

Operative Behandlung der Varikosis heute

Venen entfernen, verschließen oder erhalten?

Seit der Einführung des Strippings zur kompletten Entfernung der Stammvarizen zu Anfang des 20. Jahrhunderts hat sich bis in die späten 80er Jahre kaum eine Änderung der Grundidee in der Therapie der Varikosis ergeben, abgesehen von einer Hinwendung zu kosmetischem Bewusstsein und möglichst schonenden Betäubungsformen. Die Indikation zu diesem Eingriff war klar: Varizen werden erst operativ behandelt, wenn sie Symptome machen oder wenn sich Hautveränderun-

gen einstellen. Heute hat sich die Indikation geändert – es wird ein frühzeitiges Operieren propagiert, lange bevor Folgeschäden (tiefe Leitveneninsuffizienz) auftreten. Die noch unveröffentlichten Ergebnisse der Bonner Epidemiologischen Studie von Prof. Rabe und Kollegen belegen den Sinn dieser Vorgehensweise: Im Vergleich zu den epidemiologischen Daten aus den 60er Jahren ist die Prävalenz von „offenen Beinen“ (Ulcus cruris) deutlich zurückgegangen.

Krampfaden entwickeln sich an den so genannten oberflächlichen Beinvenen. Physiologischerweise fließt das Blut von den oberflächlichen Venen in die tiefen und über die tiefen Beinvenen zum Herzen unter Unterstützung der Muskelpumpe (s. Abb. 1a). Wenn das Blut diese Richtung nicht einhält und zum Beispiel über nicht mehr kompetente Klappen aus dem tiefen Venensystem in das oberflächliche austritt, werden die oberflächlichen Gefäße überfüllt mit einer großen Menge an Blut. Es fließt wieder zum Fuß zurück, man nennt dies Rezirkulation oder Wiederholungskreislauf (s. Abb. 1b).

Durch die Volumenüberlastung dehnen sich Stammvenen, Seitenäste und schließlich die kleineren Kapillare. Der Abtransport der zellulären Abfallprodukte und der Gewebeflüssigkeit kann reduziert werden, diese lagern sich auf Dauer in die Gewebe ein und verursachen Schwellung, Kribbeln, Hautveränderungen bis hin zum offenen Bein. Durch den Druck in den venösen Kapillaren wird auch die arterielle kapillare Versorgung verschlechtert.

Die Volumenüberlastung kann jedoch auch jahrelang symptomlos bleiben, weswegen Patienten mit kräftigen Krampfaden oft nicht zum Arzt gehen. Bei ihnen können, wie man heute weiß, Schäden an den tiefen Beinvenen auftreten, die oft irreversible sekundäre Leitveneninsuffizienz, bevor der Patient Symptome der Krampfaden entwickelt. Daher ist die Therapie der Varikosis immer indiziert.

Seit den 80er Jahren wurde der Varikosis zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt, was in Deutschland nicht zuletzt Prof. Wolfgang Hach zu verdanken ist. Er propagierte das stadiengerechte Stripping, das heißt, das Entfernen nur der Anteile der Stammvenen, die wirklich erkrankt sind. Parallel entwickelten sich weitere Therapieformen, die in drei großen Gruppen zusammengefasst werden können:

Entfernen der Venen:

Stripping mit Babcock-Sonde
Endo-Stripping
Kryo-Stripping
Trivex Verfahren

Venen verschließen und im Bein belassen

Veröden
VNUS – Closure
Endo-Laser

Venen erhalten, Blutfluss korrigieren

Externe Valvuloplastie
CHIVA

Obwohl heute klar ist, dass Krampfaden unabhängig von ihren Symptomen so früh wie möglich behandelt werden sollten, ist die Therapie so gut wie nie ein Notfall (s.u.). Der Patient kann in der Regel in Ruhe überlegen. Die Erfahrungen des Hausarztes bei anderen Patienten mit der einen oder anderen Methode spielen auch eine Rolle bei der Beratung des Patienten. Für diese Zeit ist das Tragen eines Kompressionsstrumpfes anzuraten.

In diesem Artikel wird exemplarisch von der Therapie der Vena saphena magna gesprochen, obwohl selbstverständlich auch die Vena saphena parva erkrankt sein kann. Ebenso wird bei den

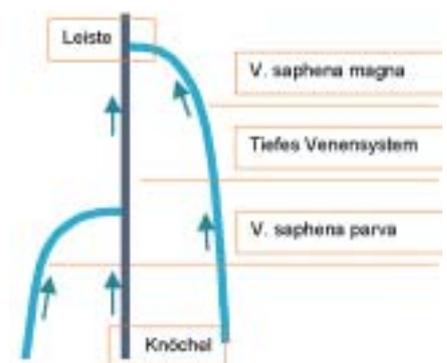


Abb. 1a: Blutfluss im gesunden Venensystem. Die Flussrichtung wird durch die Pfeile angegeben.

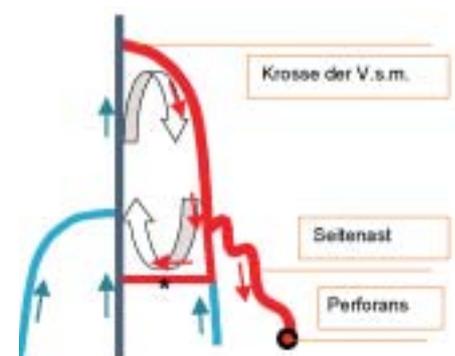


Abb. 1b: Rezirkulationskreislauf mit Austritt aus Sapheno-femoralem Übergang (Krosse), Reflux in Vena saphena magna, Übertritt des Refluxes in die tiefe Beinvene über eine Perforansvene (*) und Übertritt des Refluxes in einen Seitenast. Nach Hach: Komplette Stammveneninsuffizienz im Stadium III

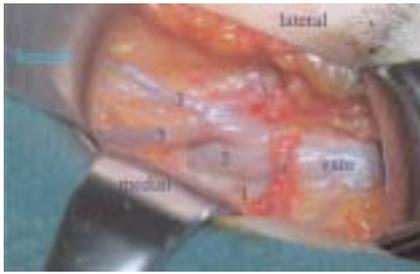


Abb. 2: **Krosse der Vena saphena magna**

a: Foto nach Präparation der Krosse am linken Bein.

- 1 – Vorderwand der Vena femoralis communis
- 2 – Sapheno-femorales Übergang der Vena saphena magna
- 3 – Venensternseitenäste
- 4 – kleine Arterie, die hier oft kreuzt.

Nebenwirkungen nur auf die für die Methode spezifischen eingegangen, die allgemein möglichen Nebenwirkungen eines Eingriffes werden nicht aufgezählt.

Entfernen der Venen

Allen Formen der Venenentfernung gemeinsam ist bei Insuffizienz der Vena saphena magna die Krossektomie. Das bedeutet: Die Verbindung der Vena saphena magna zur tiefen Beinvene (Vena femoralis) und den Venenstern (das sind die Seitenäste, die mit der Vena saphena magna in der Leiste in die tiefe Beinvene münden) freilegen, die einzelnen Venen unterbrechen und die Venen so weit wie aus diesem Schnitt möglich zu entfernen (Abb. 2 a/ b). Der Übergang zur tiefen Beinvene wird direkt an der Vorderwand derselben abgesetzt. Die Krossektomie ist das Kernstück der Venen-entfernenden Verfahren. Die meisten Rezidive nach Entfernen der Venen entstehen in diesem Bereich.

Babcock- und Endo-Stripping

Babcock beschrieb das Entfernen der gesamten Vena saphena magna durch Freilegen derselben am Knöchel und in der Leiste, Einführen eines Führungsdrahtes durch die gesamte Vene, bis der Draht am anderen Ende wieder hervorschaut (Abb. 3 a), Anbringen einer so genannten Olive an diesem Ende – eine Art Knopf, der größer ist, als die Vene, damit er die Vene beim Ziehen am Führungsdraht vor sich herschieben kann (Abb. 3 b), und Zurückziehen des Draht-

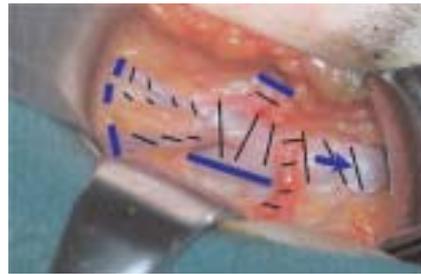


Abb. 2:

- b: Vorgehensweise bei klassischer Krossektomie
- Blau Striche: Ligaturen und Durchtrennungen
- Schwarze Striche: Diese Gefäße werden völlig entnommen
- Blauer Pfeil: Hier wird der Führungsdraht in die Vena saphena magna eingeführt.

tes mitsamt der Olive und somit der Vene (Abb. 3 c). Größere Seitenäste und Perforansvenen werden vorher freigelegt und abgesetzt, kleinere werden beim Zurückziehen abgerissen.

Heute geht man oft schonender vor. Man zieht nur noch den erkrankten Teil der Vene und verwendet die so genannte Endo-Stripping-Variante: Der Führungsdraht wird an das Ende der Vene verankert und die Vene wird invaginiert – sie wird in sich selbst „umgekrempelt“, damit wird bedeutend weniger Gewebe verletzt (Abb. 3 d). Erkrankte Seitenäste

werden über kleine Stichinzisionen zusätzlich mit Häkelverfahren entfernt, dieses Vorgehen heißt Seitenastexhairese oder mini-Phlebektomie.

Kryo-Stripping

Bei diesem Verfahren wird eine Sonde in die Vene eingeführt, die dann gekühlt wird. Die Vene gefriert an der Sonde fest und kann „en bloc“ herausgezogen werden. Dieses Verfahren ist auch für Seitenäste geeignet, wobei aus wenigen Schnitten viele Seitenäste entfernt werden können.

Trivex-Verfahren

Der Verlauf der Vena saphena magna wird mit Intumeszenz-Anästhesie vorbereitet, so dass die Gewebeschichten durch die viele Flüssigkeit nicht mehr so kompakt aneinander liegen. Es wird ein Endoskop mit einer Lichtquelle unter die Haut geführt, die Vene mit einem Häcksel-Gerät zerkleinert und in das Endoskop aufgesaugt.

Spezifische Nebenwirkungen der Venen-entfernenden Verfahren:

Verletzung der Begleitnerven, die insbesondere am Unterschenkel nahe an der Vena saphena magna verlaufen mit dauerhaften Hypästhesien am Innenknöchel (seltener bei Endo-Stripping). Es bil-

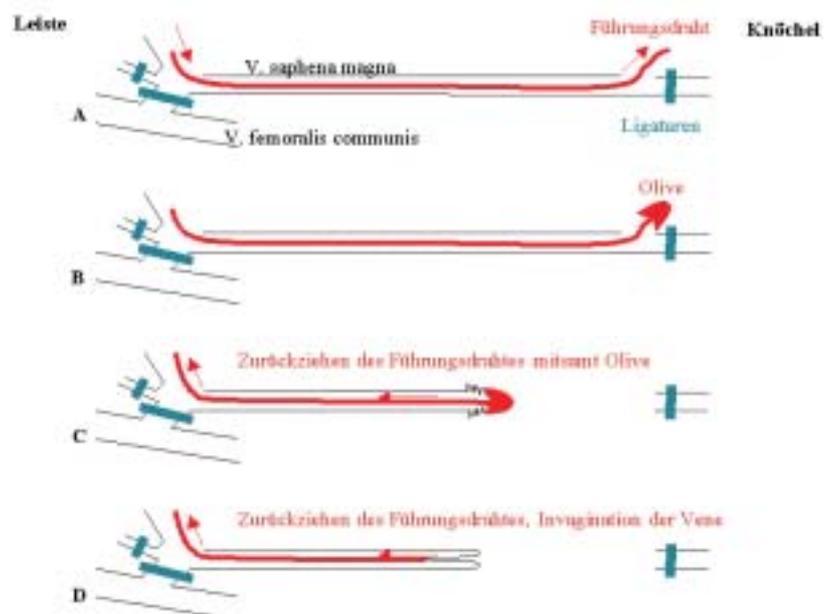


Abb. 3: Schematische Darstellung des Strippings nach Babcock und des Endo-Strippings, Erklärung s. Text. Auf die Darstellung von Seitenästen wurde für eine bessere Übersicht verzichtet.

den sich im Verlauf der entfernten Vene und an den Stellen, wo Seitenäste abgerissen werden Hämatome, die sehr schmerzhaft sein können. In der Regel werden die Patienten nach dem Eingriff zwei Wochen krank geschrieben. Bei ca. 20 Prozent der Patienten wird verödet oder eine Seitenastexhairese durchgeführt.

Venen verschließen und im Bein belassen

Bei diesen Verfahren werden die erkrankten Venen zwar im Bein belassen, aber so verschlossen, dass kein Blut mehr durch sie fließen kann.

Veröden

Das klassische Veröden der Besenreiser und Netzkrampfaden ist in geübten Händen eine sehr erfolgreiche Behandlung. Allerdings muss vorher eine Stamm- oder signifikante Seitenastvarikosis ausgeschlossen werden, die zuerst behandelt werden müsste. Bei der Verödung handelt es sich um eine IGeL-Leistung, da das Veröden keine „medizinisch notwendige“ Therapie darstellt. Auch Allgemeinärzte können auf Kursen diese Technik erlernen und in ihrer Praxis erfolgreich anwenden. In geübten Händen handelt es sich um eine sichere Methode, die allenfalls eine Phlebitis verursachen kann. Bei Extravasat der Substanz können Braunverfärbungen und Hautnekrosen auftreten.

Heute kann man Äthoxysklerol mit Luft aufschäumen, so dass das Verödungsmittel eine hohe Viskosität erreicht und ultraschallgesteuert direkt in die kräftigen Venen eingebracht werden kann. Durch die Aufschäumung wird die Verweildauer in der Vene erhöht, so dass das Risiko einer tiefen Beinvenenthrombose deutlich herabgesetzt ist. Diese Therapieform sollte jedoch nur geübten Händen überlassen werden.

VNUS-Closure

Im Bereich des Knies wird die Vena saphena magna freigelegt und eine Kanüle eingeführt. Hierüber wird eine Sonde bis zur Leiste vorgeschoben. Nach Kontrolle der Lage mittels Ultraschall wird am Ende der Sonde ein elastischer Drahtkorb ausgefahren, der sich

an die Venenwand schmiegt. Er wird auf 85°C erhitzt und dann langsam, aber kontinuierlich, zurückgezogen. Die Vene schrumpft unter der Wärmeeinwirkung und verschließt sich. Im Ultraschall ist nach dem Eingriff die Vene nur noch als solider Strang zu sehen. Insuffiziente Seitenäste müssen verödet oder mit mini-Phlebektomie entfernt werden.

Endo-LASER

Im Bereich des Knies wird die Vena saphena magna anpunktiert und eine LASER-Sonde unter Ultraschallkontrolle bis zur Leiste vorgeschoben, dann der LASER eingeschaltet und die Sonde kontinuierlich zurückgezogen. Die Venenwand wird dort, wo sie von der Sonde berührt wird, erhitzt und es entsteht eine Venenwandverletzung, die zu einer Entzündung mit Gerinnselbildung in der Vena saphena magna führt, aber auch zu Perforationen. Im Ultraschall kann man nach dem Verfahren sehen, dass die Vene denselben Durchmesser hat, wie vor dem Verfahren, nur dass sie durch ein Gerinnsel und Schwellung der Venenwand verlegt ist. Ungeklärt ist hierbei, wie häufig dabei Gerinnsel in die tiefe Beinvene hineinwachsen, da die Leiste nicht unterbrochen wird (sog. „aszendierende Phlebitis“, s.u.). Insuffiziente Seitenäste müssen verödet oder mit Mini-Phlebektomie entfernt werden (s.o.).

Nebenwirkungen der Verschluss-Methoden (VNUS und LASER)

Der venöse Verschluss durch Wärme bzw. LASER kann schmerzhaftes Venenentzündungen zur Folge haben. Die Krosse an sich wird nicht therapiert. Hier fehlen noch Langzeituntersuchungen, um festzustellen, ob sich hieraus Rezidive entwickeln.

Seitenäste müssen ergänzend therapiert werden (mit mini-Phlebektomie oder Verödung). Für besonders kaliberstarke Stammvenen sind die Verschluss-Methoden nur bedingt einsetzbar.

Venen erhalten, Blutfluss korrigieren

Externe Valvuloplastie

Diese Methode geht davon aus, dass sich die Klappensegel in einer gedehnten

Vene nicht mehr treffen können und daher ein Reflux möglich ist. Eine Verengung der Vene bedingt, dass die Klappensegel wieder näher aneinander zu liegen kommen – und somit wieder schließen. Zu diesem Zweck wird um die Stammvene im Bereich der Leiste eine Manschette gelegt. Eine Modifikation der Methode ist das Anbringen von Ringen an mehreren Bereichen des Beines, auch an den Seitenästen.

Das Verfahren ist auf nicht sehr ausgeprägte Formen der Varikosis beschränkt, bewirkt jedoch, dass die Klappen wieder schließen und somit der Blutfluss wieder in die korrekte Richtung läuft. Die Venen verjüngen nach und nach ihr Kaliber in Folge der Volumenentlastung. Die Methode ist bei komplexen Varizen alleine nicht ausreichend – sie muss durch mini-Phlebektomie oder Verödung ergänzt werden.

In der Folge des Eingriffs können Phlebitiden auftreten.

CHIVA-Methode

Wo es doch schon so viele Verfahren zur Behandlung der Varizen gibt – warum noch neue Ideen entwickeln? Der Wunsch nach neuen Formen der Behandlung, insbesondere schonenderen Verfahren, entspringt mehreren Quellen:

- Die hohe Rezidivrate nach dem Entfernen der Venen (nach fünf Jahren ca. 30 Prozent) zeigt, dass es uns noch nicht gelungen ist, die Erkrankung wirklich zu verstehen, geschweige denn, zu heilen.
- In der Medizin geht die Tendenz immer mehr zu minimal invasiven Eingriffen, zum Organerhalt.
- Viele Patienten schrecken vor dem Herausziehen der Venen zurück und stehen daher einer Therapie der Varikosis überhaupt nicht zur Verfügung.

Herr Franceschi, der die CHIVA-Methode 1988 erstmals veröffentlichte, erklärt sein Ansinnen ganz lapidar: Wenn es einen Stau auf der Autobahn gibt, ist die Lösung nicht der Abriss der Autobahn. Er schlägt – um bei dem Vergleich zu bleiben – die Umleitung des Verkehrs vor, die Regulierung der Mengen, die auf den einzelnen Wegen zirkulieren.

lieren, so dass kein Auto mehr auf die überfüllten Straßen stoßen darf, das dort nicht „hingehört“. Das bedeutet, dass nach der Behandlung kein Blut mehr den pathologischen Weg von der tiefen Beinvene in die oberflächlichen Venen nehmen kann, jedoch aus allen oberflächlichen Venen weiterhin alles Blut ohne Einbuße eines Abflusses in die tiefen Beinvenen gelangen kann.

CHIVA ist ein Akronym aus dem Französischen und bedeutet auf Deutsch so viel wie: Blutflusskorrigierende, venenerhaltende Behandlung der insuffizienten Venen an ambulanten Patienten.

Franceschi begründet die von ihm entwickelte Methode aus uralten Beobachtungen (Trendelenburg, Perthes) und Erfahrungen, die jeder von uns machen kann: Legt man einen Patienten mit gut fingerdicken Krampfadern hin und lässt das Bein leer laufen, so kann es passieren, dass man noch nicht einmal erkennt, wo die Krampfadern überhaupt verlaufen. Franceschi wollte die Situation im Liegen (die Venen entleeren sich in das tiefe Venensystem, der durch die Schwerkraft bedingte Druck baut sich in den Krampfadern nicht auf) auch im Stehen erreichen. Dafür unterbricht er über einen chirurgischen Eingriff in örtlicher Betäubung die Stellen, an denen das Blut beginnt, vom tiefen Venensystem in das oberflächliche über zu treten. Er belässt jedoch alle Abflusspunkte (meist Perforansvenen), damit das oberflächliche, belassene Venensystem weiterhin in das tiefe drainieren kann, und zwar nur das Blut, das in das oberflächliche Venensystem gehört – das Blut aus den Seitenästen.

Der Operation geht eine umfangreiche Duplex-Ultraschalluntersuchung voran. Auch in geübten Händen dauert sie circa eine halbe Stunde. Sie erfasst das tiefe Venensystem und alle Abschnitte des oberflächlichen Venensystems, die erkrankt sind, sowie die Stammvenen (Vena saphena magna und parva). Der Untersucher muss daraus die Flussverhältnisse in der Varikosis ableiten, das bedeutet, er muss folgende Fragen beantworten:



Abb. 4: a - Freigelegte Krosse wie in Abb. 2, der blaue Strich gibt die Stelle der Ligatur an: Genau zwischen tiefer Beinvene und Venenstern.

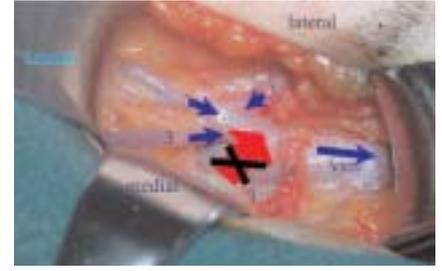


Abb. 4: b – Nach Unterbrechung des Austritts zwischen tiefer Beinvene und Vena saphena magna fließt (durchgestrichener roter Pfeil) in die Vena saphena magna nur noch das Blut aus dem Venenstern, also aus oberflächlichen Venen (blaue Pfeile), aber nicht mehr aus der tiefen Beinvene. Legende s. Abb. 2A

- Wo beginnt das Blut, pathologisch, fußwärts zu fließen? (Meist tritt das Blut nur aus einem Punkt aus der tiefen Beinvene in die oberflächlichen über, in der Regel ist dieser Punkt die Leiste.)
- Wie oft teilt sich dieser Rückfluss auf Seitenäste auf? Gibt es Seitenäste, Perforansvenen, die das Blut drainieren?
- Wo tritt das Blut wieder in die tiefen Beinvenen über?

Daraufhin kann die Therapie entschieden werden – die Venen werden an konkreten Stellen unterbrochen, im Mittel sind es drei Schnitte pro Bein, in der Regel reicht eine örtliche Betäubung. Seitenäste werden über eine Stichinzision gehäkelt, unterbunden und durchtrennt. Die Stammvenen und die Krossen werden über einen Schnitt freigelegt, um sie unterbrechen zu können. Die Venen werden im Bein belassen und bilden ihr Kaliber in den Wochen nach dem Eingriff zurück, so dass sie von außen nicht mehr sichtbar sind.

Im Bereich der Leiste – sollte hier eine Therapie notwendig sein – erfolgt nur die Unterbrechung der Verbindung zwischen der tiefen Beinvene und der Vena saphena magna, der Venenstern wird erhalten und drainiert weiterhin in die oberflächliche Vene (s. Abb. 4). Dadurch wird die Vena saphena magna

weiterhin mit Blut aus oberflächlichen Venen durchflossen und es wird einer Gerinnselbildung vorgebeugt, die auftreten würde, wenn sie einfach verschlossen und im Bein belassen würde. Nach diesem Prinzip wird immer vorgegangen, keines der entstehenden Segmente nach CHIVA soll „tot“ sein, alle Venen sollen immer einen Zufluss und einen Abfluss behalten, damit das Blut aus dem oberflächlichen Venensystem in das tiefe abfließen kann.

Nach dem Eingriff wird dem Patienten auf dem Behandlungstisch schon der Kompressionsstrumpf angezogen. Er soll am Behandlungstag viel gehen, Rad fahren oder sogar joggen. Am Tag nach dem Eingriff sind die Patienten in der Regel arbeitsfähig. Sie müssen tagsüber Kompression tragen. Nach sechs bis acht Wochen wird das Venensystem erneut duplex-sonographisch untersucht. Bei circa 20 Prozent der Patienten ist dann noch eine Ergänzung nötig, meist ein kleiner Eingriff, um verbliebene Wiederholungskreisläufe zu unterbrechen. Manchmal ist dies sogar bereits beim Ersteingriff so eingeplant, um insgesamt weniger Schnitte zu benötigen (s. Fallbeispiel 1).

Die CHIVA-Methode kann bei allen Formen und allen Ausprägungen der Varikosis angewendet werden. Der Patient hat den Vorteil, dass er sofort wieder einsatzfähig ist, was heute ein immer wichtigerer Entscheidungsfaktor wird.

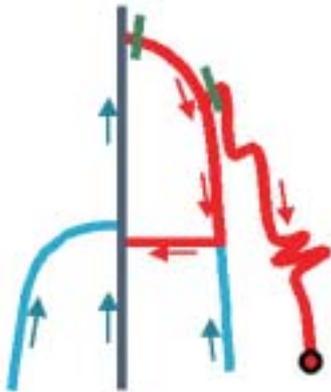


Abb. 5: (Fallbeispiel 1)
a – Flussschema präoperativ, die Unterbrechungen sind mit einem grünen Strich dargestellt. Erläuterung s. Text

Fallbeispiel 1, Abbildung 5:

Stammvarikosis mit Drainage über Perforans und Seitenäste. In erster Sitzung bewusst lediglich die Ligatur des sapheno-femorales Übergangs, nach zwei Monaten Unterbrechung des Seitenastes (Oberschenkel) und zwei Stichinzisionen im Bereich des Konvolutes am Knie zum entlasten der symptomlosen Phlebitis, um eine schnellere Rückbildung der Venen zu fördern. Auch bei sehr ausgeprägten Varizen ist CHIVA möglich!

Fallbeispiel 2, Abbildung 6:

Stammvarikosis mit Drainage nur über Seitenäste: Vorgehen: Zunächst Unter-

brechung des Seitenastes (nur ein Schnitt insgesamt nötig). Da der Reflux aus der Krosse nicht mehr retrograd abfließen kann, ergibt sich bei 60 bis 80 Prozent der Patienten eine komplette Erholung der Stammvene mit Flussumkehr, ohne an ihr zu schneiden. Das Blut fließt nunmehr orthograd. Nachuntersuchungen bis zu fünf Jahren haben dieses Ergebnis bestätigt. In diesem Fall war nach sechs Wochen und sechs Monaten der Fluss in der Vena saphena magna orthograd, es wurde kein weiterer Schnitt nötig. Dieses Vorgehen heißt CHIVA 2. **Wichtig:** Als einer der grundlegenden Faktoren zum Erfolg der Methode ist die Erfahrung des Untersuchers zu sehen. In Frankreich brachte die unkoordinierte Verbreitung der Methode ohne gezielte Kurse einen schlechten Leumund für CHIVA: Viele Ärzte „versuchten“ das Vorgehen, hatten erwartungsgemäß keine Erfolge und taten daraufhin die Methode als wirkungslos ab.

CHIVA wurde 1997 in Deutschland (in Wunstorf bei Hannover) eingeführt. Um hierzulande einer Entwicklung wie in Frankreich entgegenzuwirken wurde 2000 die Deutsche Gesellschaft für CHIVA gegründet, die nicht nur Kollegen ausbildet und Hospitationen koordiniert, sondern auch Kollegen, die neu mit der Methode beginnen, sofern möglich, erfahrene Kollegen zur Seite stellt.

Regelmäßige Treffen und Workshops, sowie eine umfangreiche Qualitätssicherung möchte allen ausgebildeten und geprüften Anwendern ein Feedback ermöglichen. Bundesweit haben 16 Praxen bereits die Qualifikation (ähnlich dem Verfahren der DEGUM) erreicht, die Zahl steigt jährlich an. Bei der DG CHIVA können die ausgebildeten Kollegen in Ihrer Nähe nachgefragt werden (www.chiva.info oder Tel 0 50 31 – 91 29 41, Fax: 91 29 42).

Obwohl die Methode in den letzten Jahren in Deutschland heftig umstritten wurde, räumen Kritiker heute ein, dass sie zu einem tieferen Verständnis der Hämodynamik der Varikosis geführt hat und dass sie die duplex-sonographische Diagnostik vorangebracht hat. Prof. Hach hat ihre Wertigkeit in einem Artikel in der Zeitschrift „Gefäßchirurgie“ im Dezember 2002 gewürdigt und ihr durchaus eine Existenzberechtigung neben den anderen beschriebenen Verfahren eingeräumt – unter dem Hinweis, dass für konkrete fortgeschrittene Krankheitsbilder noch prospektive Studien fertig gestellt werden müssen.

Nebenwirkungen der CHIVA-Methode:

Bis zu zehn Prozent der Patienten entwickeln (meist symptomlose) Phlebitiden an Seitenästen.

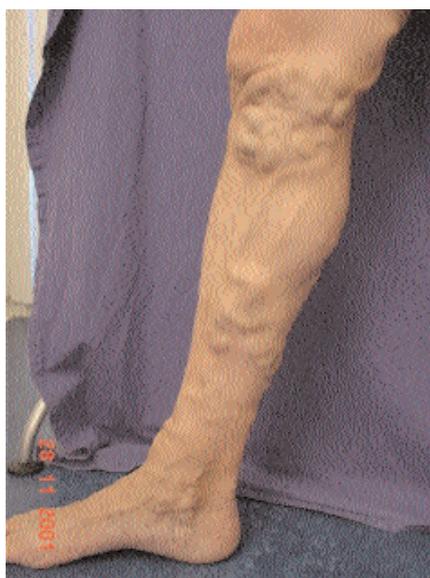
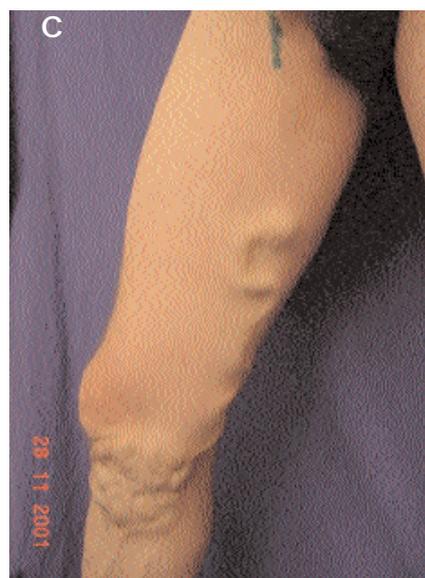
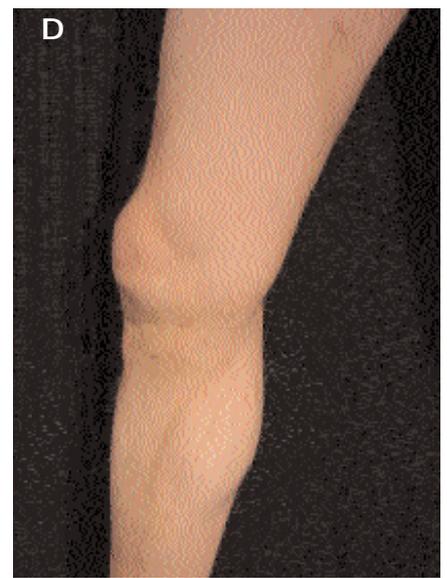


Abb. 5: (Fallbeispiel 1)
b – Foto des Patienten vor dem Eingriff



c – Foto des Patienten vor dem Eingriff



d – Foto des Patienten bei Nachuntersuchung

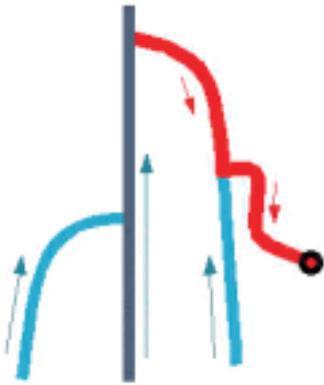


Abb. 6: (Fallbeispiel 2)
a – Flusschema präoperativ, der Reflux aus der Vena saphena magna entleert sich komplett in einen Seitenast.

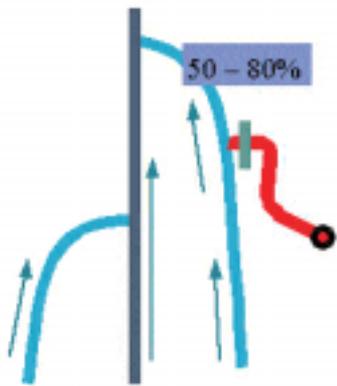


Abb. 6:
b – Flusschema nach Unterbrechung des Seitenastes. Die Vena saphena magna kann retrograd nicht mehr drainiert werden. Bei 50 – 80% der Patienten stellt sich eine Flussumkehr ein mit Suffizienz der Vena saphena magna. Dieses Vorgehen heißt CHIVA 2.

Phlebologische Notfälle

Aszendierende Phlebitis

Die Venenentzündung in der Vena saphena magna kann unbehandelt über die Krosse hinaus bis in die tiefe Beinvene „wachsen“ und Thrombosen mit/ohne Lungenembolien verursachen. Diese Patienten müssen umgehend dem Phlebologen oder Gefäßchirurgen vorgestellt werden. Die Therapie hängt von der Situation ab und kann von der Kompression mit Heparinabgabe bis hin zur Krossektomie variieren.

Varizenblutung

Sie treten meist bei fortgeschrittenen Krankheitsbildern mit Hautatrophie auf. Zunächst muss die blutende Stelle mit



Abb. 6: c – Foto des Patienten vor dem Eingriff

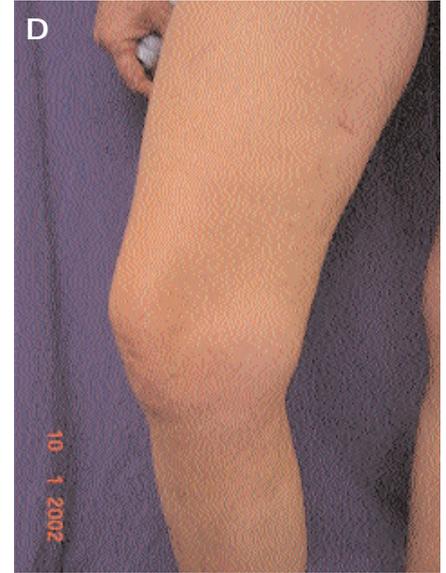


Abb. 6: d – Foto des Patienten bei Nachuntersuchung

einem Druckverband versorgt, und das Bein anschließend hoch gelagert werden (bei umgekehrter Reihenfolge besteht die Gefahr einer Luftembolie!). Die Therapie der Varikosis sollte nun nicht mehr verschoben werden, da derartige Blutungen auch nachts auftreten und zum unbemerkten Verbluten des Patienten führen können.

Schmerzhafte Phlebitis

Gelegentlich sind Phlebitiden so schmerzhaft, dass sie einen regelrechten Notfall darstellen. Abgesehen von der klassischen Behandlung der Phlebitis (Kompression, Kühlung, Antiphlogistika und bei ausgeprägten Befunden Heparin) wirkt hier die „Druckentlastung“ aus der Vene sehr gut: mit einem Stichskalpell wird die phlebitische Vene punktiert und die Gerinnsel ausgestrichen. Das Vorgehen ist zwar ziemlich „blutig“, die Symptomlinderung für den Patienten jedoch schnell und effektiv.

Last but not Least! Was bringt ein phlebologischer Patient einer Hausarzt-Praxis?

In der heutigen Zeit, wo die Kosten überall steigen und die Honorare sinken, ist diese Frage legitim! Die neuen Erkenntnisse über irreparable Schäden am tiefen Venensystem durch harmlos imponierende Varizen rechtfertigen die Auseinandersetzung mit dem Patienten.

Der Arzt leistet also zunächst einmal eine gute Versorgung, wenn er den Patienten auf die Krampfadern anspricht und eine phlebologische Untersuchung veranlasst.

Das Verschreiben von Kompressionsstrümpfen entspricht der Basisversorgung und verzögert das Fortschreiten des Leidens und das Auftreten von Komplikationen. Kompressionsstrümpfe sind nicht budgetiert. Dem Patienten stehen in der Regel zwei Paar im Jahr zu, bei starker Beanspruchung (Arbeiten in warmer Umgebung mit höherem Verschleiß des Materials) oder Änderung der Situation (z.B. Schwangerschaft) dürfen jedoch mehr verschrieben werden.

Somit bringen diese Patienten dem Hausarzt bei relativ geringem Aufwand regelmäßig einen „Schein“.

Hat der Hausarzt Erfahrung mit der Verödung, kann er diese als IGeL-Leistung anbieten.

Dr. med. Erika Mendoza

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für CHIVA

*Niedergelassen in eigener Praxis,
Speckenstr. 10
31515 Wunstorf*