

Die Wirkung der isolierten Phlebektomie auf den Reflux und den Durchmesser der Vena saphena magna

Eine prospektive Studie

P. Pittaluga¹, S. Chastanet²

1 Riviera Veine Institut Centre, Nizza, Frankreich, 2 Riviera Veine Institut Monaco, Monte-Carlo, Monaco

▲ Einleitung

Im Gegensatz zum deszendierenden pathophysiologischen Entstehungskonzept der superfiziellen venösen Insuffizienz (SVI), das einen absteigenden oder retrograden venösen Reflux der Saphenazuflüsse zum Saphenastamm und den Kollateralen (1, 2) beschreibt, ist ein neues Konzept aufgekommen, welches eine multifokale oder ascendierende Entstehung vom suprafazialen Netzwerk zum Saphenastamm und den Saphenazuflässen einbezieht (3-9).

Einige Autoren haben die Hypothese aufgestellt, dass eine Therapie, die nur auf die Ablation des varikösen Reservoirs (VR) des suprafazialen venösen Netzwerks beschränkt ist, zu einer Regression oder Elimination des Saphenarefluxes führen kann (10-13).

Referat zu: The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: a prospective study. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:122-128.

Material und Methoden

In diese prospektive longitudinale Studie wurden vom 1. Februar bis zum 31. März 2008 konsekutiv Patienten eingeschlossen, die Varizen mit Reflux in der Vena saphena magna (VSM) mit oder ohne Crossenreflux aufwiesen.

Behandelt wurden sie mit einer Ablation der erweiterten und refluxierenden Zuflüsse der VSM durch Phlebektomie und mit einer Beibehaltung der refluxierenden VSM entsprechend der ASVAL-Methode (ambulante selektive Varizenablation unter Lokalanästhesie) (11-13).

Wir maßen den Durchmesser der VSM (an der Mündung und unterhalb von ihr, im mittleren Drittel des Oberschenkels, am Knie und im mittleren Drittel der Wade), die Refluxdauer (RD) und die maximale Refluxgeschwindigkeit (MRG) unter Verwendung eines Dopplerultraschalls. Dabei standen die Patienten aufrecht, und es wurde das manuelle venöse Zufluss-Manöver in der Wadenregion ausgeführt, außer in der Crossenregion, in der wir einen trans-ostialen Reflux unter Verwendung des Valsalva-Manövers feststellten.

Wir untersuchten auf Zeichen und unspezifische Symptome der venösen Insuffizienz (Schmerz, Schweregefühl, Schwellung, Juckreiz, nächtliche Krämpfe, Unruhe, Kribbeln und Wärme). Die hämodynamischen und anatomischen Messungen ebenso wie die klinische Untersuchung führten wir bei der Aufnahme und einen Monat nach der Operation durch.

Ergebnisse

Wir schlossen 55 Beine von 54 Patienten (30 Frauen, 24 Männer) mit einem durchschnittlichen Alter von 62,6 Jahren \pm 2,72 (37-83 Jahre, mittleres Alter 64) ein.

In der CEAP-Klassifikation wurden 43 Beine mit C₂EPA_{2,3,18Pr} (78,2%) bewertet, zwei mit C₂EPA_{2,3,17Pr} (3,6%) und zehn mit C₂EPA_{2,18Pr} (18,2%). Insgesamt 45 Beine (81,8%) zeigten Symptome. Wir untersuchten alle Beine einen Monat nach dem Eingriff. Es gab keine postoperativen Komplikationen.

mittlerer VSM-Durchmesser	prä-operativ	post-operativ	p
postoperat. VSM-Durchmesser (mm)			
an der Mündung	5,9	5,0	0,02
unterhalb der Mündung	5,2	4,7	0,20
mittleres Drittel des OS	5,0	4,4	0,02
Knie	5,3	4,5	<0,001
mittleres Drittel der Wade	4,0	2,8	<0,001
mittlere RD (s)	1,53	0,79	0,02
mittlere MRG (mm/s)	248,4	116,8	<0,001
Abwesenheit postop. Symptome	75,0 %	82,8 %	0,81

VSM: Vena saphena magna, ASVAL: ambulante selektive Varizenablation unter Lokalanästhesie
RD: Refluxdauer, MRG: maximale Refluxgeschwindigkeit, OS: Oberschenkel

Tab. 1: Veränderung des Durchmessers der Vena saphena magna und der Refluxcharakteristika nach der ASVAL-Prozedur bei Beinen, die auch postoperativ einen VSM-Reflux mit einer Refluxdauer > 0,5 Sekunden aufwiesen.

55.

Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft
für Phlebologie



CCH Congress Center Hamburg

02.-05.10.2013

INTERDISZIPLINÄRE STRÖMUNGEN 2013

Jetzt Online:
Formular zur Abstracteinreichung!

Deadline 10.05.2013

www.phlebologiekongress.de

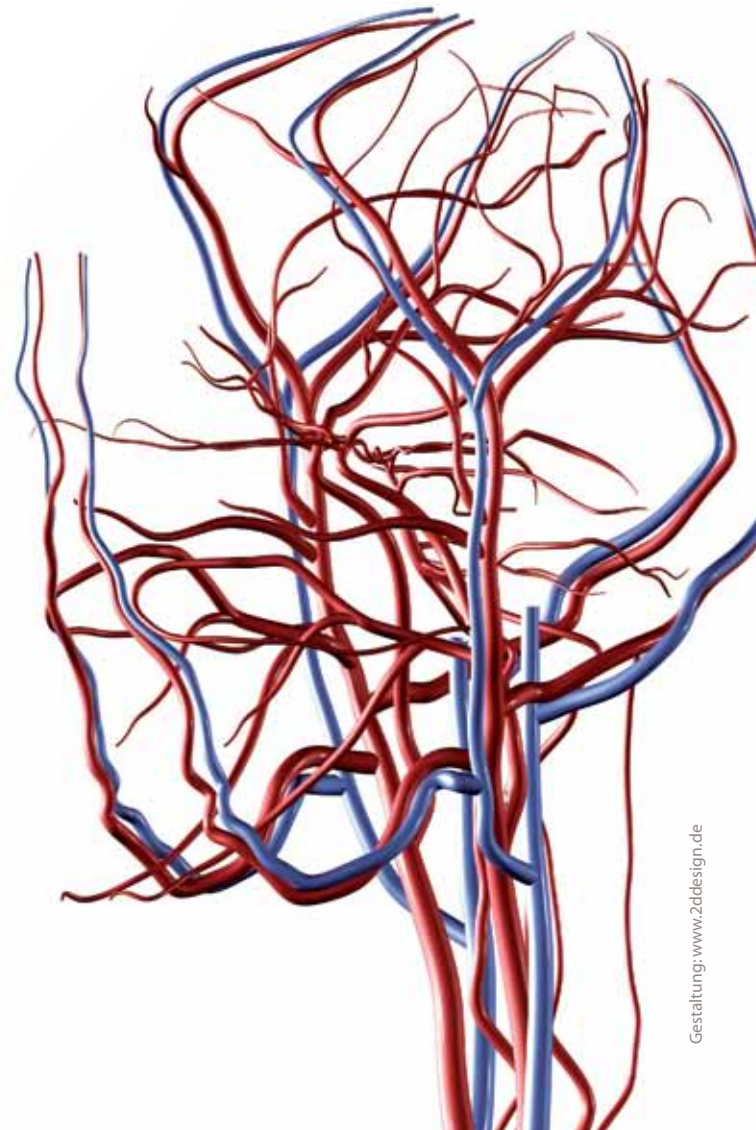
TAGUNGSPRÄSIDENTEN

Dr. med. Guido Bruning
Krankenhaus Tabea Hamburg

Dr. med. Wolf-Ruediger Gottlieb
Zentrum für Gefäßmedizin



KONGRESSORGANISATION: KelCon GmbH, Tauentzienstraße 1, 10789 Berlin
Tel.: +49 (0)30 679 66 88 52, Email: dgp@kelcon.de



Die durchschnittliche RD war nach einem Monat signifikant reduziert auf $0,81 \pm 0,20$ Sekunden (vs. $1,54$ s präoperativ, $p < 0,01$), ebenso die durchschnittliche MRG auf $119,5 \pm 27,4$ mm/s (vs. $248,6$ mm/s präoperativ, $p < 0,01$). Die Messung des VSM-Durchmessers zeigte eine signifikante postoperative Reduktion an allen Messpunkten (Tab. 1), was distal besonders deutlich war.

Alle Beine wurden mit C₀ oder C₁ der CEAP-Klassifikation C bei der postoperativen Kontrolle nach einem Monat bewertet, die Beine waren in 40 Fällen asymptomatisch (82,1%). Die postoperative Entwicklung zeigte eine signifikante Reduktion des VSM-Durchmessers (außer bei der Mündung), der RD, der MRG und der Häufigkeit der Symptome, unabhängig von der Anwesenheit eines präoperativen Mündungsrefluxes.

Bei den 20 Beinen, die postoperativ eine RD $> 0,5$ Sekunden aufwiesen, gab es trotzdem eine signifikante Reduktion des VSM-Durchmessers, der durchschnittlichen RD, der durchschnittlichen maximalen Refluxgeschwindigkeit und der Symptommhäufigkeit (Tab. 1).

Schlussfolgerung

Wir stellten eine Änderung der Refluxcharakteristika in der VSM in der kurzen Zeit nach den isolierten Phlebektomien fest mit einer signifikanten Reduktion der Refluxdauer und der maximalen Refluxgeschwindigkeit. Isolierte Phlebektomien führen auch zu einer signifikanten Verringerung des VSM-Durchmessers. Die Kombination aus hämodynamischen und anatomischen Veränderungen führte zu einer Reduktion des Refluxvolumens, selbst wenn der Reflux nach den Phlebektomien noch $> 0,5$ Sekunden betrug.

Unsere Ergebnisse legen nahe, dass das Refluxvolumen das Schlüsselement bei der Erklärung der hämodynamischen und klinischen Konsequenzen der Behandlung des venösen Reservoirs ist, darüber hinaus kann es uns helfen, die klinische Bedeutung des venösen Refluxes zu verstehen.

Literatur beim Autor.

Literatur beim Autor.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Paul Pittaluga
Riviera Veine Institut Centre
6, rue Gounod
F- 06000 Nizza, Frankreich
E-Mail: paulpittaluga@hotmail.com