Agenesie der Vena cava inferior im klinischen Bild der Beinvenenthrombose und der Phlebitis der Vena saphena magna beim jungen Mann

H.-P. Steffen

Fallbeschreibung

Anamnese


Aufnahmefund

Guter Allgemein- und Ernährungszustand (72 kg bei einer Körpergröße von 178 cm), Blutdruck 110/70 mmHg an beiden Oberarmen gemessen, Pulsfrequenz 64/Minute. Orientierende Untersuchung von Cor, Pulmo und Abdomen sowie orientierende neurologische Untersuchung waren unauffällig. Unauffälliger arterieller Gefäß- und Reflexstatus. Palpatorisch war die Vena saphena magna als derber Strang palpabel mit lokaler Druckdolenz, Umfangvermehrung des rechten Oberschenkels gegenüber links (2 cm), keine massiven Dekompensationszeichen im Sinne einer ausgeprägten venösen Stauung.

Sonografie Beinvenen und Leisten-/Beckenengefäße

Grenzwertig große Lymphknoten im Bereich der rechten Leiste, überwiegend mit Fettlupus, keine größeren entzündlichen Lymphknoten. Fehlendes Flussignal in der Vena femoralis superficialis sowie der darstellbaren dis-

**Phlebografie rechts bei tiefer Venenthrombose (TVT)/Magnaphlebitis ohne sonografisch darstellbares zentrales Ende**

Aufklärung und Einverständniss vorliegend, 100 ml Kontrastmittel (KM) intravenös, komplikationslose Untersuchung.

**Befund**


Beurteilung


3. Thrombose der proximalen Vena saphena magna.

Thorax posterior-anterior (p. a.)

Altersentsprechender Befund von Herz und Lunge.
Computertomografie (CT)-Angio der Becken- und Beinengefäße mit KM wegen tiefer Venenthrombose (TVT) rechts zur Beckendarstellung mit Frage zentrales Thrombusende und Ausdehnung Becken/maligner Prozess? (Kreatinin 0,8, »thyroid stimulating hormone« [TSH] 1,5)

Befund
Nachweis eines frischen Thrombus in der Vena iliaca externa beginnend unmittelbar proximal des Abgangs der Vena saphena magna zirka 5 cm nach kranial reichend. Thrombosierung des Venenkonvoluts im rechten Unterbauch. Diskrete paraaortale und parailiakale Fettgewebeimbibierung sowie etwas Flüssigkeit oberhalb des Blasendachs. Langstreckig ließ sich keine Vena cava inferior abgrenzen. Erst ab Höhe der Nierenvenen regelrechte Darstellung der proximalen Vena cava inferior. Ausgedehnte venöse Umgehungs-
kreisläufe im rechten Unterbauch, paravertebral und intraspinell. Prominente Vena azygos.


Beurteilung
Ageneis der distalen Vena cava inferior bis auf Höhe der Einmündung der Nierenvenen mit ausgedehnten Umgehungs kreislaufwir kn in rechtem Unterbauch, paravertebral und intraspinal. Thrombose der Vena iliaca externa rechts über eine Länge von etwa 5 cm beginnend proximal des Abgangs der Vena saphena magna sowie Thromboseierung des Venenkonvolut in rechtem Unterbauch. Kein Tumornachweis.

Labor-Befunde
Leukozyten 9,69 (4,0–9,4 x 10^9/l), mittleres korpuskuläres Volumen (MCV) 96,2 (80–96 fl), »Fibrinogen derived« 404 (180–350 mg/dl), D-Dimer 4,18 (500 ug/l), Natrium 131 (135–144 mmol/l), Chlorid 97,3 (101–109 mmol/l), C-reaktives Protein (CRP) 47,9 (5 mg/l). Restliche Standardabwerte ohne pathologischen Befund, ferner Schilddrüsenwerte, Tumormarker und gesamte Thrombophiliediagnostik ohne pathologischen Befund.

Therapie und Verlauf
Bereits die vom Patienten geschilderte Symptomatik und die klinische Untersuchung gaben die Verdachtsdiagnose Phlebitis der Vena saphena magna und Becken-Beinvenenthrombose. Im Rahmen der standardisierten Diagnostikskaskade war schließlich ein zentrales Thrombusen in zu suchen, das durch CT-Diagnostik gesichert. Als Zufallsbefund konnte die Agenesie der Vena cava inferior bis unterhalb der Nierenvenen diagnostiziert werden mit intraabdomineller Thrombose einzelner Umgehungskreisläufe im rechten Unterbauch. Zudem Ausschluss einer Tumorerkranckung der abdominellen, re- troperitonealen und thorakalen Organe.

Die Therapie mit niedermolekularem Heparin wurde zeitnah direkt nach der stationären Aufnahme begonnen unter gleichzeitiger physikalischer Thrombose prophylaxe, der Therapie mittels Kompressionsstrumpf der Klasse II bei mäßiger Dekompensation bei Aufnahme des Patienten und schneller klinischer Rekompensation, verifiziert durch nahezu komplett Rückbildung der Beinschwellung innerhalb der ersten zwei Tage. Daher wurde von einer ultrahohen Streptokinasyse abgesehen.

Überlappend wurde die Marcomarisierung begonnen nach gastroenterologischer und ophthalmologischer Konsiliar vorstellung (Osophagogastroduodenoskopie und Augenhintergrunduntersuchung) für eine lebenslange Dauer mit Ziel »international normalized ratio« (INR) 2–3.

Diskussion
Die komplette oder Teil-Agenesie der Vena cava inferior ist ein seltenes angeborenes Krankheitsbild (5). Häufiger beschrieben sind die Doppelung der Vena cava inferior (1–3%) oder ein Situs inversus als linksseitige Lage des Gefäßes (0,2%) (6). Meist wird die Gefäßanomalie bei auffallenden Patienten nach Auftreten einer Komplikation im Sinne einer Becken-Beinvenenthrombose diagnostiziert (4). Die Diagnostik umfasst klinische Untersuchung, Duplexsonografie, Phlebografie und Spiral-CT, eventuell zusätzlich Magnetresonantomografie (MRT) sowie eine genaue Thrombophiliediagnostik.

Eine lebenslange Antikoagulation ist empfehlenswert (1) wegen des hohen Thromboserisikos. Eine evidenzbasierte Therapieempfehlung diesbezüglich existiert jedoch nicht.

Die Durchführung einer thrombolytischen Therapie ist eine Einzelfallabwägung und sollte vom klinischen schwerwiegender und der Thrombosmorphologie wie auch der Anatomie der Umgehungskreisläufe abhängig gemacht werden zur Einschätzung des möglichen Blutungsrisikos. Die Indikation zur Durchführung der Thrombolysis besteht bei ausgeprägter Dekompensation mit massiver Beinschwellung (2).

Die Agenesie der Vena cava inferior sollte bei idiopathischer tiefer Venenthrombose beim jungen Menschen immer als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen werden (3).

Literatur

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Horst-Peter Steffen
Capio Klinik im Park
Friedrichstr. 37
40721 Hilden
E-Mail: Horst-Peter.Steffen@capio.com