

<http://www.allgemeinarzt-online.de/>
Der Allgemeinarzt 15/2004
VENENLEIDEN
25. September 2004

Fortbildungsartikel

Druck, Drainage und Dauertraining

Varikosis: Konservative Therapie [mehr »](#)

Sklerosierung versus Operation

Varikosis: Interventionelle Therapie [mehr »](#)

Embolieschutz nach Maß

Patienten mit Vorhofflimmern [mehr »](#)

Wo herrscht Über-, wo Unterversorgung?

Hausärztedichte in Deutschland [mehr »](#)

Service

Anamnesebögen Varikosis

Download als PDF-Datei [herunterladen »](#)

Checkliste Tiefe Venenthrombose

Download als PDF-Datei [herunterladen »](#)

Varikosis: Konservative Therapie
Druck, Drainage und Dauertraining
Klaus Schrader

Krampfadern sehen zwar häßlich aus, sind aber aus medizinischer Sicht per se noch kein Grund zu behandeln. Entscheidend ist der venöse Rückstrom. Erst wenn dieser gestört ist, sind therapeutische Maßnahmen angebracht. Dann gilt es, das Fortschreiten des Venenleidens zu verhindern und Komplikationen vorzubeugen. Zu den konservativen Behandlungsoptionen gehören vor allem die Entstauung, die Kompression und die Drainage.



Unbehandelt führt die medizinisch bedeutsame Varikosis häufig über kurz oder lang zu Komplikationen (chronisches Ödem, trophische Hautveränderungen, Ulcus cruris, tiefe Leitveneninsuffizienz, Varikophlebitis), nach meiner Erfahrung bei Frauen rascher als bei Männern.

Die erste Aufgabe des behandelnden Arztes besteht darin, sichtbare Krampfadern als lediglich

kosmetisches Problem oder als hämodynamisch bedeutsam einzustufen. Dazu empfiehlt es sich zunächst, eine ausführliche Anamnese zu erheben mit Fragen zu Ausmaß, Dauer und Art der Beschwerden. Hilfreich zum Ausschluß abwendbar gefährlicher Verläufe ist zudem die Checkliste 29 aus der Programmierten Diagnostik.

Phlebographie muß nicht sein Außerdem ist neben dem klinischen Befund □ zumindest einmalig zur Bestandsaufnahme □ eine eingehende phlebologische Untersuchung erforderlich. Während früher die Phlebographie als - Goldstandard □ der Venendiagnostik angesehen wurde, stehen heute die nicht invasiven meßtechnischen Verfahren (z. B. Lichtreflexionsrheographie, digitale Photoplethysmographie) ganz im Vordergrund.

Eine Phlebographie wird von mir nur noch äußerst selten veranlaßt, im wesentlichen dann, wenn bei mehrfach voroperierten Patienten die anatomischen Verhältnisse unklar sind. Eine routinemäßige Phlebographie vor einer Krampfader-Operation ist nicht notwendig.

Allgemein entstauende Maßnahmen - Liegen, Laufen = lobenswert. Sitzen, Stehen = schlecht □ ist eine schlichte Faustformel, die die Prinzipien des venengesunden Lebens umreißt. Die Patienten müssen selbst täglich etwas gezielt für ihre Beine tun. Die Palette umfaßt u. a. Entstauungsübungen, das Vermeiden hochhackiger Schuhe, das Hochlagern der Beine sowie richtige Kleidung. Wasser hat bis 32° C keinen negativen Einfluß auf den venösen und lymphatischen Rückfluß. Allerdings sollten Varizenträger mit ihren Beinen den Massagedüsen fern bleiben. Sauna ist meiner Meinung nach nur erlaubt, wenn man sich hinlegt.

Das bewußte venengesunde Leben ist unverzichtbare Grundlage für alle anderen Maßnahmen und kann durch diese nicht ersetzt werden.

Kompressionsbehandlung Durch Kompression wird der Gewebedruck erhöht, so daß - Schlacken □ und Wasser, welche sich durch die venöse Hypertonie ins Interstitium zurückstauen, in die Venen zurück gedrückt werden. Die Muskeln müssen zudem gegen den Druck anarbeiten □ der venöse Rückfluß wird beschleunigt.

Bei einem Dellen bildenden Ödem kommen zunächst Kompressionsverbände (Wechselverbände mit Kurzzugbinden oder Dauerverbände mit Zinkleimbinden) zum Einsatz. Vor dem Anlegen eines Kompressionsverbandes oder der Verordnung von Kompressionsstrümpfen sollte man bei älteren Menschen und Risikopersonen den Knöchel-Arm-Quotienten bestimmen (siehe Kasten unten), um keine AVK zu übersehen. Bei einem Knöcheldruck von < 90 mmHg ist besondere Vorsicht geboten, Verbände müssen extrem gut gepolstert sein und dürfen nicht schnüren. Zinkleimverbände sind meiner Meinung nach wegen des fehlenden Ruhedrucks problemloser und daher zu bevorzugen. Die gleichen Vorsichtsmaßnahmen gelten bei (diabetischer) Polyneuropathie.

Was ist der Knöchel-Arm-Index?

Der Knöchel-Arm-Index oder Ankle-Brachial-Index (ABI) ist ein einfach zu errechnender Quotient aus dem systolischen Blutdruck am Fußknöchel (A. tibialis anterior, A. dorsalis pedis oder A. tibialis posterior) und am Oberarm (A. brachialis). Bei einem ABI in Ruhe von weniger als 0,9 muß mit einer Gefäßstenosierung von 50 % oder mehr gerechnet werden. Dieser Grenzwert gilt daher als epidemiologische Definition der AVK.

Von Lymphdrainagen bis Pumpstiefel In fortgeschrittenen Stadien der chronisch venösen Insuffizienz kommt es häufig zu einem begleitenden Lymphödem. Hier können Manuelle Lymphdrainagen (MLD) den Lymphtransport anregen. Zudem lassen sich durch spezielle Fibrosegriffe oft Kontrakturen und Schrumpfungen des Gewebes bessern und die Sprunggelenkspumpe so anregen. Über die Aktivierung der Sprunggelenkspumpe wirken auch Gefäßsport und Balneotherapie.

In der Phase der Entödematierung kann Apparative Intermittierende Kompression (AIK) eingesetzt werden. Diese - Pumpstiefelgeräte □ sollen den venösen Rücktransport fördern durch rhythmisches Aufpumpen und Ablassen des Drucks der um das Bein gelegten Luftkammerstiefel. Eine alleinige Anwendung der AIK z. B. bei chronischen Ödemen ist aber ein Kunstfehler!

Medikamentöse Therapie Ödemprotektiva wie z. B. Roßkastanienextrakt, Mäusedornwurzel und Rotes Weinlaub haben eine in doppelblinden, randomisierten Studien nachgewiesene Wirkung. Besonders gut verhindern sie ein orthostatisches Ödem, wenn noch keine größeren Schäden am Venensystem vorhanden sind (vorbeugend), oder, wenn trotz suffizienter Kompression noch Stauungsbeschwerden auftreten. Ödemprotektiva sind kein Ersatz für Kompressionsstrümpfe!



*Dr. med. Klaus Schrader
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Phlebologie, Lymphologie
95028 Hof*

Varikosis: Interventionelle Therapie
Sklerosierung versus Operation
Dragos Simici

Will man nicht nur die Häodynamik verbessern, sondern ausgeprägte Krampfader oder Besenreiservarizen zum Verschwinden bringen, bieten sich zum einen verödende Maßnahmen, zum anderen operative Verfahren an. Der Vorteil der Sklerosierung: Sie ist effektiv, kostengünstig und nebenwirkungsarm. Die operative Varizenbehandlung ist zwar invasiver, beseitigt jedoch pathologische Refluxe zwischen tiefem und oberflächlichem Beinvenensystem relativ sicher, indem Insuffizienzpunkte ausgeschaltet und großkalibrige, varikös veränderte Venenabschnitte eliminiert werden.



Eine invasive Therapie kommt beim Krampfaderleiden in Betracht, wenn die Varikosis trotz konservativer Therapie weiter fortschreitet, bei Blutungen oder entzündlichen Veränderungen, bei zunehmenden Insuffizienzzeichen oder auch bei ästhetischen Problemen (Tabelle).

Indikationen für eine invasive Therapie von Varizen
▪ progrediente Varikosis mit Beschwerden
▪ beginnende und progrediente chronisch venöse Insuffizienz
▪ rezidivierende Thrombophlebitis und Varizenblutung
▪ aufsteigende Phlebitis der V. saphena magna
▪ Krosseninsuffizienz Grad II-IV nach Hach aus prophylaktischen Gründen

Indikationen für eine invasive Therapie von Varizen

- ⌘ progrediente Varikosis mit Beschwerden
- ⌘ beginnende und progrediente chronisch venöse Insuffizienz
- ⌘ rezidivierende Thrombophlebitis und Varizenblutung
- ⌘ aufsteigende Phlebitis der V. saphena magna
- ⌘ Krosseninsuffizienz Grad II-IV nach Hach aus prophylaktischen Gründen
- ⌘ ästhetische Probleme, leichte Beschwerden
- ⌘ gut kollateralisiertes postthrombotisches Syndrom (PTS) und Rezirkulationssyndrom

Sklerosierungsbehandlung Die Sklerosierung von Varizen ist bei Beachtung der Kontraindikationen effektiv, kostengünstig und arm an Komplikationen. Durch Injektion einer gewebe-toxischen Flüssigkeit in eine Krampfader wird ein lokaler Schaden am Endothel erzeugt, der unter Kompression zu einer Obliteration und Fibrosierung führt. Bei der Verwendung flüssiger Verödungsmittel steigt die Komplikationsrate mit der Größe der sklerosierten Varizen. 2001 wurde in Deutschland die Technik der Schaumsklerosierung eingeführt. Ihr Vorteil: geringere Konzentration des Verödungsmittels, heftigere Verödungsreaktion, weniger Nebenwirkungen sowie die Möglichkeit, auch größere Varizen sicher zu beseitigen.

Endoluminale Verfahren Sowohl für die Obliteration mit Radiowellen (Denaturierung der Kollagenfibrillen der Venenwand durch Gewebeerhitzung auf 85 □ 90 °C), für die endoluminale Lasertherapie (Vaporisierung/Carbonisierung, an der Sondenspitze herrschen > 700 °C) als auch für die Kryochirurgie liegen relativ wenig aussagekräftige Daten über eine Nachbeobachtungszeit von mehr als 24 Monaten vor. Eine abschließende Bewertung dieser Verfahren kann deshalb von der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie noch nicht getroffen werden.

Transkutane Lasertherapie Die alternative Laserbehandlung von Besenreiser- und kleinen Netzvarizen ist teuer und bringt nach dem heutigen Stand keine Verbesserung gegenüber der Sklerosierungstherapie.

Operative Verfahren Es stehen heute mannigfaltige operative Möglichkeiten zur Behandlung der primären und sekundären Varikosis zur Verfügung (siehe Kasten). Ziel dieser Eingriffe ist die Ausschaltung pathologischer Füllungsquellen, der sogenannten zentralen Insuffizienz (Mündungen der V. saphena magna und parva), die Beseitigung der insuffizienten Vv. perforantes sowie die Exzision der insuffizienten Stammvenen.

Kontraindikationen beachten! Zu den relativen Kontraindikationen gegen eine Varizenoperation gehören z. B. begleitende schwere Allgemeinerkrankungen sowie Schwangerschaft, ebenso wie Kombinationen mit anderen Operationen oder auch extreme Adipositas.

Als absolute Kontraindikation gilt die arterielle Verschlußkrankheit. Das Postthrombotische Syndrom ist per se keine Kontraindikation, jedoch muß hier der Nutzen (z. B. durch eine präoperative Venendruckmessung) eindeutig belegt sein.

Ob man bei gleichzeitig vorliegendem Lymphödem operieren soll, wird derzeit kontrovers diskutiert: Einerseits läßt sich, sofern man die Lymphgefäße schont, die lymphpflichtige Last verringern. Andererseits könnte eine Operation zu einer weiteren Verschlechterung des Lymphödems führen, meinen viele Chirurgen und Gefäßchirurgen. Die Entscheidung ist wohl stets im Einzelfall zu treffen und hängt auch von der Erfahrung des Operateurs ab.

Gängige Operationsverfahren bei Varikosis

- ⊗ Krossektomie der V. saphena magna
 - ⊗ Stripping der V. saphena magna
 - ⊗ Mündungsnaher Ligatur der V. saphena parva
 - ⊗ Seitenastexhairese
 - ⊗ Epifasziale Versorgung insuffizienter Perforansvenen
 - ⊗ Subfasziale endoskopische Perforanschirurgie (nach Hach)
- Die aufgeführten Operationsmethoden werden sowohl einzeln als auch in Kombination angewandt.

Varizenchirurgie erfordert viel Erfahrung Auch im Falle sachgerechter und standardisierter Durchführung einer Varizen-Operation können sich intra- und postoperative Komplikationen einstellen. Hierunter zählen die Blutungen, Verletzungen größerer Venenäste sowie von Nerven und Lymphgefäßen. Unmittelbar können Nachblutungen sowie Hämatome mit oder ohne Lokalinfectionen auftreten.

Daß die Varizenchirurgie sehr anspruchsvoll ist und in die Hand eines Spezialisten gehört, belegt nicht zuletzt die Anzahl der in der Literatur beschriebenen lebens- und extremitätenbedrohenden Komplikationen wie z. B. Ligatur oder Stripping der tiefen Leitvenen oder gar der Arteria femoralis superficialis und weiteres mehr.



*Dr. ImfBuk Dragos Simici
Facharzt für Chirurgie/Gefäßchirurgie,
Phlebologie
Gefäßchirurgische Abteilung des Klinikums Fichtelgebirge Haus Selb
95100 Selb*