

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

**Neues in der Varizenchirurgie:
Welche Bedeutung hat die Chirurgie
in Zeiten von Laser, Schaum und
Radiofrequenz**

Assadian A

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;

9 (2), 6-7

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie



Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

SITZ GUT, TUT GUT!

EINFACH SCHLUSS MIT
HÄMORRHOIDALLEIDEN!

EASY-TO-USE
AKUT
THERAPIE

✓ Einfache Einnahme

✓ Auf eine Akut-Therapie abgestimmt

✓ Wirkt gezielt von innen



Eine Innovation von Dioscomb®, **Österreichs Nr. 1** bei Venenpräparaten*
*IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD Dezember 2024

Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Dioscomb® 1000 mg Filmtabletten; **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 1000 mg mikronisierte Flavonoide, bestehend aus 900 mg Diosmin und 100 mg anderen Flavonoiden, dargestellt als Hesperidin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Magnesiumstearat, Talkum, Maisstärke, Gelatine, mikrokristalline Zellulose (Typ 102), Filmüberzug: Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Macrogol 3350, partiell hydrolysiertes Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Maltodextrin, Guargalactomannan (E412), Hypromellose (E464), mittelkettige Triglyzeride. **Anwendungsgebiete:** Dioscomb ist bei Erwachsenen angezeigt zur Behandlung von chronischer Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten bei folgenden funktionellen Symptomen: schwere Beine und Schwellungen, Schmerzen, nächtliche Krämpfe der unteren Extremitäten. Symptomatische Behandlung von akuten Hämorrhoidalbeschwerden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kapillarstabilisierende Mittel; Bioflavonoide, Diosmin, Kombinationen. ATC-Code: C05CA53. **Inhaber der Zulassung:** ExtractumPharma zrt. H-1044 Budapest, Megyeri út 64. Ungarn. **Zulassungsnummer:** 141737 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 07/2024; **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft, Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen dieses Arzneimittels informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

ERWO
PHARMA

Neues in der Varizenchirurgie: Welche Bedeutung hat die Chirurgie in Zeiten von Laser, Schaum und Radiofrequenz?*

A. Assadian

Kurzfassung: Die Therapie der Stammvarikose der Vena saphena magna und parva hat in den vergangenen 10 Jahren einen Innovationsschub erlebt. Mehrere neue – mehrheitlich der Crossektomie und Stripping gegenüber als überlegen dargestellte – ausschließlich endoluminale Therapieoptionen haben den Markt erobert.

Die Operation ist sicher nicht mehr für alle Patienten und alle Indikationen die optimale Therapie, die derzeitige Evidenz steht jedoch im krassen Gegensatz zur mehrheitlich aus merkantilen Absichten geführten Diskussion. Aus der derzeitigen Evidenzlage und Erfahrung sind sehr

großlumige (> 10 mm), geschlängelte Stammvarizen mit ausgeprägten Seitenästen weiterhin chirurgisch besser versorgt. Auch ist ein BMI > 27 als Risikofaktor für Rekanalisation nach endoluminalem Verfahren zu sehen.

Schlüsselwörter: Varizenchirurgie, Radiofrequenz, Laser, Schaumsklerosierung

Abstract: News in Varicose Vein Surgery.

During the last decade, new – mainly endovenous – methods for the treatment of varicose

veins were developed and entered clinical practice. Despite the lack of evidence, these methods are marketed as superior to conventional surgical methods. Today, a broad spectrum of therapeutic options are available, however, not all are equally suitable for every patient. Reviewing the current literature, one could conclude that large veins as well as extremely tortuous veins are still best treated surgically. **Z Gefäßmed 2012; 9 (2): 6–7.**

Key words: varicose vein surgery, laser, radiofrequency, foam sclerotherapy

■ Einleitung

Wie im Artikel des Kollegen Bucek klar dargelegt, hat die Therapie der Stammvarikose der Vena saphena magna und – viel seltener – parva in den vergangenen 10 Jahren einen Innovationsschub erlebt. Mehrere neue – mehrheitlich der Crossektomie und Stripping gegenüber als überlegen dargestellte – ausschließlich endoluminale Therapieoptionen haben den Markt erobert.

Das Spektrum der Ausprägung und die klinische Präsentation der Erkrankung ist sehr groß: von asymptomatischen „inneren“ Varizen – mit nicht nachvollziehbarer medizinischer Therapieindikation – bis zu venösen Ulzera. Damit einhergehend ist die Behandlungserwartung seitens der Patienten äußerst unterschiedlich. In einem sehr großen Prozentsatz der Patientenpopulation ist eine lebensqualitative Komponente von großer Relevanz, sei dies nun im Sinne kosmetischer oder lebensqualitativer Aspekte, wie das Gefühl der Schwere und Schwellung der Beine. Diese Patientenpopulation hat natürlich eine andere Erwartungshaltung gegenüber den angebotenen Therapieoptionen als solche mit seit Jahren nicht heilenden venösen Ulzera.

Daher ist die Suche nach besseren und effizienteren Methoden – häufig unabhängig von Kosten – nicht selten und ein durchaus legitimes Anliegen. Die Voraussetzung einer korrekten Patientenrekrutierung für eine Methode ist jedoch die rea-

listische, auf Fakten basierende Darstellung der Therapieoptionen. Natürlich darf und muss in der Diskussion die finanzielle Komponente für Behandler und Behandelte klar angesprochen werden.

■ Unterschiedliche Therapiekonzepte mit ähnlichen Problemen

Das Konzept der operativen Therapie der Stammvarikose besteht in der Unterbrechung des Reflux am proximalen und distalen Insuffizienzpunkt durch Resektion der erkrankten Vene. Eine der wichtigen Prinzipien in der Varizenchirurgie ist die Crossektomie, die Unterbindung aller in den Venenstern einmündenden Seitenäste, und das Absetzen der Vena saphena auf Niveau der Vena femoralis. Bei den endoluminalen Verfahren wird das gleiche Prinzip mit Belassen der Vene und Verödung (thermisch oder chemisch) versucht. Ein angeblicher Vorteil der endoluminalen Verfahren, das Ausbleiben der Neovarikose, konnte in randomisierten Studien nicht gezeigt werden [1]. Dies ist insofern bemerkenswert, als insbesondere die Verhinderung der Neovarikose in der Leiste als eine der großen Vorteile in der endovenösen Therapie gesehen und vermarktet wurde. Die Beurteilung des Problems muss natürlich differenziert gesehen werden, da unterschiedliche Ursachen zu einem Auftreten einer Seitenastvarikose führen können. Einerseits muss von einer „Neovarikose“ gesprochen werden, wenn vor der Behandlung bestehende (normalkalibrige) oder durch die Behandlung unterbrochene Gefäße varikös entarten, andererseits von einer tatsächlichen Neovarikose, wenn neue Strukturen entstehen. Für Ersteres gibt es Daten, bei welcher Konfiguration des Venensterns das Risiko nach endovenöser Therapie sehr groß erscheint [2], die zweitgenannte Entität hat sicherlich komplexere Ursachen.

Zusätzlich ist die Rate der Rekanalisationen – unabhängig von der endovenösen Methode – teilweise beachtlich und mit den chirurgischen Ergebnissen vergleichbar [1, 3]. In einer

* Kommentar zum Beitrag R. Bucek, Wertigkeit der endovaskulären Therapie der Varikose – eine Übersicht. *Z Gefäßmed* 2012; 9 (1): 11–4.

Eingelangt und angenommen am 28. Februar 2012

Aus der I. Chirurgische Abteilung mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Wilhelminenspital Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Doz. Dr. Afshin Assadian, I. Chirurgische Abteilung mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Wilhelminenspital, A-1160 Wien, Montleartstraße 37; E-Mail: afshin_assadian@yahoo.de

Meta-Analyse der Cochrane-Reviews konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Crossektomie, Stripping und den endovenösen Methoden festgestellt werden [3]. Beeindruckend ist die geringe Zahl der für die Meta-Analysen in Frage kommenden und eingeschlossenen Studien. Risikofaktoren für eine erhöhte Rekanalisierungsrate sind große Venendurchmesser und – besonders relevant als wichtiger Faktor in der Entstehung der Varikose – ein hoher BMI [4].

■ **Verträglichkeit der Methoden – der objektive Vergleich macht uns unsicher**

Neben den nicht haltbaren Erzählungen über Neovarikose und Rezidiv ist die bessere Verträglichkeit, insbesondere bei der Lasertherapie, eine Mär. So haben gestrippte Patienten weniger postoperative Schmerzen als nach einem endovenösen Lasereingriff [5]. Zwar sollen verbesserte Sonden das Problem reduziert, aber nicht eliminiert haben. Die Schaumtherapie wird als Wundermittel beschrieben, sie ist sehr günstig – nicht immer für den Patienten – hat jedoch keine wissenschaftliche Basis hinsichtlich Effizienz und Effektivität [3].

Die Langzeiteffekte der behandelten (kosmetischen) Varikose sind für die klassische Crossektomie und Stripping-Operation bekannt: Nach 11 Jahren ist eine Rezidiv-/Neovarikoserate von mehr als 60 % zu erwarten, eine Reoperation ist bei weniger als 10 % der Patienten anzunehmen [6]. Die endovenösen Methoden, die dieses Problem angeblich nicht aufweisen, sind noch zu jung für eine Dekade Follow-up, nach 2 Jahren ist jedoch auch bei der Radiofrequenzobliteration eine 14 %-Rezidivrate [1], bei der Lasertherapie eine 16 %-Rezidivrate zu erwarten [2]. Kosmetische Nebeneffekte wie Hyperpigmentierung oder Paraphlebitis bei den endoluminalen Methoden sind ebenfalls relevant und für Patienten nicht immer erfreulich. So bleibt die Summe der unerwünschten Effekte bei allen Methoden gleich, lediglich deren Verteilung verschiebt sich je nach Methode.

■ **Es zählt nicht nur was, sondern auch wie man etwas macht**

Ein besonders wichtiger Aspekt ist natürlich die Ausführung der Operation *per se*, die eine relevante Streubreite haben kann [7]. Abgesehen von der Akribie, mit der man suffiziente Varizenbehandlung betreiben muss, ist die chirurgische Ausbildung und der Zugang zu Gefäßen von großer Bedeutung. Somit liegt die deutlich höhere Qualifikation eines Gefäßchirurgen, verglichen zu anderen chirurgisch tätigen Kollegen, auf der Hand. So ist die vom Kollegen Bucek angesprochene hohe Rezidivrate nach Parva-Crossektomie sicher in

vielen Fällen der mangelnden chirurgischen Technik zuschulden, da die Parva-Crosse auch für Gefäßchirurgen als anatomisch anspruchsvolles Operationsgebiet gilt.

Neben der chirurgischen Qualifikation ist die zeitliche Komponente für den Eingriff und die Ausstattung von Ordinationsräumen ein gewichtiger Punkt auf der Habenseite der endovenösen Therapien, insbesondere der Schaumsklerosierung. Die neuen Methoden sind mit einem deutlich geringeren logistischen Aufwand als die Operation umsetzbar.

■ **Patientenselektion ist essenziell**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der „Stein der Weisen“ noch nicht gefunden wurde. Die Operation ist sicher nicht mehr für alle Patienten und alle Indikationen die optimale Therapie, die derzeitige Evidenz steht jedoch im krassen Gegensatz zur mehrheitlich aus merkantilen Absichten geführten Diskussion. Aus der derzeitigen Evidenzlage und Erfahrung sind sehr großlumige (> 10 mm), geschlängelte Stammvarizen mit ausgeprägten Seitenästen weiterhin chirurgisch besser versorgt. Auch ist ein BMI > 27 als Risikofaktor für Rekanalisation nach endoluminalem Verfahren zu sehen. Um ein optimales Ergebnis zu erzielen, ist bei allen Methoden eine suffiziente postinterventionelle Kompressionstherapie als Basis des Erfolgs zu sehen.

■ **Interessenkonflikt**

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Lurie F, Creton D, Eklof B, Kabnick LS, Kistner RL, Pichot O, Sessa C, Schuller Petrovic S. Prospective randomised study of endovenous radiofrequency obliteration (closure) versus ligation and vein stripping (EVOLVeS): two-year follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 40: 649–56.
2. Merchant RF, Pichot O. Long-term outcomes of endovenous radiofrequency obliteration of saphenous reflux as a treatment for superficial venous insufficiency. *J Vasc Surg* 2005; 42: 502–9.
3. Rass K, Frings N, Glowacki P, Hamsch C, Gräber S, Vogt T, Tilgen W. Comparable effectiveness of endovenous laser ablation and high ligation with stripping of the great saphenous vein: two-year results of a randomized clinical trial (RELACS Study). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 29: 67–73.
4. Nesbitt C, Eiffel RK, Coyne P, Bhattacharya V, Stansby G. Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus conventional surgery for great saphenous vein varices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;10:CD005624.
5. Pronk P, Gauw SA, Mooij MC, Gaastra MT, Lawson JA, van Goethem AR, van Vlijmen-van Keulen CJ. Randomised controlled trial comparing sapheno-femoral ligation and stripping of the great saphenous vein with endovenous laser ablation (980 nm) using local tumescent anaesthesia: one year results. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 40: 649–56.
6. Winterborn RJ, Foy C, Earnshaw JJ. Causes of varicose vein recurrence: Late results of a randomized controlled trial of stripping the long saphenous vein. *J Vasc Surg* 2004; 40: 634–9.
7. Milone M, Salvatore G, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Milone F. Recurrent varicose veins of the lower limb after surgery. Role of surgical technique (stripping vs. CHIVA) and surgeon's experience. *G Chir* 2011; 32: 460–3.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)