

Bedeutung von Crossseitenästen für das Rezidiv am Oberschenkel

S. Reich-Schupke^{1*}, E. Mendoza^{2*}, M. Dörler¹, M. Stücker¹

*Autoren gleichwertig am Projekt beteiligt

1 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Venenzentrum der dermatologischen und gefäßchirurgischen Kliniken, Ruhr-Universität Bochum; 2 Venenpraxis, Wunstorf

▲ Hintergrund

Die nach einer Cross- und Saphenektomie der V. saphena magna (VSM) am häufigsten diskutierten Ursachen für Crossenrezidive der Leistenregion sind ein langer Stumpf und Neovaskularisationen (1-3). Als weitere, aber oftmals nicht oder nur wenig beachtete Ursache für ein Crossenrezidiv der saphenofemorale Junction (SFJ) kommen refluxive Seitenäste der Crossenregion in Betracht.

Ziel der aktuellen Studie war es, den Refluxursprung für die proximale Seitenastvarikose bei Patienten mit Zustand nach Cross- und Saphenektomie der VSM zu detektieren und hierbei insbesondere auf non-femorale Quellen zu achten.

Patienten und Methoden

Die prospektive, offene Studie wurde bizenrisch in Bochum und Wunstorf durchgeführt. Eingeschlossen

Basisdaten

- 91 Frauen, 10 Männer
- 43 rechte Beine, 59 linke Beine
- mittleres Alter 58,8 Jahre (26–86 Jahre)
- mittlerer BMI 28,69 kg/m² (20,2–39,9 kg/m²)

maximale klinische CEAP-Klasse

- C1 = 3,96 %
- C2 = 23,76 %
- C3 = 48,51 %
- C4 = 19,80 %
- C5 = 1,98 %
- C6 = 1,98 %

Diagnostik

- mittlere venöse Wiederauffüllzeit = 20,80 Sekunden (0–48 Sekunden)
- mittlerer Durchmesser der größten refluxiven Vene in der Leistenregion = 5,5 mm

Tab. 1: Charakteristika der eingeschlossenen Patienten (n=101 Beine = 101 Patienten).

Referat zu: Häufigkeit refluxiver Seitenäste der Leistenkrosse bei Patienten mit einer Rezidivvarikose des Oberschenkels. Phlebologie 2016;45(3):149-53.

wurden kompetitiv und konsekutiv Patienten mit Zustand nach Cross- und Saphenektomie der VSM und aktuell sichtbaren oder palpablen Seitenastvarizen der Oberschenkel-, Leisten- oder Pudendalregion (Abb. 1). Sie wurden standardisiert klinisch, mittels DPPG und Duplexsonographie untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 101 Beine eingeschlossen (Tab. 1). Im Mittel hatten die Patienten zuvor 1,41 (1-5 Eingriffe) anamnestisch berichtete operative Eingriffe in der betroffenen Leistenregion.

In 58,4 % der Fälle gab es einen langen Stumpf der VSM, über den die refluxiven Seitenäste am Oberschenkel gespeist wurden. In 51,1 % der Fälle konnte ein Reflux im Stumpf detektiert werden. In 42,6 % der Fälle waren refluxive Seitenäste der SFJ mit nicht-femoralem Ursprung als Refluxquelle darstellbar. Bei vier Patienten wurde mehr als ein Ursprung für den Reflux im Stumpf detektiert.

71,3 % der Patienten hatten eine venöse Symptomatik wie Schweregefühl (52,5 %) oder Schmerzen in den Beinen (26,7 %). Es gab eine positive Korrelation der Symptome (p=0,0048) und der maximalen C-Kategorie der CEAP-Klassifikation (p=0,007) mit dem BMI. Gleichzeitig bestand eine signifikante Korrelation der Symptome mit der maximalen C-Kategorie der CEAP-Klassifikation (p<0.001).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Daten zeigen, dass residuale refluxive Seitenäste der SFJ eine wichtige Refluxquelle für eine Rezidiv-Seitenastvarikose des Oberschenkels darstellen. Aus der aktuellen Studie lässt sich angesichts der Methodik nicht ableiten, ob diese refluxiven SFJ-Seitenäste bereits vor der primären Cross- und Saphenektomie bestanden haben oder sich erst anschließend pathologisch veränderten.

Andere publizierte Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass auch vor dem ersten operativen Eingriff an der SFJ bereits bei circa 15-40 % der Patienten refluxive Crossseitenäste bestehen (4-7). Nicht nur bei venenchirurgischen, sondern besonders auch bei endovenösen Eingriffen können diese Seitenäste von Bedeutung sein, da hier die Seitenäste der SFJ in der Regel nicht mitbehandelt werden und so eine wichtige Rezidivquelle darstellen können.

Weitere bereits mit der primären Cross- und Saphenektomie bzw. dem endoluminalen Eingriff prospektiv beginnende Studien sind erforderlich, um diese an nur einem kleinen Kollektiv gemachte Feststellung zu überprüfen und Ansätze für therapeutische Optionen abzuleiten.

Schon jetzt aber sollte bei der präoperativen bzw. präinterventionellen Duplexsonographie besonderer Wert auf die Suche und exakte Benennung der Refluxquelle gelegt werden. Möglicherweise kann eine differenziertere Betrachtungsweise der Refluxquelle (femoral oder nicht-femoral) auch die Kenntnisse zur Pathogenese der Varikose bzw. Rezidivvarikose verbessern.

Interessenkonflikte: nicht vorhanden

Literatur

1. Stücker M, Netz K, Breuckmann F et al. Histomorphologic classification of recurrent saphenofemoral reflux. J Vasc Surg 2004;39:816-821; discussion 822.
2. Geier B, Mumme A, Hummel T et al. Validity of duplex-ultra-



Abb. 1: Beispielbefund einer Patientin.

sound in identifying the cause of groin recurrence after varicose vein surgery. J Vasc Surg 2009;49:968-972.

3. Geier B, Olbrich S, Barbera L et al. Validity of the macroscopic identification of neovascularization at the saphenofemoral junction by the operating surgeon. J Vasc Surg 2005;41:64-68.

4. Marsh P, Holdstock J, Harrison C et al. Pelvis vein reflux in female patients with varicose veins: comparison of incidence between a specialist practice and the vascular department of a National Health Service District General Hospital. Phlebology 2009;24:108-113.

5. Mendoza E, Blättler W, Amsler F. Great Saphenous Vein Diameter at the Saphenofemoral Junction and Proximal Thigh as Parameters of Venous Disease Class. Eur J Vasc Endovasc Surg 2013;45:76-83.

6. Gabriel M, Zielinski P, Pawlaczyk K et al. [The analyze of recurrent varicose veins development after surgical treatment of lower limbs varicose veins]. Przegł Lek 2011;68:161-166.

7. Zollmann P, Zollmann C, Zollmann P et al. Determining the origin of superficial venous reflux in the groin with duplex ultrasound and implications for varicose vein surgery. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2017;5(1):82-86.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Stefanie Reich-Schupke
Phlebologisches Studienzentrum
am Venenzentrum der Dermatologischen
und Gefäßchirurgischen Kliniken
Ruhr-Universität Bochum
Hiltroper Landwehr 11-13
44805 Bochum
E-Mail: Stefanie.Reich-Schupke@rub.de



46. Jahrestagung der DGA Sichere Wege für Patienten

Vom 13. bis 16. September 2017 findet die 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie in Berlin statt. Das Kongressmotto „Die Gefäßinternisten – sichere Wege für Patienten“ soll die Bedeutung der Angiologie im gesamt internistischen Kontext unterstreichen. Durch die Multimorbidität der Patienten, insbesondere auch der geriatrisch-angiologischen, ist ein fundiertes internistisches Fachwissen notwendig. Auf der Tagung sollen daher aus allen Bereichen der internistischen Fachgebiete die Schnittstellen zur Angiologie herausgearbeitet werden,

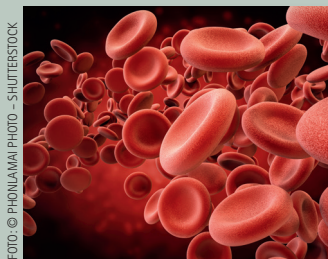


FOTO: © PHONLAMA PHOTO – SHUTTERSTOCK

und es werden gemeinsame Hauptsitzungen zu den einzelnen Themengebieten der Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Nephrologie und Rheumatologie stattfinden. Ebenso sind gemeinsame Sitzungen mit Radiologen und Gefäßchirurgen geplant. Zur interventionellen Angiologie werden Workshops sowie Live-Demonstrationen angeboten. Als weitere Schwerpunkte sind die konservative Angiologie sowie die Patientensicherheit geplant.

Weitere Informationen unter www.angiologie2017.de.

Quelle: DGA

Meldung