

„Invalidisierende“ Dys- und Hypästhesie nach Varizenoperation

N. Frings, L. Brümmer, W. Hannappel, T. Van Thanh Phuong, Capio Mosel-Eifel-Klinik, Bad Bertrich

▲ Einleitung

Die Varizenchirurgie gilt als harmlose Operation. Dennoch liegt ein unkomplizierter Heilungsverlauf nur bei etwa der Hälfte der Patienten vor (50,9%). Als häufigste Komplikation wird eine Schädigung oberflächlicher Nerven angeführt (2). In Großbritannien stellt die Hautnervläsion den häufigsten Einzelgrund für juristische Klagen dar (8, 9).

Material und Methode

Wir haben eine Literaturrecherche zum Thema Hyp- und Dysästhesie nach Varizenchirurgie vorgenommen. Die Inzidenz wird bei retrospektiver Erhebung mit 23 beziehungsweise 40% angegeben (5, 9). Bei retrospektiver Analyse ist entscheidend, ob ein Bein oder beide Beine operiert werden: unilaterale Chirurgie 27%, bilaterale Chirurgie 47%, $p=0,006$ (9).

Verlauf und Therapie

Zum Verlauf der Hyp- und Dysästhesie werden keine validen Daten geliefert. Bei einer kleinen Anzahl von Patienten treten jedoch extrem belastende und invalidisierende Störungen auf (3, 8, 9), nach Morrison in 6,7% der Fälle. Falls die Läsion Propriozeptoren in Gelenknähe tangiert, so kann eine schwere Gelenkinstabilität die Folge sein, insbesondere an Knie, Sprunggelenk, der Fußsohle und den Zehengrundgelenken (1, 7). Zur Pathogenese wird angeführt, dass die Nervenschädigung intraoperativ eintreten kann durch Nervendurchtrennung beziehungsweise Nervenraumatisierung/Irritation (4). Bei postoperativem Auftreten kann sie durch ein Neurinom, eine Narbenreaktion oder auch eine postoperative Thrombophlebitis mit Druck auf Hautnerven verursacht sein.

Therapie

Bei der Hypästhesie mit Gelenkinstabilität wird eine Bänder- oder ein Kompressionsstrumpf empfohlen, eventuell auch eine Pelotte sowie ein koordinatives krankengymnastisches Training (1, 7). In vielen Fällen bildet sich die Hypästhesie entweder weitgehend oder gar auch komplett zurück. Bei schwerer Dysästhesie finden sich in der Literatur zwei unterschiedliche therapeutische Strategien. Zum einen eine konservative Behandlung mit symptomatischer, analgetischer Behandlung sowie Abwarten und gegebenenfalls auch Neuraltherapie. Bei Versagen dieser Behandlung mit schweren und zum Teil invalidisierenden Schmerzen kann eine Mikroneurolyse oder perkutane

Neurotomie (6) sowie eine Surgical decompression und Neurektomie (4) vorgenommen werden. Unsere eigene operative Therapie besteht darin, dass der Triggerpunkt palpatorisch geortet und dann eine Narbenrevision mit Dissektion des Gewebes und Makroneurolyse vorgenommen wird, ggf. mit Exzision von Narbengewebe oder thrombophlebitischen Konvoluten. Bei erfolgreichem Eingriff resultiert umgehende Schmerzfreiheit. Nach unserer Erfahrung wird in jedem Fall aber eine erhebliche Schmerzlinderung erzielt. Als Nachteil kann jedoch eine bleibende Hypästhesie resultieren.

Kasuistik

Es handelt sich um eine 36-jährige, schlanke Patientin, bei der auswärts im November 2011 erfolgreich eine rechtsseitige Magna-Crossektomie und Stripping-Operation vorgenommen worden war. Drei Monate später traten heftigste Schmerzen unterhalb der operierten Leiste auf, mit stärkster Gehbehinderung, sodass die Patientin mit ihren Kindern nicht mehr spielen konnte. Diese Beschwerden waren weder duplexsonographisch (regelrechter Befund nach Varizenoperation) noch durch eine Kernspintomographie (geringe postoperative fibrovaskuläre Narbenreaktion mit unspezifischem Lymphknoten) ausreichend zu erklären. Eine symptomatische Behandlung inklusive mehrfacher Neuraltherapie blieb erfolglos. Unter der Vorstellung einer narbeninduzierten Dysästhesie haben wir mittels Längsinzision am Oberschenkel unterhalb der Leiste eine operative Revision vorgenommen. Erstaunlicherweise fand sich neben dem Narbengewebe eine thrombophlebitisch veränderte Varize, welche inklusive dem Narbengewebe exstirpiert wurde. Die Patientin war postoperativ schlagartig beschwerdefrei und konnte sofort mit ihrer Familie in den Urlaub fahren.

Literatur beim Autor.

Der Beitrag beruht auf einem Vortrag bei der 54. Jahrestagung der DGP vom 19.-22.09.2012 in Lübeck.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Frings
Capio Mosel-Eifel-Klinik
Kurfürstenstraße 40
56864 Bad Bertrich
E-Mail: Norbert.Frings@de.capio.com

