

Kompressionsregime nach endovenöser Ablation oberflächlicher Veneninsuffizienz

Eine Befragung der Mitglieder der Vascular Society of Great Britain and Ireland

J. El-Sheikha¹, S. Nandhra¹, D. Carradice¹, C. Acey¹, G. E. Smith¹, B. Campbell², I. C. Chetter¹
 1 Hull York Medical School/Hull University, Academic Vascular Surgery Unit, Hull Royal Infirmary, UK
 2 Royal Devon and Exeter Hospital and University of Exeter Medical School, Exeter, UK

▲ Einleitung

Seit der Antike ist die Kompression ein fundamentaler Bestandteil der Behandlung venöser Beinkrankungen (1-3). Traditionell wurde die oberflächliche venöse Insuffizienz operativ (SVI) behandelt, inzwischen sind die ultraschallgesteuerte Sklerotherapie (UGFS), die endothermale Ablation mit Radiofrequenz (RFA) und die endothermale Lasertherapie (EVLA) beliebter geworden. Lokale Anästhesieverfahren haben die Therapie der SVI revolutioniert und ermöglichen eine ambulante Behandlung mit minimaler Erholungszeit und eine ähnliche Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie die Operation (4-6). Die Kompressionstherapie wurde im Anschluss an diese Therapieverfahren verwendet in der Erwartung, dass sie

Referat zu: **Compression regimes after endovenous ablation for superficial venous insufficiency – a survey of members of the Vascular Society of Great Britain and Ireland.** *Phlebology.* 2015 Jan 13. pii: 0268355514567732. [Epub ahead of print]

den Venenverschluss erleichtert und beschleunigt sowie auftretende Komplikationen wie Matting, Thrombophlebitis und mögliche Venenthrombosen reduziert. Kompressionsbandagen und/oder -Strümpfe wurden üblicherweise von den Patienten über zwei oder drei Wochen nach der Behandlung getragen, aber aktuelle Erkenntnisse legen nahe,

dass einer kürzere Dauer genauso effizient sein könnte. Es ist nicht ungewöhnlich, Patienten zu sehen, die die Kompression nur für eine Woche oder kürzer verwenden (7-10). Allerdings ist das optimale Kompressionsregime nach UGFS, RFA und ELVA bei Varikose zurzeit noch unbekannt. Ziel dieser Fragenbogen-Untersuchung war es, die übliche Praxis der Mitglieder der Vascular Society of Great

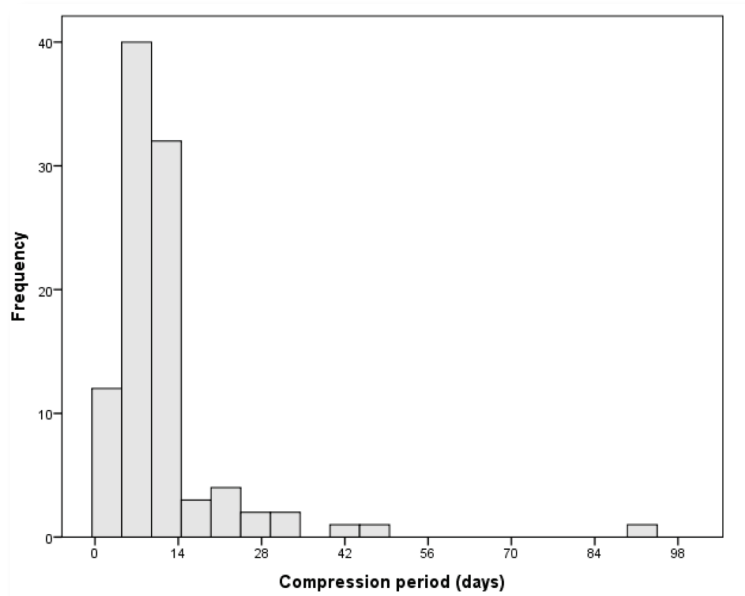


Abb. 1: Aufteilung der Kompressionsperioden nach Schaumsklerotherapie.

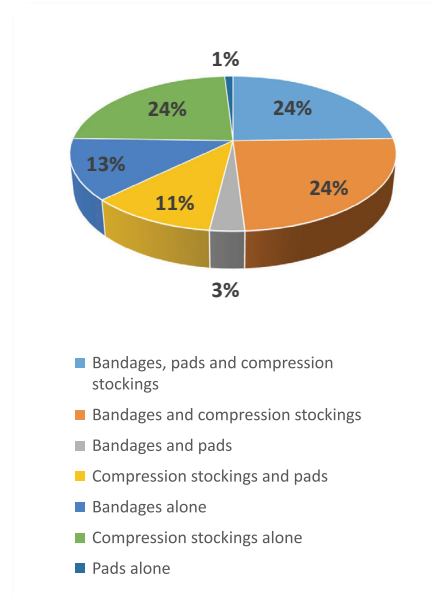


Abb. 2: Kompressionskombinationen nach Schaumsklerotherapie.

Britain and Ireland (VSGBI) zu identifizieren, um diese Information beim Design zukünftiger Studien zur Kompressionstherapie zu verwenden.

Methode

348 Mitglieder der VSGBI erhielten mit der Post Fragebögen. Der finale Fragebogen erfragte Informationen bezüglich UGFS-, ELVA- und RFA-Therapien, die von jedem Arzt pro Jahr durchgeführt werden. Ebenso wurden Fragen zur Kompressionstherapie nach UGFS und endothermaler Behandlung (Art, Dauer, Änderungen der Kompression), Behandlung von Seitenastvarizen und Verschreibung von Schmerzmitteln gestellt.

Ergebnis

Von 41 % (n=141) der Ärzte wurden gültige Antworten zurückgeschickt, die mindestens 68 (61 %) Venenzentren repräsentierten. UGFS wurde von 74 % der Ärzte verwendet, RFA von 70 % und ELVA von 32 %, aber weniger Patienten erhielten UGFS (im Mittel 30) jährlich als endothermale Therapie (im Mittel 50) (P=0,019). Alle Ärzte verschrieben Kompressionstherapie: nach UGF für durchschnittlich sieben Tage (Spanne: 2 Tage bis 3 Monate) und nach endothermaler Ablation für zehn Tage (Spanne: 2 Tage bis 6 Wochen) (P=0,298). Es wurde über sieben unterschiedliche Kombinationen von Bandagen, Pads und Kompressionsstrümpfen nach UGFS berichtet und über vier nach endothermaler Ablation. Einige Ärzte empfahlen einen Wechsel von Bandagen zu Strümpfen nach fünf Tagen (Spanne: 1–14 Tage) nach UGFS. Nach endothermaler Ablation verwendeten 71 %

nur Bandagen, gefolgt von Kompressionsstrümpfen nach zwei Tagen (Spanne: 1–14 Tage). Die Mehrzahl der Ärzte (87 %) behandelte auch Seitenastvarizen: 65 % führten eine Phlebektomie durch, die meisten (65 %) gleichzeitig mit endothermaler Ablation. Eine Übereinstimmung des Kompressionsregimes zwischen Ärzten innerhalb eines Gefäßzentrums war unüblich. Nur sieben Zentren, die UGFS und sechs, die endothermale Ablation durchführten, hatten einheitliche Kompressionsregime. Trotz erheblicher Variationen und Zeitspannen der Kompressionsdauer nach UGFS und endothermaler Ablation gab es insgesamt keinen Unterschied bei der Kompressionsdauer zwischen den zwei verschiedenen Behandlungsmethoden: UGFS sieben Tage (5–7 Tage) versus endothermal zehn Tage (7–14 Tage) (P= 0,298).

Schlussfolgerung

Bis jetzt zentriert sich viel Evidenz auf die Behandlung der Varikose und den Vergleich der verschiedenen Techniken, hingegen weiß man wenig über die optimale Vorgehensweise nach den Eingriffen inklusive Kompression. Möglicherweise als Konsequenz aus dieser Unsicherheit hat diese Befragung signifikante Variationen der Kompressionspraxis in UK offenbart. Deshalb unterstützt diese Studie die aktuellen Empfehlungen nach hochqualifizierter Forschung auf diesem Gebiet (10). Wir müssen wissen, ob Kompression das Ergebnis von UGFS und endothermaler Ablation beeinflusst, wie lang sie angewendet werden muss und ob ein Kompressionstyp besser als der andere ist.

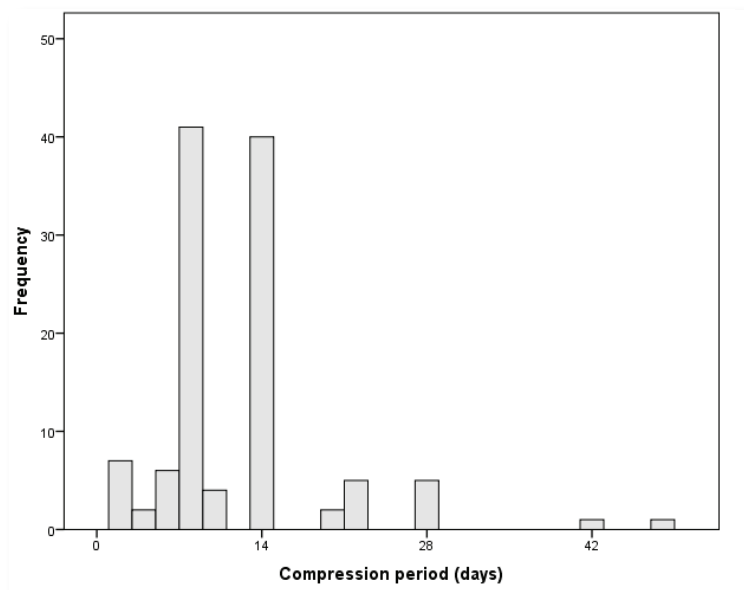


Abb. 3: Aufteilung der Kompressionsperioden nach endothermaler Ablation.

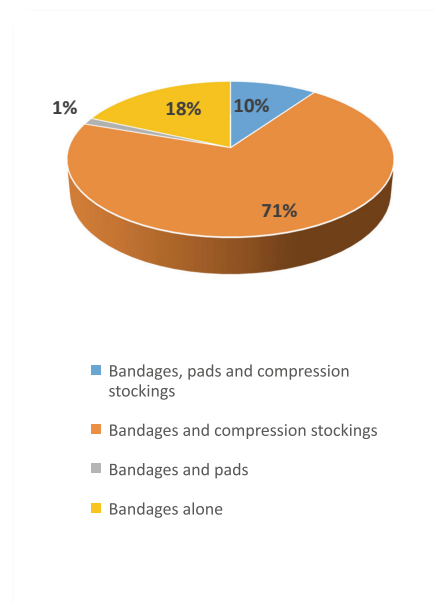


Abb. 4: Kompressionskombinationen nach endothermaler Ablation.

Literatur

1. Carradice D. Superficial venous insufficiency from the infernal to the endothermal. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 2014;96:5-10.
2. Royle J, Somjen GM. Varicose veins: Hippocrates to Jerry Moore. *ANZ journal of surgery* 2007;77:1120-1127.
3. Pocard M. [Varicose veins and methods used to cut them: from the Ebers papyrus to Trendelenburg]. *Annales de chirurgie* 1997;51:710-712.
4. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L et al. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *The British journal of surgery* 2011;98:1079-1087.
5. Carradice D, Mekako AI, Mazari FA et al. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. *The British journal of surgery* 2011;98:501-510.
6. Shadid N, Ceulen R, Nelemans P et al. Randomized clinical trial of ultrasound-guided foam sclerotherapy versus surgery for the incompetent great saphenous vein. *The British journal of surgery* 2012;99:1062-1070.
7. Bakker NA, Schieven LW, Bruins RM et al. Compression stockings after endovenous laser ablation of the great saphenous vein: a prospective randomized controlled trial. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery* 2013;46:588-592.
8. Hamel-Desnos CM, Guias BJ, Desnos PR et al. Foam sclerotherapy of the saphenous veins: randomised controlled trial with or without compression. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery* 2010;39:500-507.
9. O'Hare JL, Stephens J, Parkin D et al. Randomized clinical trial of different bandage regimens after foam sclerotherapy for varicose veins. *The British journal of surgery* 2010;97:650-656.
10. The Guideline Development Group. *Varicose veins in the legs: The diagnosis and management of varicose veins (GC168)*. National Institute for Health and Care Excellence. 2013.

Korrespondenzadresse

Joseph El-Sheikha, M.D.
Academic Vascular Surgery Unit
Hull York Medical School/Hull University
Hertford Building, Hull HU6 7RX, UK
E-Mail: Jelsheikha@doctors.org.uk

