

Varizen stadiengerecht behandeln

DIE ÜBERLEGENHEIT der operativen oder interventionellen Behandlung von Varizen gegenüber der rein konservativen Therapie ist durch zahlreiche Studien belegt; sie muss selbstverständlich stadiengerecht erfolgen.

UNTER KRAMPFADERN (Varizen) der unteren Extremität versteht man eine Erweiterung und Schlingelung oberflächlicher (subkutaner oder epifaszialer) Venen.

Symptome sind ein Schweregefühl in den Beinen, insbesondere beim Stehen und Sitzen, Beinschwellung (Ödem), Hauterscheinungen wie Stauungsdermatitis mit Juckreiz, Hyperpigmentierung, Dermatosklerose und Ulcus cruris.

Sammelbegriffe für dieses klinische Erscheinungsbild sind chronisch venöse Insuffizienz (CVI) und Stammveneninsuffizienz.

Außer den oben beschriebenen Varizen gibt es noch Besenreiser (besonders zarte intrakutane Venenerweiterungen) sowie retikuläre Varizen, die sich an der Grenze zwischen Haut und Subkutis befinden.

DIAGNOSTIK

Zuerst muss die Anamnese erhoben werden durch Erfragen von Symptomen (s.o.), früherer Thrombophlebitis, früherer tiefer Venenthrombose (TVT) und früheren Behandlungen. Es folgt die klinische Untersuchung durch Inspektion und Palpation. Außerdem soll die Abgrenzung gegenüber einer arteriellen Verschlusskrankheit (Pulse tasten!) erfolgen.

Die wichtigste und obligate apparative Untersuchung stellt die farbcodierte Duplexsonografie dar. Zu dieser Untersuchung sind eine spezielle Ausbildung und spezielle Gerätschaft notwendig. Es soll der Reflux von oberflächlichen (Vena saphena magna und parva; Stammvenensystem) in das tiefe Venensystem (Vena poplitea, Vena femoralis, Vena iliaca; Leitvenensystem) bestimmt werden; auch der Ort des Refluxes (z.B. Einmündung der Vena saphena magna in die Vena femoralis in der Leiste) und somit der



Für die Diagnose braucht es auch eine klinische Untersuchung durch Inspektion und Palpation

proximale und der distale Insuffizienzpunkt soll definiert werden. Die Untersuchung erfolgt am stehenden Patienten. Ferner werden die Durchgängigkeit der tiefen Venen (Voraussetzung für einen Eingriff an oberflächlichen Varizen) kontrolliert sowie insuffiziente Perforansvenen lokalisiert und angezeichnet („Mapping“).

Eine Phlebographie (invasiv!, Verwendung von Kontrastmittel, Strahlenbelastung!) ist nur in begründeten Ausnahmefällen indiziert.

THERAPIE

Diese kann konservativ erfolgen als Kompressionstherapie mit Stützstrümpfen der Kompressionsklasse II, Heparinoidsalben und Gels, oraler Medikation (Flavonoide zur Verbesserung der Mikrozirkulation) sowie physikalischer Therapie (Venengymnastik).

Indikation zur Operation bzw. interventionellen/endovenösen Behandlung (Laser, Radiofrequenzablation):

Aufgrund der guten Ergebnisse und der geringen Morbidität von Operation oder endovenöser Intervention kann die Indikation weit gestellt werden. Außerdem ist die Überlegenheit der operativen oder interventionellen Behandlung von Varizen gegenüber rein konservativer Therapie durch Studien ausreichend belegt.

Operative Therapie: Hier steht die konventionelle/klassische Operation mit Varizenstripping nach Babcock und Crossektomie (Unterbindung aller in die Vena saphena magna einmündender Venenäste in der Leiste sowie Absetzen der Vena saphena magna an ihrer Einmündung in die Vena femoralis) nach wie vor zur Verfügung. Dieses Varizenstripping hat vorübergehende Hämatome zur Folge. Außerdem kann eine Nervussaphenus-Irritation/Saphenusneuralgie entstehen, insbesondere wenn die Vene am Unterschenkel gestrippt wird. Alternativ steht das weniger invasive Invaginationsstripping (PIN-Stripper) zur Verfügung.

Es sind noch weitere Eingriffe in der Leiste beschrieben, die den Erhalt der Vena saphena magna für spätere Herz- oder Gefäßoperationen zum Ziel haben: Eingriffe an den Venenklappen oder Umhüllung des Einmündungsteils der Vena saphena magna mit Dacron.

Interventionelle, invasive Behandlungsmöglichkeiten (endovenöse Obliteration): Hier stehen die endovenöse Laserobliteration sowie die endovenöse Radiofrequenzablation (RFA) zur Verfügung. Beide Verfahren verfolgen ähnliche Ziele: Endothelschädigung durch Hitze, dadurch Obliteration des Lumens der Vene, später Fibrosierung und weitgehende Absorption der Vene. Auf eine Crossektomie wird dabei verzichtet. Wichtig ist die Beherrschung der Ultraschalltechnik zur Punktion der Vena saphena magna meist am proximalen Unterschenkel, ultraschallgezielt mit



Die Varikose ist ein sehr häufiges Krankheitsbild in der westlichen Welt

einem Venflon, die Obliteration – mittels Lasersonde mit definierter Energie und Rückzugsgeschwindigkeit – der Vena saphena magna bis exakt an ihre Einmündung in die Vena femoralis sowie die Ultraschallkontrolle über die tatsächlich erfolgte Obliteration dieser Vene. Für diesen Eingriff ist eine Tumescenzanästhesie notwendig: Umspritzen des die Vena saphena magna umgebenden Subkutangewebes im gesamten Verlauf mit Kochsalzlösung und 0,5%igem Lokalanästhetikum. Weiters wichtig ist eine Trendelenburg-Lagerung (Kopftieflage), um das Instrumentieren in der weitgehend blutleeren Vene zu ermöglichen. Die Kochsalzinstillation um die Vene (s.o.) dient dem Gewebeschutz, insbesondere bei schlanken Patienten, gegenüber der entstehenden Hitze (Laser, Radiofrequenzablation). Der Eingriff kann in Lokalanästhesie (Tumescenz) und Sedoanalgesie oder in zusätzlicher Allgemeinnarkose oder Spinalanästhesie erfolgen.

Nichtthermische endovenöse (minimalinvasive) Verfahren: Schaumsklerosierung, bei der die Obliteration der Stammvene mit einem geschäumten Sklerosierungsmittel erfolgt, sowie eine mechanische Endothelzerstörung durch einen ebenfalls endovenös eingebrachten Rotor mit nachfolgender Sklerosierung (flüssiges Sklerosierungsmittel).

Bei der Operation/endovenösen Intervention werden je nach Aus-

dehnung und Lokalisation des Varizenleidens noch Perforansvenen und Seitenastvarizen mitbehandelt. Perforansvenen sollen präoperativ angezeichnet (Begriff des „Mapping“), operativ aufgesucht und ligiert oder endovenös mit Laser oder Radiofrequenz ausgeschaltet werden. Bei der operativen Methode kommt die Miniphlebektomie nach Varady mit 1–2 mm großen Stichinzisionen und Herausziehen der Varize mit häkelnadelähnlichen Instrumenten zur Anwendung.

Nach den Leitlinien der Varizenbehandlung in den USA ist die endovenöse Behandlung der operativen (Stripping) vorzuziehen. Warnung: Diese Studien sind möglicherweise firmengebiast.

Die endoskopische Perforansvenendissektion hat angesichts der guten Alternativen (Methode nach Varady, Laser, Radiofrequenz) an Bedeutung verloren, ist allerdings bei Hautbeeinträchtigung (Ulcera cruris) mit gutem Erfolg indiziert.

Aufgrund der Grunderkrankung (chronisch venöse Insuffizienz) sind Patienten stets über die Möglichkeit eines Varizenrezidivs aufzuklären.

Die operative oder interventionell-endovenöse Therapie von Varizen hat selbstverständlich stadiengerecht – Stammvarizen, Perforansinsuffizienz, Seitenastvarikose, Besenreiser – zu erfolgen.

Seitenastvarizen:

Auch diese werden präoperativ im Stehen angezeichnet und vorzugsweise mit der Miniphlebektomie nach Varady (s.o.) entfernt. Alternativ: Schaumsklerosierung.

Besenreiservarizen:

Das Erscheinungsbild ist nicht so augenfällig wie das der zuvor beschriebenen Varizen, das Behandlungsergebnis (Flüssigsklerosierung, transkutane Radiofrequenz, transkutaner Laser) nicht immer befriedigend.

NACHBEHANDLUNG

Die operative oder interventionelle endovenöse Behandlung erfordert Operationssaal oder einen entsprechenden Behandlungsraum. Die Behandlung kann tageschirurgisch oder mit maximal einer Übernachtung erfolgen. Die Nachbehandlung erfolgt mit Stützstrümpfen der Kompressionsklasse II über drei bis vier Wochen. Auch eine kürzerfristige Kompressionsbehandlung ist möglich. Perioperativ wird eine Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin verabreicht, eine längere (eine Woche) Heparinisierung ist nach Leitlinien möglich, aber nicht obligat. Zusätzliche Maßnahmen (siehe konservative Therapie am Anfang des Artikels) sind möglich.

Nach endovenöser Therapie soll die Obliteration der entsprechenden Vene (Saphena magna oder parva) im weiteren Verlauf mit Duplexsonografie dokumentiert werden.

Literatur:

- Schmedt CG, Dikic S, Demhasaj S, Küspert T, Diagnostik und Therapie der Stammveneninsuffizienz (CME-zertifizierte Fortbildung). Gefäßchirurgie 2015; 8:589–607

Univ.-Prof. Dr. ALBERT TUCHMANN, FACS
 Facharzt für Chirurgie,
 Generalsekretär der Österreichischen
 Gesellschaft für Chirurgie, 1010 Wien
 info@tuchmann.at

