

# 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

**A**m 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 – transdermaler 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 Interzellularspalten der Endothelbarriere