

Interventionen bei chronischen Verschlüssen der Venen

T. Willenberg, Angiologie, Universitätsspital Bern, Schweiz

▲ Chronische Verschlüsse von iliofemorale Venen sind in aller Regel eine Folge einer abgelaufenen tiefen Beinvenenthrombose. Häufig wurde diese durch eine mechanische Kompression, zum Beispiel der May-Thurner-Läsion, begünstigt. Bei einer konservativen Behandlung eines solchen Ereignisses persistiert nicht selten eine chronische Beckenvenenobstruktion bis hin zum kompletten Verschluss. Kollateralen sorgen für die venöse Beindrainage, gelegentlich sichtbar als Spontan-Palma über dem Os pubis beim stehenden Patienten.

Lokal bewirkt diese venöse Obstruktion eine venöse Hypertonie in der betroffenen Extremität, welche vor allem beim Laufen verstärkt wird. Die subjektiven Symptome der Patienten sind heterogen. Sie reichen von brennenden Schmerzen im Oberschenkel bis hin zu neuralgischen Empfindungsstörungen des betroffenen Beines. Klinische Zeichen sind neben der Schwellungsneigung die bekannten Hautveränderungen der chronisch venösen Insuffizienz bis zum Endstadium, dem Ulcus cruris. Wenn ein solches vorliegt, sollte im Übrigen immer an eine Beckenvenenobstruktion gedacht werden. In der Diagnostik ist die Duplexsonographie für die Detektion einer Beckenvenenobstruktion limitiert, andere Methoden wie das MRT oder aber auch die Phlebographie sollten dabei in Betracht gezogen werden. Die apparativen Befunde müssen dann mit klinischer Erfahrung kombiniert werden, um die Diagnose einer symptomatischen Beckenvenenobstruktion und die Indikation zu deren Behandlung zu stellen.

Technisch ist die interventionelle Behandlung von chronischen Beckenvenenobstruktionen herausfordernd. Der Zugang sollte zur besseren phlebographischen Übersicht in genügendem Abstand zur Läsion gewählt werden, zum Beispiel popliteal oder femoral. Anschließend ist es gelegentlich schwierig, mit der Drahtpassage den richtigen Weg zu finden, insbesondere, wenn es sich um einen kompletten Verschluss der Vene handelt. Nach einer oft sinnvollen Vordilatation der passierten Obstruktion ist in den allermeisten Fällen eine Stenteinlage notwendig. Wichtig ist es dabei, die gesamte Läsion abzudecken und einen guten Inflow und Outflow in und aus der gestenteten venösen Läsion zu gewährleisten.

Kritisch sind dabei insbesondere Lokalisationen, an welchen die Vene vermeintlich ihre Verlaufsrichtung ändert oder abknickt. Flexible Stents scheinen hier geeigneter. Funktionelle Phlebographien – zum Beispiel in Hüftflexion – vor und nach Stenteinlage können helfen, die biomechanischen Verhältnisse zu verstehen und den geeigneten Stent zu wählen. Mit entsprechender Erfahrung und Beachtung dieser Details können sehr vielversprechende Offenheitsraten erreicht werden, sekundär (d.h. mit erforderlichem Re-Eingriff, zum Beispiel aufgrund einer Restenose) bis zu 95% nach fünf Jahren. Die Datenlage ist allerdings diesbezüglich wenig robust. Es gibt keine kontrollierten, randomisierten Studien, lediglich Fallserien von Expertengruppen. In diesen wird übereinstimmend über eine sehr geringe Komplikationsrate berichtet.

Mit den heute gegebenen Möglichkeiten sollten symptomatische Venenobstruktionen für eine interventionelle Behandlung in Betracht gezogen werden. Eine solche kann im Erfolgsfall die Lebensqualität deutlich verbessern und die medizinischen Konsequenzen einer langjährigen chronisch venösen Insuffizienz minimieren. Zudem kann einer Rezidiv-Thrombose aktiv vorgebeugt werden.

Der Beitrag beruht auf einem Vortrag bei der 16. Dreiländertagung für Angiologie am 15.-18.09.2013 in Graz.

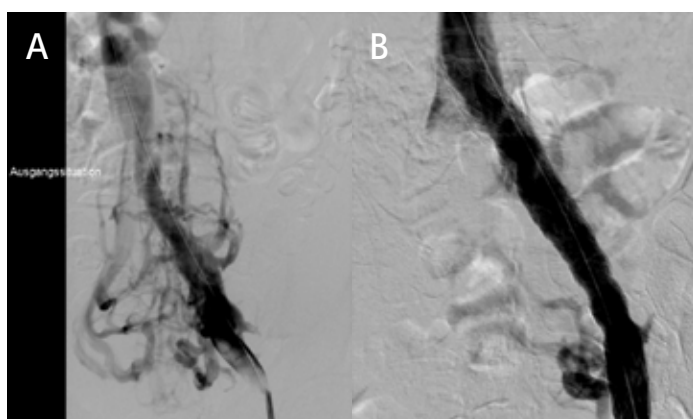


Abb. 1: A) Kollateralisierte chronische Obstruktion der Vena iliaca communis links. B) Phlebographie nach Stenting.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Torsten Willenberg
Angiologie, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse 10
CH-3010 Bern, Schweiz
E-Mail: Torsten.willenberg@insel.ch

