

Dreisäulenkonzept in der Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz

Jeder zweite Patient im Wartezimmer ist ein »Venepatient«. Der Arzt sollte die Erkrankung keinesfalls bagatellisieren: Denn ein verschlepptes Venenleiden kann über entzündliche Reaktionen zu massiven Beinödemen, Beingeschwüren und Thrombosen mit der konsekutiven Gefahr einer Lungenembolie führen.

von Dr. Alexander Flor

Am 11. September 2001 hielt Professor Mitchel Goldman Dermatologe an der University of California, San Diego; und Autor des Buches »Varicose Veins: Diagnosis and Treatment« auf dem Weltkongress für Phlebologie in Rom einen vielbeachteten Vortrag über die State of the Art Behandlung variköser Venen. Dogmenartig wurde die Behandlungskaskade variköser Venen beschrieben: Radikaloperation – Minichirurgie – Sklerosierungstherapie – transdermalen Laser. Vier Jahre später ist auch die Welt der Phlebologie eine andere. Endolaser und Schaumverödung sind feste Bestandteile in der Behandlung der chronischen venösen Insuffizienz geworden, die Euphorie um den transdermalen Laser hat sich gelegt, die sogenannte Radikaloperation mit Stripping der Stammvene wird zunehmend durch schonende endoluminale Verfahren ersetzt.



Dr. Alexander Flor

Facharzt für Chirurgie, SMZ Floridsdorf/
Tagesklinik Wien, Mitglied des American
College of Phlebology, Vorstandsmitglied
des Internationalen Forums für Mini-
chirurgie von Varizen, Gold Award Winner
des American College of Phlebology 2002
flor@venenpraxis.at

Handlungsbedarf war gegeben, betrifft doch das Problem der chronisch venösen Insuffizienz



je nach Studie 40 bis 60 % der westlichen Gesamtbevölkerung. Oder mit anderen Worten ausgedrückt: Jeder zweite Patient im Wartezimmer ist ein »Venepatient«.

Frauen sind häufiger von dieser Erkrankung betroffen (hormonelle Faktoren), bzw. suchen sie aus kosmetischen Gründen frühzeitig einen Arzt auf. Dieser sollte die Erkrankung nicht bagatellisieren. Ein verschlepptes Venenleiden kann über entzündliche Reaktionen zu massiven Beinödemen, Beingeschwüren und Thrombosen mit der konsekutiven Gefahr einer Lungenembolie führen.

Wie verhält sich nun der Praktiker im täglichen Umgang mit diesem häufigen Leiden?

Vorerst genügt eine einfache Anamnese und eine Untersuchung der Beine. Bei Beinödemen sollten kardiale, gynäkologische und andere Ursachen, bei

Schmerzen orthopädische und neurologische Ursachen ausgeschlossen werden. Müde, schwere teilweise juckende Beine weisen auf eine chronisch venöse Insuffizienz hin.

Grad der CVI

Ein Blick und ein Griff auf den Innenknöchel verraten ohne technischen Aufwand den Grad der CVI (I-III):

Grad I: zarte Ödeme und zarte Besenreiser am Innenknöchel.

Grad II: Ausdehnung der Ödeme auf den gesamten Unterschenkel und ein vermehrter Hautglanz.

Grad III: Manifestes Ulcus Cruris Venosum.

Erste Therapieschritte können schon jetzt auch vom »Nicht-Phlebologen« eingeleitet werden. Diese basieren auf den ersten zwei Säulen eines Drei-Säulen-Modells:

- Kompressionstherapie
- Pharmakotherapie
- Operativ / interventionelle Therapie.



In Gegenwart von Oxerutin (rechts) schließen sich die Interzellulärspalten der Endothelbarriere

Venoruton® 1000 mg Granulat

das stärkste
Venenmittel*
im Land



täglich **1x1** schafft Compliance

Venoruton® für Venendynamik

Oxerutin:

- > erhöht den Venentonus ⁽¹⁾
- > erhöht die venöse Wiederauffüllzeit ⁽²⁾
- > gefäßabdichtend und ödemprotektiv ⁽³⁾
- > Verbesserung der Mikrozirkulation ⁽⁴⁾

Venoruton® versus Diosmin

Venoruton®: laut Belcaro G. et al. ⁽⁵⁾ bei mehreren untersuchten klinisch relevanten CVI-Parametern signifikant besser als Diosmin ⁽⁶⁾. Venoruton® verbessert die Compliance bei der Therapie:

- Kann den Einnahmegewohnheiten des Patienten angepasst werden,
- ermöglicht Einmalgabe von 1000 mg täglich. Venoruton® steht – im Gegensatz zu Diosmin ⁽⁶⁾ – in mehreren unterschiedlichen Darreichungsformen kassenfrei zur Verfügung.

* bezogen auf den Wirkstoffgehalt pro Einzeldarreichungsform

Literatur: 1. Frick R. W. Angiology Vol 51 Nr 3: 197-205 (2000). 2. Dikland W.J. Scripta Phlebologica Vol 3 (1995). 3. Nees et al. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 24 (2000/2001). 4. Jain K.K. International Angiology Vol 18, Suppl. 1 to issue No 2: 6-11 (1999). 5. Belcaro G. et al. J Cardiovasc Pharmacol Therapeut 7(3): 139-145 (2002). 6. Das in Österreich erhältliche Diosmin-Präparat enthält lt. Austria-Codex 450 mg Diosmin und 50 mg Flavonoide.

Kompressionstherapie

Der Kompressionstherapie eilt zu Unrecht ein schlechter Ruf voraus. Stütz- oder Kompressionsstrümpfe werden heutzutage aus modernen, farbfrohen weichen Materialien hergestellt. Ein Unterschenkelstrumpf erzielt 80 % des Effektes eines Oberschenkelstrumpfes und viele Patienten sind dankbar, wenn sie sich einmal von dem angenehmen Stützeffekt überzeugen konnten.

Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie als zweite Säule bietet die ideale Ergänzung zur Linderung der Beschwerden. Kontrollierte, prospektive Doppelblindstudien für Hydroxyäthylrutoside aus dem japanischen Schnurbaum, Diosmin aus Citruschalen und Rosskastaniensamen belegen die ödemhemmende, gefäß-abdichtende Wirkung der Flavonoide, wenn sie über mehrere Wochen in einer ausreichenden Dosierung eingenommen werden.

Ein besonders bewährter Wirkstoff ist Oxerutin (Venoruton®), der nicht nur ödemprotektiv wirkt, sondern auch den Venentonus und die venöse Wiederauffüllzeit erhöht und außerdem die Mikrozirkulation verbessert. Weiters scheinen Vergleichsstudien mit anderen Venenmitteln auf eine Überlegenheit von Oxerutin bei mehreren CVI-relevanten Parametern hinzudeuten.

Vor allem bei sicht- und tastbaren Varizen sollte weiter diagnostiziert werden. Weltweit Standard ist hier die Farbduplexsonographie. Bei dieser schmerzlosen und nicht invasiven Untersuchung wird mittels Farbultraschall das Venensystem untersucht gleichzeitig können markante Punkte wie Durch-



Grad I



Grad II-III



Grad III

trittsvenen markiert werden (Mapping).

In der Hand des geübten Praktikers kann aber auch schon ein Handdopplergerät (ab € 400,-) Aufschluss über die Funktionsfähigkeit der Venenklappen geben. Für gezieltere Fragestellungen existieren weitere Untersuchungen wie die Phlebografie, die Lichtreflexionsrheographie und die dynamische Dopplerdruckmessung.

Operativ-interventionelle Säule

Hier geht der Trend in Richtung minimal-invasiv. Die klassische Strippingoperation mit Leisten-schnitt wird zunehmend von endoluminalen Verfahren (Schaumverödung, Radiowellentherapie, Endolaser) abgelöst. Zukunftsweisend scheint hier die Endolasertherapie zu sein. Ultraschallgezielt erfolgt eine Punktion der Stammvene. Mittels Seldingertechnik wird über einen Angiografiekatheter eine Lasersonde in die Stammvene eingebracht. Die abgegebene Laserenergie führt über einen Hitzeffekt zu einer Schrumpfung der Venenwand, in weiterer Folge kommt es zu einer Resorption der krankhaften Vene.

Erste Langzeitergebnisse zeigen viel versprechende Resultate, insbesondere mit den in letzter Zeit vermehrt eingesetzten Nd:Yag Lasern mit einer Wellenlänge von 1320 nm. Die Rekanalisationsrate liegt um die 3 % ein sehr befriedigendes Resultat wenn man bedenkt, dass ein Lasereingriff ambulant und in lokaler Betäubung durchgeführt werden kann, lymphgefäßverletzende Leisten-schnitte entfallen und die Bildung von Rezidivarizen aus der Leiste über den Prozess der Neoangiogenese wie wir sie bei konventionellen Crossektomien beobachten zu entfallen scheint.

Im Bereich der Chirurgie variköser Seitenästen hat sich die Miniphlebektomie etabliert: über kleine Schnittchen von zwei bis fünf Millimeter werden die Venenanteile mittels »Häckenmethode« gewebeschonend entfernt, die punktförmigen Inzisionen verblassen innerhalb einiger Monate.

Eine Renaissance erlebt derzeit die Verödungstherapie: ein Schaum wird duplexgezielt, bei zarten retikulären Venen mithilfe eines Auflichtes (Veinlite) in die Vene eingebracht. Der Schaum vervielfacht die Benet-

zungsfäche es kommt so quasi zu einem »Turboeffekt«.

Zarte Besenreiser werden weiterhin mittels klassischer Sklerotherapie verodet, zarteste Venengeflechte mittels eines transdermalen Lasers. Weitere Methoden wie zum Beispiel die endoskopische Perforansvenenligatur oder die transluminierte Miniphlebektomie ergänzen das therapeutische Spektrum.

Welche Methode angewandt wird oder welche Methode mit welcher kombiniert wird und welche Anästhesieform angewendet wird (Allgemeinarkose, Spinalanästhesie, Tumescenzanästhesie, Lokalanästhesie) sollte eine individuelle Entscheidung nach präziser Diagnostik sein. Schlussendlich muss aber immer wieder darauf hingewiesen werden, die chronisch venöse Insuffizienz ernst zu nehmen. Das individuelle Leid kann groß sein, der volkswirtschaftliche Schaden enorm. Rechzeitige Vorsorge, Minimierung der Risikofaktoren und der frühe Beginn einer moderaten Kompressionstherapie in Kombination mit einer regelmäßigen Pharmakotherapie können aber ihre Entwicklung und die Entstehung unschöner Krampfaderen hintanhaltend. www.venenpraxis.at

FACHKURZINFORMATIONEN

Zulassungsinhaber: MERCK, Wien. Hersteller: Merck KGaA, Darmstadt, Deutschland. Fortecortin 40 mg-, 100 mg-Ampullen, 40 mg-, 100 mg-Spritzampullen. Zusammensetzung: 40 mg-Ampulle und Spritzampulle: 5 ml enthalten: 43,72 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz, entspr. 40 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat, 0,9 mg p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 1,0 mg p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 2,5 mg Natriumpropylsulfat (entspr. 1,7 mg SO₂), 2,5 mg Dinatriummedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. 100 mg-Ampulle und Spritzampulle: 10 ml enthalten 109,3 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat Dinatriumsalz, entspr. 100 mg Dexamethason-21-dihydrogenphosphat; 18,0 mg p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 2,0 mg p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 5,0 mg Natriumpropylsulfat (entspr. 3,4 mg SO₂), 5,0 mg Dinatriummedetat Dihydrat in stabilisierter wässriger Lösung. Solu-Dacortin 25 mg-, 50 mg-, 250 mg-, 1 g-Trockenstechampulle mit Lösungsmittel; Zusammensetzung: 1 Trockenampulle bzw. 1 Trockenstechampulle enthält: 25 mg bzw. 50 mg bzw. 250 mg bzw. 1.000 mg Prednisolon-21-hydrogensuccinat-Natrium (entspr. 18,7 mg bzw. 37,4 mg bzw. 186,7 mg bzw. 747,0 mg Prednisolon) 1 Lösungsmittelampulle enthält: 1 ml bzw. 1 ml bzw. 5 ml bzw. 10 ml Aqua ad injektionem. Anwendungsgebiete Fortecortin Ampulle und Spritzampulle bzw. Solu-Dacortin: 1. Pharmakodynamische Therapie von Nottfällen. Eine Reihe akuter lebensbedrohlicher Zustände können durch hohe intravenöse Gaben von Fortecortin in Kombination mit pathogenetisch adäquaten Maßnahmen entscheidend beeinflusst oder überwunden werden. 2. Perakute Formen bzw. akute Schübe von Krankheiten mit hoher entzündlicher oder immunologischer Aktivität können Indikationen für eine zeitlich begrenzte hochdosierte intravenöse Therapie darstellen, wenn es auf einen möglichst raschen Wirkungseintritt ankommt oder eine perorale Applikation unmöglich ist. Fortecortin 4 mg-, 8 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 4 mg bzw. 8 mg Dexamethason und 2,4 mg bzw. 4 mg Saccharose, Magnesiumstearat, Polyvinylpyrrolidon, Maisstärke, Zellulose, Laktose. Anwendungsgebiete: Tabletten: Dexamethason ist in indikations- und substanzabhängiger Dosierung bei allen Krankheiten angezeigt, die auf eine systemische Glucocorticoidtherapie entsprechen. Apremidison 5 mg-, 25 mg-Tabletten. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 5 mg, 25 mg Prednisolon. Anwendungsgebiete: Apremidison ist bei allen Krankheiten angezeigt, die auf eine systemische Glucocorticoidtherapie ansprechen. Gegenanzeigen: Fortecortin Ampullen, Spritzampullen und Tabletten, Solu-Dacortin und Apremidison: Für eine Substitutions- oder kurzandauernde Notfalltherapie gibt es keine Gegenanzeigen, ausgenommen systemische Pilzinfektionen. Bei den unter 2. angeführten Anwendungsgebieten sind in jedem Fall die Risiken gegen den zu erwartenden Nutzen abzuwägen. Besondere Vorsicht bei Magen-Darmulcera, ausgeprägter Osteoporose und Psychosen. Bei längerdauernder Glucocorticoid-Anwendung, die über die Notfalltherapie hinausgeht, gelten die Gegenanzeigen einer systemischen Corticoid-Therapie: Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Präparates. (Aufgrund des Gehaltes an Sulfid dürfen Fortecortin 40 mg und 100 mg (Spritz-)Ampullen nicht bei Asthmatikern mit Sulfid-Überempfindlichkeit angewendet werden.) Magen-Darmulcera, höhergradige Osteoporose, schwere Myopathien (ausgenommen Myasthenia gravis), Virusen (z.B. Varicellen, Herpes simplex des Auges, Herpes zoster [virämische Phase], Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärecephalitischen Form), Lymphome nach BCG-Implfung, Systemmykosen, Eng- und Weitwinkelglaukom. Strenge Indikationsstellung bei gleichzeitiger Therapie der Grunderkrankung: Bei Diabetes mellitus, Tuberkulose, akuten und chronischen bakteriellen und Amöben-Infekten, Hypertonie, thromboembolischen Prozessen, Herz- und Niereninsuffizienz ist - unter strengen Vorichtsmaßnahmen - eine Glucocorticoid-Therapie nur durchzuführen, wenn eine gleichzeitig die Grunderkrankung beherrschende Therapie (Antidiabetika, Tuberkulostatika, Chemotherapeutika bzw. Antibiotika, Antikoagulantia etc.) möglich ist. Bei Psychosen in der Anamnese nur bei vitaler Indikation. Schwangerschaft und Stillperiode: In der Schwangerschaft nur bei vitaler Indikation. Nach jeder Anwendung von Glucocorticoiden in hoher Dosierung darf bis zur Ausscheidung (bei Anwendung von Fortecortin auch in hohen Dosierungen im allgemeinen nach 2 bis 3 Tagen, von Solu-Dacortin nach 1 bis 2 Tagen) nicht gestillt werden. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.



Foto: Flor