

Sonderfall oberflächlicher Venenthrombosen

Morbus Mondor

Dr. med. univ. (AT) Florian Kellner, Dr. med. univ. (HU) Melinda Tátrai
Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)

Hintergrund

Thrombosen oder Thrombophlebitiden des oberflächlichen Venensystems kommen in der hausärztlichen Praxis relativ häufig vor. Sie betreffen fast ausschliesslich die untere Extremität und dort vor allem oberflächliche, meist variköse Venen des Unterschenkels (Varikophlebitis). Die Thrombophlebitis, die ein entzündliches Geschehen infolge eines thrombotischen Verschlusses darstellt, kann klinisch in der Regel leicht diagnostiziert werden (Rubor, Tumor, Dolor, Calor). Die Häufigkeit liegt bei 0,6/ 1000 Personen / Jahr [1]. Klinisch bedeutsam ist, dass etwa ein Viertel der betroffenen Patientinnen und Patienten gleichzeitig eine tiefe Venenthrombose aufweisen und bei 5% eine symptomatische Lungenarterienembolie vorliegt [2]. Hieraus lassen sich die Bedeutung einer exakten Diagnostik und der Stellenwert der Duplexsonographie – auch bei klinisch eindeutigem Befund – ableiten.

Der Morbus Mondor (benannt nach dem französischen Chirurgen Henri Mondor) stellt eine seltene Sonderform dieser oberflächlichen Venenthrombosen dar. Sie betrifft meist Venen in der anterolateralen Thoraxwand, als seltene Sonderform auch die dorsale Penisvene (peniler Morbus Mondor) und bedarf einer differenzierten Abklärung hinsichtlich der Ätiologie. Nicht selten ist der Morbus Mondor eine Komplikation anderer schwerwiegender internistischer oder gynäkologischer Krankheiten, wie des Mammakarzinoms, oder Ausdruck einer hereditären oder erworbenen Gerinnungsstörung und anderer

Erkrankungen des hämatoonkologischen Formenkreises.

Fallbericht

Anamnese

Eine 34-jährige Patientin stellte sich mit seit zwei Wochen bestehenden, ziehenden Schmerzen und einer Verhärtung in der linken Brust vor. Sie hatte zudem selbst eine Vergrößerung der axillären Lymphknoten bemerkt. Die Patientin gab sonst keine weiteren Beschwerden an. Insbesondere Fieber, Nachtschweiss oder Gewichtsverlust wurden verneint. Die Medikamentenanamnese war bland, chronische Krankheiten waren nicht bekannt. Die Familienanamnese hinsichtlich Mammakarzinoms und venöser Thromboembolien war negativ. Ein Trauma an der Brust sei dem Schmerz nicht vorausgegangen. Die Patientin nahm keine Kontrazeptiva ein und war Nichtraucherin.

Status

In der Mitte der Mamma links liess sich ein derber, geröteter Strang von knapp 10 cm Länge palpieren, der fast bis zur Axilla reichte. Die Haut war im betroffenen Bereich zudem sichtbar eingezogen und die Palpation war leicht schmerzhaft (Abb. 1).

In der Brust und axillär bestand sonst keine vermehrte Venenzeichnung im Vergleich zur Gegenseite. Das übrige Brustgewebe fühlte sich im Tastbefund unauffällig an. In der Axilla konnten mehrere druckdolente, ein bis zwei Zentimeter grosse,

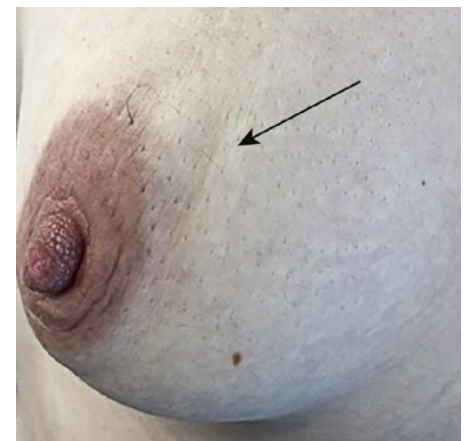


Abbildung 1: Palpierbarer, derber Strang (Pfeil) an der linken Mamma. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

verschiebliche Knoten palpieren. Die Patientin war afebril.

In Zusammenschau der Befunde stellte sich der hochgradige Verdacht auf eine Thrombophlebitis der Thoraxwand mit axillärer Lymphadenopathie.

Befunde

Die Patientin wurde bereits bei Erstkontakt sonographiert und im Verlauf konsiliarisch angiologisch mitbeurteilt. Bildmorphologisch zeigte sich in der Brustwand eine oberflächliche Vene ohne Dopplerfluss mit echoreichem Binnenreflex (Abb. 2A). Die Vene war über einige Zentimeter Länge nicht komprimierbar (Abb. 2B).

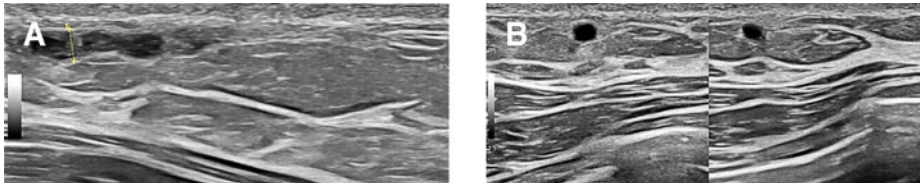


Abbildung 2: Doppler-sonographische Aufnahmen: **A)** Vena thoracica lateralis im Längsschnitt mit echoreichem Thrombus. **B)** Vena thoracica lateralis im Querschnitt. Rechts: Die Vene lässt sich nicht komprimieren.

Diagnose

Zusammenfassend konnte im Bereich der Vena thoracica lateralis links eine nicht mehr ganz frische oberflächliche Venenthrombose von 8 cm Länge ohne Kontakt zum tiefen Venensystem diagnostiziert werden. Axillär fanden sich zahlreiche vergrößerte Lymphknoten mit einem Durchmesser von gut 1 cm.

Therapie und Verlauf

Da es sich beim Morbus Mondor um eine Thrombophlebitis der oberflächlichen Venen handelt und kein enger Kontakt zum tiefen

Venensystem bestand, die Ausdehnung aber 5 cm überschritt, wurde leitliniengerecht eine prophylaktische Antikoagulation mit Fondaparinux 2,5 mg einmal täglich subkutan für 45 Tage verordnet. Darunter bildeten sich die Symptome komplett zurück. Die Patientin war nach circa vier Wochen schmerzfrei und der Thrombus sonographisch nicht mehr nachweisbar.

Zur Abklärung der Thrombosenursache wurden ein Röntgen des Thorax und eine Sonographie des Abdomens sowie eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung mit Mam-

mographie durchgeführt. Dabei fanden sich ebenso unauffällige Befunde wie im Thrombophilie-Screening.

Allgemeine Therapieempfehlungen

Oberflächliche Venenthrombosen sollen gemäss der aktuellen europäischen gefässchirurgischen Leitlinie für 45 Tage mit Fondaparinux 2,5 mg einmal täglich behandelt werden, sofern der Thrombus ≥ 3 cm von einer Vene des tiefen Systems entfernt liegt und der Thrombus ≥ 5 cm an Länge aufweist [3] (Abb. 3). Kurzstreckige Thrombophlebitiden werden rein symptomatisch behandelt, zum Beispiel mittels Kompression, Kühlung und nichtsteroidaler Antirheumatika. Ist die Thrombosierung < 3 cm durch eine Verbindung zum tiefen Venensystem entfernt, wird eine Antikoagulation wie bei einer tiefen Venenthrombose mit einem direkten Faktor-X-Inhibitor für drei Monate empfohlen (Abb. 3).

Fondaparinux gehört der Gruppe der selektiven Faktor-X-Inhibitoren an und war deren erster Vertreter. Rivaroxaban in prophylaktischer Dosierung (10 mg) zeigte sich in einer Studie [4] gegenüber Fondaparinux als nicht unterlegen, ist aber in der Indikation Thrombophlebitis nicht zugelassen. Als Alternative kann auch der Einsatz eines niedermolekularen Heparins wie Enoxaparin in prophylaktischer Dosis erwogen werden. Hier liegen aber keine ausreichenden Studiendaten vor.

Bei Varikophlebitiden an der unteren Extremität kann eine Behandlung der Varikose drei Monate nach Behandlung sinnvoll sein um Rezidive zu verhindern.

Diskussion

Die oberflächliche Venenthrombose stellt ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild dar. Ihre Ausdehnung und damit Therapierelevanz werden klinisch häufig unterschätzt. Daher ist für die Determinierung der Art und Dauer der Therapie (Abb. 3) eine Duplexsonographie unerlässlich. Weitere klinische und apparative Untersuchungen sind für die Abgrenzung der verschiedenen Ursachen gefordert. Die Ätiologie des Morbus Mondor ist zu etwa einem Drittel idiopathisch, bei einem weiteren Drittel der Patientinnen und Patienten ist ein Trauma ursächlich. In absteigender Häufigkeit liegen ein Mammakarzinom (circa 6%), entzündliche Prozesse (circa 5%) und hereditäre Thrombophilien der Thrombose zugrunde [5].

Die Ursachensuche zielt einerseits darauf ab, schwerwiegende Grunderkrankungen zu diagnostizieren und spezifisch behandeln zu können, andererseits darauf, gefährliche Verläufe und Komplikationen wie tiefe Venenthrombosen oder Lungenarterienembolien

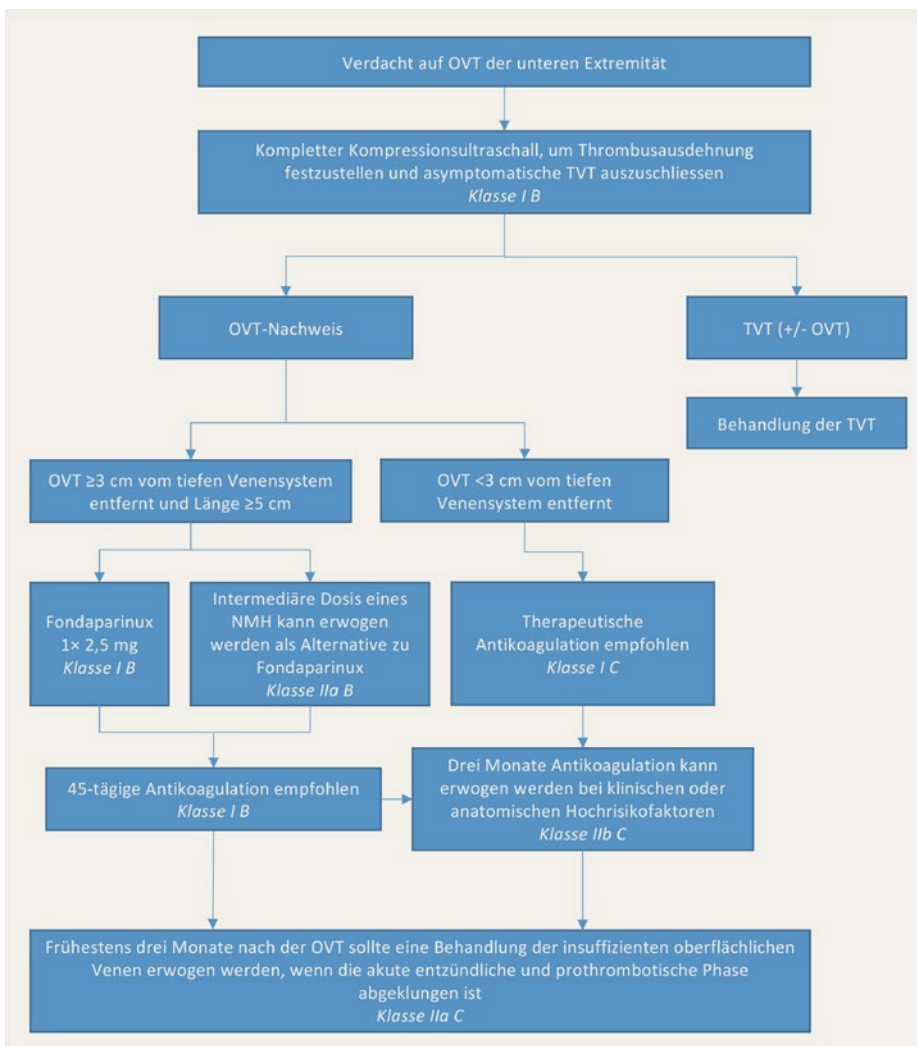


Abbildung 3: Algorithmus gemäss den Leitlinien der «European Society for Vascular Surgery» (ESVS) (aus [3]: Übersetzung, Modifikation und Nachdruck mit freundlicher Genehmigung). NMH: niedermolekulares Heparin; OVT: oberflächliche Venenthrombose; TVT: tiefe Venenthrombose.

© 2020 Published by Elsevier B.V. on behalf of European Society for Vascular Surgery.

Der besondere Fall

abzuwenden. Das Ausmass des Screenings sollte sich am Alter der betroffenen Person und ihren persönlichen Risikofaktoren orientieren, die anamnestisch gründlich erhoben werden müssen. Aktive Tumorerkrankungen, Immobilität und Aktivierung der Gerinnung nach operativen Eingriffen, Schwangerschaft, orale Kontrazeption (insbesondere in Kombination mit Nikotinabusus) sowie eine positive Familienanamnese sind die wichtigsten eine Thrombose begünstigenden Faktoren.

Bei unauffälliger Anamnese sollten im Rahmen einer Tumorsuche eine körperliche Untersuchung und ein Basislabor durchgeführt werden. Zudem sollten die altersentsprechenden Krebsvorsorgeuntersuchungen gemäss den Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften, falls nicht bereits erfolgt, ergänzt werden. Bei auch hier unauffälligen Befunden zeigte sich in Studien keine signifikante Reduktion der Mortalität durch extensives Screening (zum Beispiel Computertomographie von Thorax und Abdomen, Positronen-Emissions-Tomographie kombiniert mit Computertomographie [PET-CT]) [3]. Auch der Stellenwert eines Screenings nach hereditären Thrombophilien bei negativer Familienanamnese, wie im vorliegenden Fall durchgeführt, ist umstritten.

Im konkreten Fall gab insbesondere die axilläre Lymphadenopathie Anlass zur weiteren Abklärung. Da diese aber im Verlauf spontan rückläufig war und sich keine andere Ursache fand, war diese am ehesten im Rahmen der begleitenden Entzündungsreaktion, also der Thrombophlebitis selbst zu interpretieren.

Das Wichtigste für die Praxis

- Goldstandard in der Diagnostik der Phlebothrombosen ist die Duplex- respektive Kompressionssonographie.
- Die Therapie der oberflächlichen Venenthrombosen ist abhängig von ihrer Lokalisation und der Ausdehnung des Befundes.
- Nicht selten liegen bereits bei Erstdiagnose einer Thrombophlebitis begleitende tiefe Venenthrombosen oder Lungenembolien vor.
- Thrombophlebitiden bedürfen hinsichtlich ihrer Ätiologie einer sorgfältigen Abklärung.

Korrespondenz

Dr. med. univ. Florian Kellner
Allgemeine Innere Medizin
Praxis am Rhy AG
Schützenwiese 8
CH-9451 Kriessern
floriankellner[at]hin.ch

Verdankung

Die Autorin und der Autor bedanken sich bei Dr. med. Sebastian Michler, Gefässmedizin Rheintal, Heerbrugg, für die Bereitstellung der Ultraschallbilder (Abb. 2).

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Frappe P, Buchmuller-Cordier A, Bertoletti L, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost.* 2014;12:831–2.
- 2 Bauersachs RM. Oberflächliche Venenthrombose. *Dtsch Med Wochenschr.* 2021;146: 1237–42.
- 3 Kakkos SD, Gohel M, Bakgaard N, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVC) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2021;61(1):9–82. doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023
- 4 Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, et al.; SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol.* 2017;4(3):e105–e113.
- 5 Königer C, Kühn B, Lutzenberger HP, Thiermann G, Richter C. Morbus Mondor: Update – Diagnose- und Behandlungspfade der oberflächlichen Venenthrombose. *Z Allg Med.* 2014;90:39–42.



Dr. med. univ. (AT) Florian Kellner
Allgemeine Innere Medizin, Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)



Dr. med. univ. (HU) Melinda Tátrai
Allgemeine Innere Medizin, Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)