

Scientific Summary – Aktuelles aus der Wissenschaft

Der medizinische Kompressionsstrumpf zur Prophylaxe des postthrombotischen Syndroms bei Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose

Schwahn-Schreiber C et al. Phlebologie 2014;43:137-139.

#03

Im Fokus:

Der medizinische Kompressionsstrumpf zur Prophylaxe des postthrombotischen Syndroms bei Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose

Ende 2013 ist in der renommierten Fachzeitschrift *Lancet* eine prospektive, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie (SOX-Studie) publiziert worden, die in der Phlebologie für Diskussionen sorgt.¹ Es geht um die Frage: MKS – ja oder nein zur Prophylaxe des postthrombotischen Syndroms (PTS) bei Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose (TVT)?

Die Studie zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen (MKS mit 30 bis 40 mmHg versus Placebo-Strumpf mit < 5 mmHg) in Bezug auf das Auftreten eines PTS nach einer TVT. Die Autoren schlussfolgerten deshalb: MKS verhindern ein PTS nicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie hat hierzu eine Stellungnahme verfasst und in der Fachzeitschrift *Phlebologie* veröffentlicht.² Laut der Autoren wurden dabei gravierende methodische Schwächen der Studie aufgedeckt, sodass die oben genannte Schlussfolgerung nicht haltbar ist.

Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der Limitationen der SOX-Studie.

Limitationen der SOX-Studie²



Keine Angaben über Strumpflänge und -material

Versand der Strümpfe an die Patienten per Post

- Erst 14 Tage nach der Diagnose Thrombose
- Keine Angaben über den Zustand der Beine zum Zeitpunkt der Vermessung
- Kein Einüben des An- und Ausziehens unter Anleitung möglich

Kein Ausschluss einer ödemreduzierenden Wirkung der Placebo-Strümpfe (< 5 mmHg) möglich

Kritikpunkte bezüglich Compliance

- Mangelhafte Definition der Compliance: „frequent user“ = mind. 3-mal pro Woche MKS
- Niedrige Compliance-Rate nach 2 Jahren (nur 55 % der Patienten waren „frequent user“)

Subjektive Bewertung der Diagnose PTS und der Parameter Schmerz und Ödem

Empfehlungen / Studienlage



Länge und Material haben Einfluss auf die MKS-Wirksamkeit.^{3,4,7}

Ein MKS kann seine Wirkung nur bei adäquater Passform entfalten, d. h. die Längen- / Umfangmaße müssen die jeweils besondere Anatomie des betroffenen Beines berücksichtigen.^{3,7}

- Ein frühzeitiger Therapiebeginn in der Initialphase ist entscheidend für den Therapieerfolg.^{4,5,7,8}
- Eine systematische Dokumentation des Zustands und Umfangs der betroffenen Extremität bei der Vermessung ist zur Verlaufskontrolle empfehlenswert.
- Bei einem MKS mit 30 bis 40 mmHg ist ein Einüben des An- und Ausziehens empfehlenswert.

Studien belegen auch für sogenannte Placebo-Strümpfe eine ödemreduzierende Wirkung.⁶

Compliance

- MKS-Therapie = Erhaltungstherapie mit täglicher Anwendung (7 Tage pro Woche)
- Eine höhere Compliance verbessert den Therapieerfolg.

Eine objektive klinische Charakterisierung zur Diagnose / Differenzialdiagnose / Verlaufskontrolle ist erforderlich

(z. B. visuelle Analogskala (VAS), Photoplethysmographie, Ultraschall, Beinumfang-Messung).

Schlussfolgerung²

Die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie gibt deshalb folgendes Statement ab:

*„Aufgrund der dargestellten methodischen Schwächen sind die **Schlussfolgerungen der Publikation von S. Kahn [SOX-Studie]** trotz des renommierten Publikationsorgans **in höchstem Maße zweifelhaft**. Die bislang in den Leitlinien getroffenen Aussagen zur Bedeutung der Kompressionstherapie zur Prophylaxe des PTS sollten weiterhin Beachtung finden. Bislang ist der **Einsatz von MKS zur Prävention des PTS jedenfalls weiterhin leitliniengerecht**. Die Studie von Kahn et al. konnte nicht überzeugend das Gegenteil beweisen.“*

Leitlinienempfehlung^{5,7}

S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie

*„Um Häufigkeit und Schwere des **postthrombotischen Syndroms zu reduzieren, sollte frühzeitig mit einer Kompressionstherapie begonnen werden.**“⁵*

S2k-Leitlinie „Medizinische Kompressionstherapie

Die aktuelle S2k-Leitlinie „Medizinische Kompressionstherapie“ empfiehlt ebenfalls den Einsatz von Kompression in der Initial- und Folgebehandlung der tiefen Beinvenenthrombose. Die durch die SOX-Studie in Frage gestellte Wirksamkeit der Kompressionstherapie zur Prävention eines PTS konnte durch aktuelle Studien nochmals bestätigt werden.

„Bei Diagnosestellung einer tiefen Beinvenenthrombose soll sofort mit einer Kompressionstherapie begonnen werden.“⁷

„Nach tiefer Beinvenenthrombose sollte die Kompressionstherapie für mindestens 6 Monate fortgesetzt werden. Danach sollte sich die Fortsetzung und Dauer der Kompressionstherapie nach den subjektiven und objektiven Zeichen eines postthrombotischen Syndroms (z. B. Schmerzen, Schweregefühl, Ödem, Hautveränderungen) richten.“⁷

¹ Kahn SR et al. Lancet 2014;383(9920):880–888.

² Schwahn-Schreiber C et al. Phlebologie 2014;43:137–139.

³ Wienert V et al. Phlebologie 2006;35:315–320.

⁴ Schwahn-Schreiber C et al. Phlebologie 2016;45(4):207–214.

⁵ S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. Aktueller Stand: 10. Oktober 2015.

AWMF Leitlinien-Register Nr. 065/002. Online veröffentlicht unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-002.html> (Letzter Zugriff 10.08.2017).

⁶ Partsch H et al. J Derm Surg 2004;30:737–743.

⁷ Rabe E et al. S2k-Leitlinie: Medizinische Kompressionstherapie. Stand: 12/2018. Online veröffentlicht unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/037-005.html> (Letzter Zugriff: 13.05.2019)

⁸ Amin EE et al. Blood 2018;132:2298–2304.