

## Schrittweise zur Diagnose: Wie schlieÙe ich eine tiefe Venenthrombose aus?

**Initialer Schritt:** Bestimmung der klinischen Wahrscheinlichkeit mit dem WELLS-Score (siehe Tabelle)

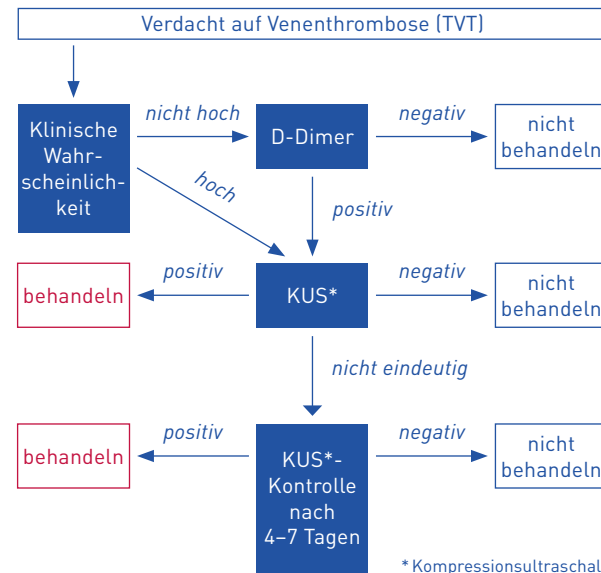
### Szenario 1:

- Klinische Wahrscheinlichkeit nicht hoch (< 2)
- Bestimmung D-Dimere
- D-Dimere negativ\*: keine Thrombose/nicht behandeln

### Szenario 2:

- Klinische Wahrscheinlichkeit hoch (>=2) **oder**
- D-Dimere\* erhöht
- Kompressionsultraschall und Behandlung nach Resultat (siehe Schema unten)

\* Bei Alter > 50 Jahre und Verwendung quantitativer Tests: Grenzwert an Alter anpassen (Grenzwert = Lebensalter × 10 µg/l)



### Bitte beachten!

- Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit kann bis zur Diagnosesicherung bereits mit der Antikoagulation begonnen werden
- Zu Beginn der Antikoagulation sollte eine Blutentnahme erfolgen (Basisgerinnungsstatus, Blutbild, Kreatinin/GFR)

Das Aktionsbündnis Thrombose klärt auf – über die Risiken und Gefahren von Thrombose und Lungenembolie sowie über die Möglichkeiten der Prävention, Diagnose und Behandlung.

Jetzt informieren unter [www.risiko-thrombose.de](http://www.risiko-thrombose.de)

### Kontakt

Infobüro Aktionsbündnis Thrombose  
c/o Deutsche Gesellschaft für Angiologie –  
Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V.

Haus der Bundespressekonferenz  
Schiffbauerdamm 40 · 10117 Berlin

T 030/208 888-31  
F 030/208 888-33  
E [info@risiko-thrombose.de](mailto:info@risiko-thrombose.de)  
• [www.risiko-thrombose.de](http://www.risiko-thrombose.de)

Stand: 05/2018

### Quelle:

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. VASA (2016), Volume 45, Supplement 90, 1–48

Die hier aufgeführten Hinweise basieren auf einer sorgfältigen Prüfung der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur und klinischen Informationen. Sie enthalten keineswegs Behandlungsmethoden oder Entscheidungskriterien für individuelle Fälle. Jeder Nutzer ist angehalten die Angaben ggfs. sorgfältig zu überprüfen und auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchung des konkreten Falls die angemessene Behandlungsentscheidung unter Berücksichtigung von Dosis, Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu treffen.

Aktionsbündnis Thrombose



Mit Unterstützung von



## Bestimmen Sie ganz einfach die klinische Wahrscheinlichkeit für eine Thrombose mit dem WELLS-Score!

WELLS-Score für die TVT	Punkte
1 Aktive Neoplasie	1
2 Paralyse, Parese oder Immobilisation der verdächtigen Extremität	1
3 Kürzliche Bettruhe >3 Tagen und/oder schwerwiegender chirurgischer Eingriff vor < 12 Wochen	1
4 Schmerzen/Verhärtung entlang der tiefen Beinvenen	1
5 Geschwollene Extremität	1
6 Einseitig geschwollener Unterschenkel (> 3 cm im Vergleich zur Gegenseite, Messung 10 cm distal der Tuberositas tibiae)	1
7 Ödem mit Dellenbildung	1
8 Vorhandensein von nicht-varikösen oberflächlichen Kollateralvenen	1
9 Frühere, dokumentierte TVT	1
10 Existenz einer Alternativdiagnose, welche mindestens so wahrscheinlich ist wie die TVT	-2

Hohe Wahrscheinlichkeit: Score ≥ 2  
Keine hohe Wahrscheinlichkeit: Score < 2

## Leitliniengerechtes Vorgehen bei Thromboseverdacht

Informationen für die hausärztliche Behandlung

# Therapie der Thrombose



## Leitliniengerechtes Vorgehen bei Thromboseverdacht



	WIRKSTOFF	HANDELSNAME	FIRMA	INITIALE THERAPIE	SEKUNDÄRPROPHYLAXE	NIERENINSUFFIZIENZ
	<b>Unfrakt. Heparine</b>					
	Heparin Natrium Heparin Calcium	Heparin Natrium Heparin Calcium	B. Braun ratiopharm	▪ Bolus 5000 IE, dann 15–20 IE/kg KG/h	▪ ca. 15–20 IE/kg KG/h nach aPTT	▪ keine weitere Anpassung erforderlich
	<b>Niedermol. Heparine</b>					
SUBCUTAN	Certoparin	Monoembolex 8000	Aspen	▪ 2 × 8000 IE s. c.		▪ KrCl 50–30 ml/min: Therapie unter besonderer Vorsicht ▪ KrCl < 30 ml/min: mit Vorsicht, individuelle Dosisanpassung nach Anti-Xa-Spiegel
	Dalteparin	Fragmin®	Pfizer	▪ 1 × 200 IE/kgKG s. c. oder ▪ 2 × 100 IE/kg/KG s. c.	▪ Rezidivprophylaxe bei onkologischen Patienten 1 × 200 IE/kgKG oder ▪ 2 × 100 IE/kg/KG s. c. für 4 Wochen dann 1 × 150 IE/kgKG s. c.	▪ KrCl > 30 ml/min: keine Angaben zur Dosisreduktion ▪ KrCl < 30 ml/min: erhöhte Vorsicht, Anti-Xa-Spiegel bestimmen
	Enoxaparin	Clexane®	Sanofi	▪ 2 × 1,0 mg/kgKG s. c.		▪ KrCl 50–30 ml/min: sorgfältige Überwachung, zumeist keine Dosisanpassung ▪ KrCl < 30 ml/min: Dosisanpassung nach Anti-Xa-Spiegel oder gemäß Dosiertabelle der Fachinformation
	Nadroparin	Fraxiparine®	Aspen	▪ 2 × 0,1 ml/kgKG s. c.		▪ KrCl 60–30 ml/min: mit Vorsicht, Dosisreduktion und Anti-Xa-Spiegel erwägen ▪ KrCl < 30 ml/min: kontraindiziert
	Tinzaparin	innohep®	LEO Pharma	▪ 1 × 175 Anti-Xa IE/kgKG s. c.	▪ Rezidivprophylaxe bei onkologischen Patienten 1 × 175 Anti-Xa IE/kgKG s. c.	▪ KrCl > 30 ml/min: keine Einschränkung ▪ KrCl < 30 ml/min: mit Vorsicht behandeln, Überwachung der Anti-Xa-Spiegel in Betracht ziehen
	<b>Anti-Xa-Antagonisten</b>					
	Fondaparinux	Arixtra®	Aspen	▪ 1 × 7,5 mg s. c. ▪ < 50 kg KG: 1 × 5,0 mg s. c. ▪ > 100 kg KG: 1 × 10,0 mg s. c.		▪ KrCl 50–30 ml/min: keine Dosisreduktion, maximal 7 Tage Therapie ▪ KrCl < 30 ml/min: kontraindiziert
	<b>Anti-Xa-Antagonisten</b>					
ORAL	Apixaban	Eliquis®	Pfizer	▪ 2 × 10 mg für 7 Tage	▪ Tag 8–6 Monate: 2 × 5 mg ▪ verlängerte Rezidivprophylaxe > 6 Monate: 2 × 2,5 mg	▪ KrCl < 30 ml/min: mit entsprechender Vorsicht ▪ KrCl < 15 ml/min: nicht empfohlen
	Edoxaban	Lixiana®	Daiichi-Sankyo	▪ NMH, UFH oder Fondaparinux für 5 Tage	▪ ab Tag 6: 1 × 60 mg	▪ KrCl 50–15 ml/min: 1 × 30 mg (auch bei Körpergewicht ≤ 60 kg oder gleichzeitiger Anwendung bestimmter P-gp-Inhibitoren) ▪ KrCl < 15 ml/min: nicht empfohlen
	Rivaroxaban	Xarelto®	Bayer	▪ 2 × 15 mg für 21 Tage	▪ ab Tag 22: 1 × 20 mg ▪ verlängerte Rezidivprophylaxe > 6 Monate: 1 × 10 mg oder 1 × 20 mg	▪ KrCl 50–30 ml/min: ggfs. 1 × 15 mg, abh. vom Blutungsrisiko ▪ KrCl < 30 ml/min: mit Vorsicht anwenden, ggfs. 1 × 15 mg ▪ KrCl < 15 ml/min: nicht empfohlen
		<b>Direkter Thrombin-Inhibitor</b>				
	Dabigatran	Pradaxa®	Boehringer Ingelheim	▪ NMH, UFH oder Fondaparinux für 5 Tage	▪ ab Tag 6: 2 × 150 mg	▪ KrCl 50–30 ml: ggfs. 2 × 110 mg ▪ KrCl < 30 ml: kontraindiziert
	<b>Vit.-K-Antagonisten</b>					
	Phenprocoumon	Marcumar® Falithrom®		▪ Volltherapeutische Therapie mit NMH, UFH oder Fondaparinux für fünf Tage, parallel Beginn mit Phenprocoumon	▪ n. INR (Zielbereich 2–3)	▪ kontraindiziert, wenn das Blutungsrisiko den möglichen therapeutischen Benefit überwiegt