

DER FALL DER WOCHE

Berta hat Krampfadern

Der Patient

Berta B. ist 48, normalgewichtig und ohne schwere Vorerkrankungen. Sie erzählt: „Ich habe schon seit einigen Jahren nach längerem Stehen oder Sitzen so schwere Beine, oft tut das richtig weh. Naja, und Sie sehen ja meine Krampfadern, obwohl Krämpfe hab ich eigentlich keine.“ Nachdem Sie Frau B. darüber aufgeklärt haben, dass das Wort „Krampfadern“ wahrscheinlich vom mittelhochdeutschen „Krambadern“, also „geschlängelte Gefäße“, kommt und nichts mit Krämpfen zu tun hat, begutachten Sie Ihre Beine. Sie sehen im Wesentlichen retikuläre Varizen, links mehr als rechts, während die Hauptstämme und auch die größeren Seitenäste von *V. saphena magna* und *parva* wenig betroffen sind. Zugleich besteht eine chronisch-venöse Insuffizienz im Stadium I. Die Patientin trägt derzeit Kompressionsstrümpfe. „Damit geht’s ja halbwegs, aber im Sommer ist das unangenehm, und gerade da würde ich sie halt am meisten brauchen!“ Sie hat auch schon verschiedene medikamentöse Therapien versucht, mitmäßigem Erfolg. „Ein bisschen hilft das ja, aber Lösung ist es auf die Dauer keine“, meint sie. Wie würden Sie weiter abklären? Kann Frau B. eine Operation empfohlen werden?

auch der Beginn der Varikosis (erste Schwangerschaft, Operationen oder Traumata) sowie bereits abgelaufene Komplikationen (Phlebothrombose, Thrombophlebitiden usw.) herausgefunden werden sollten, erfolgt die Inspektion der Beine. Diese sollte unbedingt am bis auf die Unterwäsche entkleideten Patienten sowohl im Stehen als auch im Liegen erfolgen (Kompressionsstrümpfe schon geraume Zeit vor der Untersuchung ausziehen lassen). Nach oberflächlicher und tiefer Palpation (lokale Thrombophlebitis, Temperatur und Konsistenz der Haut sowie tastbare Lymphknoten inguinal oder popliteal) untersucht man Art und Beschaffenheit eines möglichen Ödems und prüft die peripheren Pulse. Funktionstests wie z.B. der Trendelenburg-Test liefern erste funktionelle Eindrücke vom Venensystem.

Differenzialdiagnostisch kommen u.a. die Claudicatio intermittens, orthopädisch bedingte Beschwerden wie Anlaufschmerz bei Arthrosen, Insuffizienz der Fußmuskulatur, Beinschwellung bei Lipödem, Lymphödem oder rezidivierenden Infekten sowie kardiale, nephrogene und metabolische Ödeme in Betracht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die exakte Anamnese und ein gründlicher Status praesens die Diagnose stellen lässt, die apparativen Methoden präzisieren dieselbe und vermitteln wichtige Hinweise für die Therapie.

Als Screening- und hochdifferenzierende Untersuchungsmethode ermöglicht die Ultraschall-Doppler-Sonografie (UDS) eine erste Entscheidung über therapeutische Maßnahmen, besonders wenn sie durch die digitale Photoplethysmografie (DPPG) ergänzt wird. Zusätzlich liefern die Duplex-Sonografie und letztendlich die ascendierende Pressphlebografie für das weitere Vorgehen wichtige Informationen.

Nachdem bei Frau B. eine exakte Anamnese erhoben wurde, der Ausschluss aller differenzialdiagnostischen infrage kommenden Krankheitsbilder (auch Lipödem und Lymphödem) und die Inspektion beider Beine im Stehen und Liegen durchgeführt wurde, wird nun zur weiteren Diagnostik die rasch durchzuführende und nicht invasive UDS und DPPG eingesetzt.

Würde die UDS eine primäre Stammvarikosis zeigen und die funktionsdiagnostische DPPG eine Besserung der venösen Hämodynamik ergeben, müsste der Patientin in Zusammenschau mit ihren Beschwer-

den die operative Sanierung empfohlen werden. Präoperativ sollte der erhobene Befund durch die Duplex-Sonografie bzw. Phlebografie verifiziert werden.

Eine entsprechende stadiengerechte Venenoperation mit Entfernung der insuffizienten Venenanteile vom proximalen zum distalen Insuffizienzpunkt sollte gewählt werden. Die Seitenastvarikose kann mittels Mikrochirurgie behandelt werden, durch Wundverschluss mit Klebefolien kommt es zu einem kosmetisch schönen Ergebnis. Im Zuge der Nachbehandlung erfolgt die Verdünnung der retikulären Varizen mittels Diolenlaser. Den Zeitpunkt für den operativen Eingriff legt die Patientin in Abhängigkeit ihrer Beschwerden fest.

Die konservative Therapie mit Verordnung eines exakt angemessenen Kompressionsstrümpfes der KKL II und die Kombinationstherapie mit venotonisierenden, ödemprotektiven Pharmaka wird in jedem Fall auch bei suffizientem Stammvenensystem eingeleitet. Frau B. erhält Information über grundlegende Verhaltensmaßnahmen wie Bewegungstherapie, Kneipp'sche Anwendungen, Venengymnastik usw. Als physikalische Zusatztherapie wird die maschinelle oder manuelle Lymphdrainage empfohlen.

„Wir empfehlen eine Duplex-Ultraschalluntersuchung“



Dr. Ingeborg Kasinger,
Ärztin f. Allgemeinmedizin, Spezialgebiet Phlebologie, Zentrum lifeAGENTS, Wien



Dr. Gerhard Kögler,
Arzt f. Allgemeinmedizin, Spezialgebiet Ästhetische Medizin, Leiter des Zentrums lifeAGENTS, Wien

Auf den ersten Blick scheinen die Stammvenen und die größeren Seitenäste der *Vena saphena magna* und *parva* wenig betroffen zu sein. Jedoch sieht man immer wieder eine Speisung der retikulären Varizen durch insuffiziente Stammvenen. Aus diesem Grund empfehlen wir eine Duplex-Ultraschalluntersuchung. Wenn sich bei dieser Untersu-

„Mit exakter Anamnese und Status praesens zur Diagnose“



Dr. Karl Gensthaler
FA f. Chirurgie,
OA der Privatklinik
Goldenes Kreuz, Wien

Die Diagnose venöser Abflussstörungen ergibt sich aus Anamnese,

Symptomatik, Status praesens, einfachen klinischen Untersuchungsmethoden und Tests sowie der apparativen nicht-invasiven und invasiven Exploration. Nach einer ausführlichen Anamnesenerhebung, bei welcher

raten Sie zur Operation?

chung kein Reflux von der Leiste aus feststellen lässt, ist die alleinige Verödung der retikulären Varizen ausreichend. Aufgrund der chronischen venösen Insuffizienz im Stadium I liegt jedoch der Verdacht nahe, dass die Stammvene einen Reflux zeigt. Bestätigt sich das im Duplex, empfehlen wir zuerst die Crossektomie im Bereich der Mündungsklappe der Vena saphena magna bzw. parva. Diese kann in Lokalanästhesie durchgeführt werden und dauert in etwa 20 Minuten. Damit hat man auf schonende Art und Weise den primären Reflux beseitigt. Als erstes Ergebnis kommt es gleich danach zu einer Druckreduktion im venösen System. Die Patientin wäre unmittelbar nach dem Eingriff gehfähig. Die Reste der betroffenen Varizen können drei Wochen danach mittels Schaumverödung über meist eine einzige Nadel verschlossen werden. Nach der Verödungstherapie empfehlen wir für eine Woche eine lockere Bandage mit einem Antithrombosestrumpf. In jedem der beiden Fälle würden wir zusätzlich Begleitmaßnahmen

empfehlen. In der kalten Jahreszeit ist dies das Tragen von Kompressionsstrümpfen der Klasse I und in der warmen Jahreszeit die orale Einnahme von Flavonoiden. Damit soll auch ein Beitrag zur Verbesserung der chronisch venösen Insuffizienz geleistet werden.

„Ich empfehle ein primär rein zuwartendes Vorgehen“



Prim. Dr. Thomas Maca
FA f. Innere Medizin,
Angiologie, Vorstand der
Angiologie am Evangelischen
Krankenhaus, Wien,
www.dr-maca.at

Nach Absolvierung der standardmäßigen angiologischen Venen- und Arteriendiagnostik ergibt sich anhand der Befunde aus der Digitalen Photo-plethysmografie (DPPG) kein Hinweis auf Vorliegen einer tiefen Veneninsuffizienz

unter Verwendung der Tourniquets, sehr wohl jedoch eine mäßiggradige Venenklappenschlussinkompetenz beidseits, links mehr als rechts ausgeprägt, im Einklang mit dem klinischen Aspekt. Der Dopplerindex ist normal, weshalb auch keine Kontraindikation gegen eine Kompressionstherapie besteht. Chronologisch frage ich bei der Patientin nach Familien- und Sozialanamnese und erfahre dabei, dass die Mutter und Schwester der Patientin unter fürchterlichen Krampfadern leiden. Als Risikokonstellation für eine Befundprogredienz arbeitet Frau B. als Friseurin mit entsprechender Stehbelastung. Prima vista wirkt die Venenklappenschwäche ganz vornehmlich auf kleine Venendurchmesser beschränkt. Nach längerem Stehen ist jedoch im Valsalva-Pressversuch links palpatorisch eine Druckerhöhung auszumachen, welche im Doppler bzw. auch duplexsonografisch im Sinne einer inzipienten Mündungsklappeninsuffizienz der V. saphena magna bestätigt werden kann.

Höhergradige chronisch trophische Störungen wie etwa Hyperpigmentationen mediomalleolär liegen noch nicht vor. Allerdings leidet die Patientin unter dem tagsüber zunehmenden Schweregefühl der Beine, und eine trocken-juckende Haut kann u.a. durchaus als frühes Vorzeichen einer Reaktion auf die venöse Hypertonie gedeutet werden.

Die Patientin ist offensichtlich mit den Allgemeinmaßnahmen bei chronisch venösen Erkrankungen bereits bestens vertraut. Primär versuche ich die Patientin in Anbetracht der noch geringen Ausprägung ihrer Venenerkrankung von der Sinnhaftigkeit eines konservativen Therapieversuchs zu überzeugen. Falls sie im Sommer unter den unansehnlichen retikulären Varizen leidet, besteht natürlich beizeiten die Möglichkeit einer lokalen Sklerosierungstherapie. Jedenfalls rate ich ihr, die Kompressionsstrümpfe so oft wie möglich, vor allem während der Arbeit, zu tragen. Darüber hinaus empfiehlt sich, die Flavonoidtherapie wieder aufzunehmen, sie kontinuierlich über den ganzen Sommer hinweg fortzuführen, eventuell mit Dosissteigerung von 1000 auf 1500mg täglich. Jede Chance von Bewegungsübungen sollte genutzt werden. Aktives Gehen mit betontem Abrollen des Fußes zur optimalen Aktivierung der Wadenmuskelpumpfunktion wird erklärt. Wenigstens langsame Zehenstandsübungen können auch zwischendurch jederzeit durchgeführt werden. Öfters Bein- ▶



hochlagerung, kühle Güsse der Beine entlang der betroffenen Venen können im Sommer Linderung bringen.

Sollte sich dennoch trotz aller konservativen Therapieversuche bei der Verlaufsbeobachtung nach der heißen Jahreszeit eine weitere Befundverschlechterung einhergehend mit zunehmender subjektiver Beeinträchtigung der Patientin ergeben, kann nochmals abgeklärt werden. Ergibt die DPPG eine besserbare Veneninsuffizienz, die Duplexsonografie und Venenverschlussplethysmografie keinen Hinweis für Z.n. tiefer Beinvenenthrombose bzw. postthrombotisches Syndrom, so kann nach Ausschluss etwaiger orthopädischer Probleme, welche die Beschwerden mitbedingen könnten, aus angiologischer Sicht dem Wunsch der Patientin nach einer Operation entsprochen werden.

Ich rate ihr jedoch, nur die eindeutig ungünstigere linke Venensituation sanieren zu lassen und den anschließenden therapeutischen Nutzen abzuwarten. Die endovaskuläre Lasertherapie (EVL) ist eine moderne und schonende minimalinvasive Behandlungsmethode.

Zusammenfassend empfehle ich also bei dieser Patientin mit gegebener Befundkonstellation primär ein zuwartendes Vorgehen mit bestmöglicher Ausschöpfung aller konservativen Optionen. ■