

Die besten Therapieoptionen für die chronische Stenose und Okklusion der Vena iliaca

S. Raju

The Rane Center, Jackson, Mississippi, USA

▲ Hintergrund

Die venösen Stent-Techniken zur Behandlung der fortgeschrittenen venösen Insuffizienz haben sich schnell entwickelt und offene chirurgische Verfahren abgelöst. Wir haben die gegenwärtige Literatur als Teil einer Evidenzzusammenfassung durchgesehen.

Referat zu: **Best Management Options For Chronic Iliac Vein Stenosis And Occlusion.**
J Vasc Surg 2013;57:1163-1169.

Methoden

Frei zugängliche Datenbanken wurden nach Fallstudien von iliakal-kaval-femoralem Venenstenting durchsucht, die je mindestens 25 behandelte Beine und einen Follow-up von minimal drei Jahren aufwiesen.

Ergebnisse

Die begutachteten Berichte umfassten ungefähr 1500 Fälle und beinhalteten circa 300 Fälle von Rekanalisation einer totalen Okklusion (CTO). Insgesamt wurden 14 Serien durchgesehen unter Einbeziehung von vier Publikationen zur CTO-Rekanalisation. Es gab keine randomisierten Studien.

Eine große Variabilität iliakal-kavaler Pathologien (thrombotisch und nicht thrombotisch) mit den Symptomen Schmerzen, Schwellung, Dermatitis oder Ulkus wurde mit Stents behandelt. Falls Reflux und Obstruktion gleichzeitig vorhanden waren, schien die Behandlung des obstruktiven Elements allein die Symptome zu beheben trotz des nicht therapierten restlichen Refluxes – inklusive des Vorhandenseins eines axialen Refluxes in 43% und eines multisegmentalen Refluxes (≥ 3 Segm.) in 52% der Fälle, wie in einer großen Serie beschrieben.

Die Verfahren waren bei $>98\%$ der Stenosen und bei 83-95% der CTO-Rekanalisationen erfolgreich. Es wurden Hybrid-Techniken für komplexe Fälle in einer Serie beschrieben.

Das iliakale Venenstenting war sicher, es wurde in keiner Serie von einer stentbezogenen Mortalität berichtet. Es trat keine Lungenembolie auf.

Technische Komplikationen kamen bei einer Handvoll von Fällen in jeder Serie vor mit einer Gesamtinzidenz von circa 1,5%. Dies schloss Stentmigrationen, Komplikationen am Eingriffsort und zurückgelassene Fremdkörper mit ein. Eine signifikante Blutung mit dem Bedarf einer Transfusion war selten und trat in 0,03%

des gesammelten Fallmaterials auf. Es gab keine Stentfrakturen oder Erosionen. Vorübergehende Rückenschmerzen kamen in 15-25% der Fälle vor. Bei 3-5% der Stenosen und 7-34% der CTO-Rekanalisationen trat post-

operativ (<30 Tage) eine tiefe Venenthrombose auf. Die sekundäre Durchgängigkeit reichte von 90-100% bei nichtthrombotischen bzw. 74-89% bei postthrombotischen Erkrankungen bei einem Follow-up von drei bis fünf Jahren. Die Durchgängigkeitsrate bei der CTO-Rekanalisation betrug 66-96% nach vier bis sieben Jahren. Das Überqueren des inguinalen Ligaments – berichtet in drei Fällen – beeinflusste die Stent-Durchgängigkeit nicht. Eine Serie beschrieb das Stenting über IVC-Filter (Vena-cava-inferior-Filter) (n=25) ohne Komplikationen und einer Durchgängigkeit ähnlich zu anderen gestenteten Beinen. Eine Thrombophilie (5 Fallserien) beeinflusste die Stentdurchgängigkeit nicht. Die Reduktion des Schmerzes reichte von 86-94% und der Schwellung von 66-89%. Venöse Ulzera heilten in 58-89% der Fälle. Wie in einer Serie beschrieben verbesserten sich die Parameter für Lebensqualität.

Schlussfolgerung

Die Evidenzqualität wurde mittelmäßig beurteilt mit einer Grad-1B-Empfehlung für das Stenting der Vena iliaca (Vorteile überwiegen die Risiken) bei Patienten mit behindernden Symptomen, die konservativ nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Bei Patienten mit weniger schwerwiegenden Symptomen wurde eine Grad-2B-Empfehlung vergeben. Der relativ hohe technische Erfolg und die geringe Morbidität der CTO-Rekanalisation legen nahe, dass diese die vorrangige Herangehensweise in diesem Fall sein und die offenen Bypassverfahren ersetzen sollte.

Korrespondenzadresse

Seshadri Raju, MD.FACS
The Rane Center
971 Lakeland Drive
Jackson, MS 39216, USA
E-Mail: rajumd@earthlink.net

