

von röntgendichten Konkrementen in den ableitenden Harnwegen. Gefüllte Harnblase ohne Nachweis einer Wandverdickung. CT-morphologisch unauffälliger Gastrointestinaltrakt. Altersentsprechend unauffälliges, mitabgebildetes Skelett.

#### Beurteilung

Agnesie der distalen Vena cava inferior bis auf Höhe der Einmündung der Nierenvenen mit ausgedehnten Umgehungskreisläufen im rechten 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 Thrombosierung des Venenkonvoluts im rechten Unterbauch. Kein Tumornachweis.

#### Labor-Befunde

Leukozyten 9,69 (4,0–9,4 x 10<sup>3</sup>/ul), mittleres korpuskuläres Volumen (MCV) 96,2 (80–96 fl), »Fibrinogen derived« 404 (180–350 mg/dl), D-Dimer 4.181 (< 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 Standardlaborwerte 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 Diagnostik-kaskade war schließlich ein zentrales Thrombusende zu suchen, das durch CT-Diagnostik geschah. Als Zufallsbefund konnte die Agnesie der Vena cava inferior bis unterhalb der Nierenvenen diagnostiziert werden mit intra-abdomineller Thrombose einzelner Umgehungskreisläufe im rechten Unterbauch. Zudem Ausschluss einer Tumorerkrankung der abdominalen, re-

troperitonealen und thorakalen Organe.

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

Überlappend wurde die Marcumarisierung begonnen nach gastroenterologischer und ophthalmologischer Konsiliarvorstellung (Ösophagogastroduodenoskopie und Augenhintergrunduntersuchung) für eine lebenslange Dauer mit Ziel-»international normalized ratio« (INR) 2–3.

### Diskussion

Die komplette oder Teil-Agnesie 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 auffallend jungen Patienten nach Auftreten einer Komplikation im Sinne einer Becken-Beinvenenthrombose diagnostiziert (4). Die Diagnostik umfasst klinische Untersuchung, Duplexsonografie, Phlebografie und Spiral-CT, eventuell zusätzlich Magnetresonanztomografie (MRT) sowie eine genaue Thrombophiliediagnostik.

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

Die Durchführung einer thrombolytischen Therapie ist eine Einzelfallabwä-

gung und sollte vom klinischen Beschwerdebild und der Thrombosemorphologie wie auch der Anatomie der Umgehungskreisläufe abhängig gemacht werden zur Einschätzung des möglichen Blutungsrisikos. Die Indikation zur Durchführung der Thrombolysen besteht bei ausgeprägter Dekompensation mit massiver Beinschwellung (2).

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

#### Literatur

1. Körber T, Petzsch M, Placke J, Ismer B, Schulze C (2001): Akute Becken-Beinvenenthrombose bei Agnesie des renalen Segmentes der Vena cava inferior. *Z Kardiol* 90, 52–57
2. Ziegler T, Winkler C (2003): Agnesie der Vena cava inferior bei einem 20-jährigen Mann. *Schweiz Med Forum* 38, 909–912
3. Zaniewski M, Urbanek T, Kostecki J (2004): Embolisierende Thrombose bei Fehlbildung der V. cava inferior. *Phlebologie* 33 (4), 128–130
4. Gil RJ, Pérez AM, Arias JB, Pascual FB, Romero ES (2006): Agnesis of the inferior vena cava associated with lower extremities and pelvic venous thrombosis. *J Vasc Surg* 44, 1114–1116
5. Halbmayr WM, Radek J, Duschet P, Lindeck G, Gschnait F, Czembirek H, Fischer M (1993): Rezidivierende Venenthrombosen bei Vena cava inferior Hypoplasie und Faktor XII-Mangel. *Dtsch Med Wschr* 118 (43), 1561–1566
6. Ueda J, Hara K, Kobayashi Y, Ohue S, Uchida H (1983): Anomaly of the inferior vena cava observed by CT. *Comput Radiol* 7, 145–154

#### Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Horst-Peter Steffen  
Capio Klinik im Park  
Venenzentrum Nordrhein-Westfalen  
Hagelkreuzstraße 37  
40721 Hilden  
E-Mail [Horst-Peter.Steffen@de.capio.com](mailto:Horst-Peter.Steffen@de.capio.com)