

Kompression nach Sklerotherapie, wann und wie lange: pro Kompression

F. X. Brey

Praxis für Gefäßmedizin am Tegernsee, Rottach-Egern

▲ Der wissenschaftliche Streit, ob eine Kompressionstherapie nach der Sklerotherapie routinemäßig nötig ist oder nicht, besteht nun schon seit Jahrzehnten auch auf internationaler Ebene. Gerade die Tatsache, dass in einigen europäischen Ländern, wie Frankreich und Italien, keine Kompressionstherapie nach der Varizensklerosierung durchgeführt wird, hat die Art, Dauer und Intensität der Kompression immer wieder in die Diskussion gebracht.

Eine Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Sklerotherapie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP), durchgeführt von *Stephan Guggenbichler*, ergab, dass die überwiegende Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen in Deutschland eine post-sklerotherapeutische Kompressionstherapie mit Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse (KKL) II durchführt. Dies abhängig von der Indikation: C1-Varikose (Besenreiser und retikuläre Varizen): 71 % der Befragten, C2-Varikose (Astvarizen): 84 %. Nur 3 % der Teilnehmer an der Umfrage führen bei der C1-Varikose und nur 1 % bei der C2-Varikose überhaupt keine weitere Kompressionstherapie mit einem Strumpf oder Verband nach der Sklerotherapie durch, abgesehen von einer kurz dauernden initialen positiv exzentrischen Kompression (Stunden). Ein kleiner Anteil von circa 5 % lässt einen Strumpf der KKL I applizieren. Die Mehrheit der Befragten verordnen die Kompressionstherapie für den Zeitraum von ein bis drei Wochen: nach Sklerosierung einer C1-Varikose eher für eine Woche (62 %), nach Behandlung der C2-Varikose eher für drei Wochen (65 %). Es scheint also eine historisch gewachsene Lehrmeinung zu geben, dass nach einer Sklerotherapie eine Kompressionstherapie nötig ist. Woher kommt diese, und wie ist sie begründet?

Die Schweizer Schule um *Karl Sigg* sowie die Irische Schule um *George Fegan* haben die konsequente postsklerotherapeutische Kompressionstherapie postuliert („compression sclerotherapy“, Behandlungsregime von distal nach proximal). Mit der festen Kompression sollte eine thrombusfreie oder zumindest thrombusarme Okklusion der sklerosierten Varize angestrebt werden („empty vein technique“). Die Verfechter der sogenannten Kompressions-Sklerotherapie haben neben der besseren Wirksamkeit die Vermeidung oder zumindest die Reduktion von unerwünschten Wirkungen beschrieben. Auch wurden

lange die Daten zur Kompression nach Varizenchirurgie einfach auf die Sklerotherapie übertragen.

Historisch ist die international immer wieder zitierte Studie von *Weiss* (1), die zeigte, dass nach der Sklerotherapie die Ergebnisse mit Kompressionsstrümpfen der KKL I besser waren als ohne. In der Studie wurden allerdings nur 40 Patienten in vier Gruppen untersucht. In der kontrollierten Studie von *Kern* (2) bei der Sklerosierung der C1-Varikose konnte mit Kompressionsstrümpfen der KKL II über den Zeitraum von drei Wochen (tagsüber getragen) zwar eine Verbesserung der Ergebnisse, aber wegen zu seltenem Auftreten keine signifikante Reduktion von unerwünschten Reaktionen wie zum Beispiel Hyperpigmentierungen erreicht werden.

In einer anderen Studie konnte die Hämatombildung und die Hyperpigmentierung mit vierwöchiger Kompressionstherapie mit Strümpfen reduziert werden (3). *Thomasset et al.* konnte eine größere Effektivität bei der Schaumsklerosierung bei guter Compliance zu Kompressionsstrümpfen zeigen (4). Entzündungsreaktionen der Vene und des umgebenden Gewebes sowie Hämosiderinablagerungen korrelieren mit der Größe des Sklerothrombus, weshalb es sinnvoll ist, diesen mittels Kompression so klein wie möglich zu halten, auch wenn er nicht gänzlich vermeidbar ist (5). Dies scheint allerdings nur bei positiv exzentrischer Kompression größerer Varizen (Seitenäste) sinnvoll und möglich zu sein (7).

Generelles Ziel der Kompression nach Chirurgie, Katheterintervention und auch Sklerotherapie ist die Reduktion von Schmerz, Ödem, Hämatom und Entzündung. Hierzu ist der klinische Benefit zumindest bei kleinen Varizenkalibern eindeutig nachgewiesen. Bei der Sklerosierung von Stammvenen liegt der Sinn der Kompressionstherapie eher in der Thromboseprophylaxe. Neben den altbekannten Studien (8) zur Thromboseprophylaxe und -therapie mit Kompression zeigten neuere MR-plebographische Untersuchungen von *Hugo Partsch* (6) zwar eine nur geringe Diameterreduktion der epifaszialen Venen, überraschenderweise aber eine deutliche Verkleinerung der Durchmesser am tiefen Venensystem auch bei relativ niedrigen Drücken, was physiologischerweise mit einer Strömungsbeschleunigung und damit einem möglichen antithrombotischen Effekt einhergeht. Diskussionswürdig ist die postsklerotherapeutische Kom-

pression mit Wadenstrümpfen (A-D), unabhängig von der Lokalisation der Sklerosierung (9), sowie eine kürzere Dauer von einigen (drei bis zehn) Tagen (10). Unser Vorgehen in der Praxis (für alle Varizenkaliber einschließlich der Stammvenen): positiv exzentrische Kompression mit Wattebäuschen plus Kompressionsverband oder -strumpf für einen Tag, mindestens mehrere Stunden, danach Kompressionsstrumpf KKL II für drei Wochen (nur tagsüber, mindestens sechs Stunden pro Tag).

Literatur

1. Weiss RA et al. Post-sclerotherapy compression: controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome. *Dermatol Surg* 1999 Feb;25(2):105-8.
2. Kern P et al. Compression after sclerotherapy for telangiectasias and reticular leg veins: a randomized controlled study. *J Vasc Surg* 2007;45:1212-6.
3. Nootheti PK et al. Efficacy of graduated compression stockings for an additional 3 weeks after sclerotherapy treatment of reticular and telangiectatic leg veins. *Dermatol Surg* 2009;35:53.
4. Thomasset SC et al. Ultrasound guided foam sclerotherapy: factors associated with outcomes and complications. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40:389-92.
5. Ivo CS et al. Effect of the period of extrinsic mechanical compression following sclerotherapy in veins in rabbit ears. *Act Chirurg Brasil* 2011;26:165-73.
6. Partsch H et al. Does thigh compression improve venous hemodynamics in chronic venous insufficiency? *J Vasc Surg* 2002;36(5):948-52.
7. Mosti et al. Thigh compression after great saphenous surgery is more effective with high pressure. *Int Angiol* 2009;28:274-80.
8. Sachdeva A et al. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 17;12:CD001484.
9. Sajid MS et al. Knee length versus thigh length graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis in postoperative surgical patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5:CD007162.
10. Huang TW et al. The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;45(4):397-402.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Franz Xaver Breu
Praxis für Gefäßmedizin am Tegernsee
Tegernseerstraße 101
83700 Rottach-Egern
E-Mail: f.x.breu@t-online.de



AAC AG
PRAXISBERATUNG

WIR SIND DIE EXPERTEN
FÜR IHRE KV-ABRECHNUNG



14 Jahre Erfahrung mit mehr als 9.000 Kunden
nahezu aller medizinischen Fachgruppen

WIR ANALYSIEREN IHRE KV-ABRECHNUNG

mit unseren eigens dafür entwickelten
Spezialprogrammen bereits

WÄHREND DES LAUFENDEN QUARTALS

– tagesaktuell und kompetent.

Wir begleiten Sie während der Umsetzung
und geben Ihnen die Sicherheit, dass
Sie stets vollständig, plausibel
und korrekt abrechnen.

Sprechen Sie uns an:

AAC PRAXISBERATUNG AG www.aac-ag.de

Zimmerstr. 68 10117 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 E-Mail info@aac-ag.de