines PTS (Anm.: Postthrombotischen Syndroms)** zu reduzieren.“

(aus: Langfassung der AWMF-S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie aus 09/23, Seite 44)

Für die ersten 3-6 Monate, also in der Akutphase einer tiefen Venenthrombose, sollte eine Kompressionstherapie mit einem Anpressdruck von 20-40 mmHg erfolgen, da sie die Inzidenz eines Postthrombotischen Syndroms um etwa die Hälfte, so zeigen es aktuelle große Übersichtsarbeiten (1), reduziert.

Die Kompression fördert dabei den venösen Rückstrom und begünstigt die Rekanalisation, wobei individuell angemessene Kompressionsstrümpfe der KKL II (entspricht einem Anpressdruck von 23-32 mmHg im Fesselbereich, nach proximal abnehmend), ein phlebologischer Kompressionsverband, der von geübter Hand ausgeführt werden sollte und ebenfalls einem Anpressdruck von 20-40 mmHg entsprechen sollte, oder ein medizinisch adaptives Kompressionssystem mit demselben Anpressdruck verordnet werden sollte.

Es reicht meist eine Kompressionstherapie des Unterschenkels (entsprechend der Verordnung A-D), da auch bei einer Oberschenkel-Thrombose ein Postthrombotisches Syndrom hierdurch ausreichend verhindert wird (2).

Bei Patienten mit starker Beinschwellung in der Akutphase kann es von Vorteil sein, die Kompressionstherapie zunächst mit einem Kompressionsverband zu beginnen und erst nach Rückgang der Schwellung einen Kompressionsstrumpf anzupassen, da der initial angepasste Strumpf sonst evtl. zu locker sitzen und ggf. den erforderlichen Anpressdruck unterschreiten würde. Die Orientierung am Beinumfang der Gegenseite ist bei der Entscheidung zwischen sofortiger Anpassung des Kompressionsstrumpfes und vorge-schalteter Anlage eines Kompressionsverbands hilfreich.

Die Kompressionstherapie ist aber ausschließlich für die von der Thrombose betroffene Extremität indiziert und sollte nach 3- bis 6-monatiger Initialtherapie über eine Anamnese der dann aktuellen Stauungsbeschwerden reevaluiert werden.

Anmerkung: Bei sehr starker Umfangsdifferenz zwischen Fessel und Wade oder vorbestehendem Lip- oder Lymphödem sollte zur Verhinderung des Einschneidens statt der rundgestrickten Kompressionsstrümpfe, flachgestrickte gewählt werden.

Abschliessend: Patientenedukation und die Rezeptierung von etwaig nötigen Anziehhilfen steigern die Adhärenz.



Kontraindikationen für die phlebologische Kompressionstherapie (aus AWMF S2k-Leitlinie zur medizinischen Kompressionstherapie):

- + Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit (wenn einer dieser Parameter zutrifft: ABPI < 0,5, Knöchelarteriendruck < 60 mmHg, Zehendruck < 30 mmHg oder TcPO₂ < 20 mmHg Fußrücken). Bei Verwendung unelastischer Materialien kann eine Kompressionsversorgung noch bei einem Knöchelarteriendruck zwischen 50 und 60 mmHg unter engmaschiger klinischer Kontrolle versucht werden.
- + Dekompensierte Herzinsuffizienz (NYHA III + IV)
- + Septische Phlebitis
- + Phlegmasia coerulea dolens

Literaturangaben:

- 1) Amin EE, Bistervels IM, Meijer K, Tick LW, Middeldorp S, Mostard G et al. Reduced incidence of vein occlusion and postthrombotic syndrome after immediate compression for deep vein thrombosis. *Blood* 2018; 132(21):2298–304. doi: 10.1182/blood-2018-03-836783.
- 2) Prandoni P, Noventa F, Quintavalla R, Bova C, Cosmi B, Siragusa S et al. Thigh-length versus below-knee compression elastic stockings for prevention of the postthrombotic syndrome in patients with proximal-venous thrombosis: a randomized trial. *Blood* 2012; 119(6):1561–5. doi: 10.1182/blood-2011-11-391961.

