

Phlebologie

Moderne Behandlung der Varikosis: Optionen für niedergelassene Chirurgen

Ein Erfahrungsbericht von der 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) in Stuttgart im September 2017, inklusive einer subjektiven Bewertung der Entwicklung der Behandlung der Varikosis in den vergangenen 25 Jahren.

Von Dr. Markus Zoller

Vor 25 Jahren habe ich den Beruf als Chirurg begonnen und arbeite, nach 20 Jahren in einer zentral versorgenden Klinik jetzt seit fünf Jahren in einem großen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) als ärztlicher Leiter und als Chirurg. Neben der Koloproktologie habe ich als zweiten Schwerpunkt die Phlebologie in meiner Praxis gestärkt. Darüber hinaus bin ich wie die meisten von uns noch als Generalist in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen ausgebildet und freue mich jeden Tag darüber, da die Patienten davon sehr profitieren.

Da sich meiner Meinung nach in keinem anderen Gebiet der Chirurgie ein dermaßen großer Paradigmenwechsel wie bei der Behandlung der Varikose ereignet hat, möchte ich an dieser Stelle meine Eindrücke von der 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) schildern, meine Gedanken dazu äußern und Ihnen berichten, wie wir in unserer Einrichtung in Rothenburg ob der Tauber bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Varikosis verfahren.

Hohe Rezidivraten bei den endovenösen Verfahren?

In meinem dritten Ausbildungsjahr durfte ich, wie vielleicht mehrere von Ihnen auch, die Stripping-Operation nach Babcock durchführen – und das in einem Jahr gleich zirka 150 mal, da in einer großen Chirurgie diese Operation nicht auf dem Wunschzettel der maximal ambitionierten Chirurgen stand und wir Jungen deshalb zum Zuge kamen. Heute wird diese Operation immer seltener, in den US-amerikanischen und britischen Leitlinien wird sie nur noch nach den endovenösen Verfahren empfohlen. Bei uns ist die Stripping-Operation nach Babcock demgegenüber weiterhin die Standardtherapie für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten. Wie lange sich dieser Zustand halten wird, werden wir sehen. Die endovenösen Verfahren wiederum werden hierzulande derzeit ausschließlich über Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) bedient.

Bei der DGP-Jahrestagung in Stuttgart verteidigte Dr. Achim Mumme (Bochum) die Crossektomie und Stripping-Operation. Er zeigte Daten mit hohen Rezidivraten im Crossebereich für die endovenösen Verfahren. In der LaVaCro-Multizenterstudie zeigten sich bekanntlich für

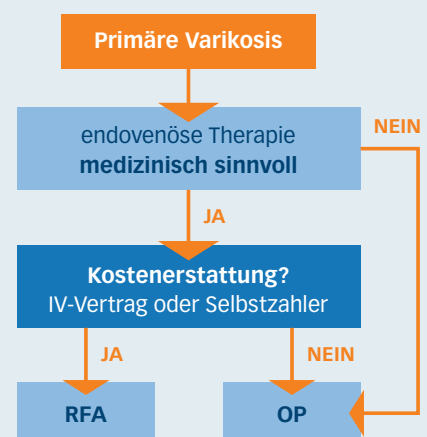
die chirurgische Crossektomie Rezidivraten von unter fünf Prozent. Der Vortrag wurde sehr intensiv diskutiert, da der Mainstream in der Phlebologie zurzeit ein anderer ist: Viele Phlebologen favorisieren die endovenösen gegenüber den klassischen chirurgischen Verfahren.

Vergleichbare Ergebnisse bei allen gängigen Verfahren?

Dr. Felizitas Pannier (Bonn) zeigte im Gegensatz dazu in ihrem Phlebologie-Update, dass nach zehn Jahren die Operation, die Laserbehandlung und die Radiofrequenzablation bei der Behandlung der Stammvenen gleiche Ergebnisse zeigen. Hierbei unterscheiden sich die beiden hauptsächlich angewendeten Radiofrequenzsysteme offensichtlich seitens der Ergebnisse deutlich; demzufolge ist das ClosureFast-System zu bevorzugen.

Die Skleosierungsbehandlung ist mittlerweile eine fest etablierte Methode, die aufgrund der Schaumherstellung auch bei den Stammvenen möglich ist. Aber für alle anderen Situationen, zum Beispiel auch für Rezidive, Seitenäste und Perforantes geeignet ist. Die Besenreiservarikosis ist die absolute Domäne der Flüssig-Mikrosklerotherapie.

Abbildung 1: Algorithmus zur Primärvarikosis im MVZ Regiomed Rothenburg



pie. Klar wurde beim Kongress wiederum auch, dass die Zeiten vorbei sind, in denen der Internist die Venen untersucht und der Chirurg sie behandelt. Die Duplexsonographie ist der Goldstandard für die Diagnostik und Therapie des Krampfaderleidens, demzufolge müssen wir Chirurgen diese selbst beherrschen um langfristig gute Ergebnisse für unsere phlebologischen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Auch neue Therapieansätze wie die minimal invasive, gefäßserhaltende CHIVA und neue Klassifikationen wie zum Beispiel die Crosseinsuffizienz nach Stücker sind nur mit ihr zu verstehen. Die Duplexsonographie ist bisher auch noch gut abrechenbar.

Schlussfolgerung für die eigene Praxis

Wir führen bei allen zu therapierenden Patienten die Duplexsonographie selbst durch. Sie ist auch ein fester Bestandteil im OP-Saal, selbstverständlich für die endovenösen Verfahren unverzichtbar, aber auch für operative Situationen sehr hilfreich (Crosse der Vena saphena parva und Perforantes). Natürlich ist es nach wie vor sinnvoll, ein Netzwerk mit diagnostisch tätigen Kollegen zu pflegen, die sich um die Patientinnen und Patienten kümmern, die mal ihre Beine angeschaut haben möchten, und auch um eine Thrombose sicher auszuschließen.

Wir führen nach wie vor Stripping-Operationen und auch Recrossektomien durch, haben aber einen wachsenden Anteil von Patientinnen und Patienten für die endovenöse Therapie, die bei uns mit der Radiofrequenzmethode behandelt werden, die bei vielen Seitenästen in Nar-kose, ansonsten in reiner Tumescenzanästhesie durchgeführt wird (vgl. Algorithmus in Abb. 1). Alle zwei Wochen nachmittags haben wir eine Sprechstunde für die Sklerosierungsbehandlung eingeführt, die sehr stark nachgefragt wird.

Wir sehen die zukünftige Behandlung der Varikosis als einen „Tailored approach“. Dieser aus der Hernienchirurgie entlehnte Begriff bedeutet, für alle Patientinnen und Patienten das individuell richtige Verfahren auszuwählen und verschiedene Verfahren auch zu ihrem Nutzen zu kombinieren. Hierbei werden natürlich sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt.

Da nach zehn Jahren die Radiofrequenzablation, die Laserbehandlung und die Operation scheinbar gleiche Ergebnisse zeigen, ist die Operation offensichtlich nicht schlechter als die endovenösen Verfahren und kann den Patientinnen und Patienten weiterhin mit gutem Gewissen empfohlen werden. Deshalb führen wir diese weiterhin bei den Patientinnen und Patienten durch, bei denen keine Kostenerstattung für ein endovenöses Verfahren oder eine Selbstzahlerleistung möglich ist, oder wenn dieses therapeutisch nicht zielführend erscheint. Bei Rezidivoperationen kombinieren wir diese gerne mit der Schaumsklerosierung.

Wie in vielen Bereichen der Medizin, kann der Patient von den vielen vorhandenen Therapieopti-

Dr. Markus Zoller

Ärztlicher Leiter des MVZ Regiomed
 Ansbacher Straße 13
 91541 Rothenburg
 Tel.: 09861 94320
 Fax.: 09861 943280
 markus.zoller4@googlemail.com
 www.mvz-anregiomed.de/
 mvz-regiomed-rothenburg/



Foto: Zoller

onen nur profitieren, ganz nach dem Grundsatz, sich immer bewusst zu sein, „dass wenn man einen Hammer hat, nicht alles ein Nagel ist“.

Ich glaube mit diesem Vorgehen müssen wir Chirurgen uns nicht vor den Dermatologen, Internisten und Allgemeinärzten verstecken, die sich ebenfalls um die Behandlung der Varikose bemühen. Allerdings müssen wir uns damit abfinden, dass die alleinige operative Therapie der primären Varikosis vorbei ist und wir die endovenöse Therapie anbieten sollten. Aus diesem Grund bieten wir seit Januar diesen Jahres allen interessierten chirurgischen Kollegen Hospitationstermine an, um die endovenöse Therapie zu erlernen.

Abschließen möchte ich mit einem Zitat von Gotthold Ephraim Lessing: „Das kleinste Kapitel eigener Erfahrung ist mehr wert, als Millionen fremder Erfahrung,“ und nochmals auf den subjektiven und nicht evidenzbasierten Charakter meines Artikels hinweisen. ◀

Interessenkonflikt: Der Autor hat einen Beratervertrag bei der Firma Medtronic
 Literaturliste beim Verfasser oder bei der Redaktion erhältlich.

Abbildung 2: Algorithmus zur Behandlung der Rezidivvarikosis im MVZ Regiomed Rothenburg

