

Die Vena saphena accessoria anterior bei Therapie eines Vena-saphena-magna-Refluxes mit Laser versus Schaum

Fünffjahres-Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie

C. R. Lattimer, M. Azzam, G. Geroulakos, E. Kalodiki

Josef Pflug Vascular Laboratory, Ealing Hospital & Imperial College, West London Vascular and Interventional Centre, London, UK

▲ Einleitung

Häufig ist ein Reflux der Vena saphena accessoria anterior (VSAA) die Ursache für eine Rezidivvarikose nach Stripingoperation oder nach endovenöser thermischer Therapie (1). Studien zeigen, dass er nach fünf Jahren in 19 % der Beine auftritt, die mit einer Standard-Stripping-OP behandelt wurden (2), nach vier Jahren in 32 % (3) und nach 15 Jahren in 34 % der Beine nach einer Radiofrequenzablation (4). Deshalb könnte die VSAA als Achillesferse bei Therapieergebnissen vergleichender, randomisierter, kontrollierter Studien (RCTs) bezeichnet werden, die über den bleibenden Therapieerfolg bzgl. der Okklusionsraten der Vena saphena magna (VSM) berichten. Ziel dieses Berichtes war eine Auswertung umfassender Ergebnisse von Patienten mit einem VSAA-Rezidiv. Diese basierten auf den Fünffjahres-Ergebnissen eines RCTs, der die endovenöse Laserablation (EVLA) mit begleitender Phlebektomie versus ultraschallgeführter Sklerotherapie (UGFS) der VSM untersuchte (5).

Methode

Alle Patienten dieses RCTs wurden wegen venöser Beschwerden eingewiesen und in einem einzigen öffentlichen Krankenhaus behandelt. Einschlusskriterien für beide Gruppen (n=50 Patienten/Beine in jeder Behandlungsgruppe) waren ein VSM-Reflux ohne signifikanten Reflux der tiefen oder pelvinen Venen oder der Vena saphena parva (VSP). Für die Analyse wurden absolute Veränderungen der Werte des Aberdeen Varicose Vein Questionnaires (AVVQ), des Clinical Severity Scores (VCSS) und des venösen Füllungsindex (VFI) bei Luftplethysmographie in ml/s verwendet, um die Verbesserung für jeden individuellen Patienten zu quantifizieren. Durchgeführt wurde dies, indem der Endwert nach der Behandlung vom Ausgangswert vor der Therapie subtrahiert wurde. Die Patienten mit einem VSAA-Reflux nach fünf Jahren wurden identifiziert und ihre Ergebnisse unten beschrieben.

Gruppe	CEAP ^a	VSM Ø Ausgangswert	VSAA Ø 5 Jahre	AVVQ-Veränderung ^b	VCSS-Veränderung	VFI-Veränderung	zusätzlicher Reflux
EVLA	C ₂	9,9	4,2	8,061	1	-0,1	UK ^c VSM + VSP
	C ₅	10	4	24,096	0	4,6	keiner
	C ₆	12	5	16,822	16	6,6	OK ^d & UK VSM
	C ₂	7	6	12,06	0	-3,3	keiner
	C _{4a}	8	2	15,846	2	4,3	Seitenäste Leiste
UGFS	C _{4a}	9,5	6,3	-3,654	1	9,5	keiner
	C _{4a}	11	6	7,043	8	0,7	keiner
	C ₂	9,1	3,5	6,441	-1	-1,3	keiner
	C _{4a}	4,5	2	1,974	2	0,5	Seitenäste Leiste und VSP

Tab 1: Details für 9/88 Beine der Patienten mit VSAA-Reflux beim Follow-up nach fünf Jahren

a: klinischer Teil der CEAP-Klassifikation

b: Ausgangswert minus Wert nach fünf Jahren. Positive Zahlen stellen eine Verbesserung dar.

c: unterhalb des Knies (UK)

d: oberhalb des Knies (OK)

Ergebnisse

Der mittlere (Interquartilsabstand) Follow-up des RCTs betrug 68 (64-72) Monate. Der Follow-up konnte bei 44/50 EVLA- und bei 44/50 UGFS-Patienten/Beinen abgeschlossen werden. Neun Beine wiesen einen VSAA-Reflux nach fünf Jahren auf: 5/9 EVLA und 4/9 UGFS. Die VSM war bei 8/9 Beinen im Segment oberhalb des Knies verschlossen. Ein Bein ohne Okklusion (1/9 Beinen) befand sich in der UGFS-Gruppe, die Kompetenz wurde durch die UGFS wiederhergestellt. Bei sechs der Beine mit einem VSAA-Rezidiv war eine zusätzliche UGFS innerhalb der fünf Jahre notwendig (EVLA zwei; UGFS vier). Die Ergebnisse im Detail sind in Tabelle 1 dargestellt.

Schlussfolgerungen

- (i) Ein VSAA-Reflux ist ein häufiger Grund für ein spätes Rezidiv nach einer erfolgreichen VSM-Therapie. Er könnte möglicherweise öfter nach den neuen nicht-chirurgischen Interventionen vorkommen, da diese die VSAA nicht oben an der Mündung verschließen.
- (ii) Späte Varizen-Rezidive durch einen VSAA-Reflux werden oft von einem Reflux aus parallelen unabhängigen Quellen begleitet.
- (iii) Trotz des erneuten Auftretens eines VSAA-Refluxes zeigt sich bei den meisten Patienten eine Verbesserung beim Fragebogen zur krankheitsspezifischen Lebensqualität (AVVQ), beim Wert für den klinischen Schweregrad (VCSS) und bei der Menge der Refluxes (VFI).
- (iv) Allein über die VSM-Okklusionsrate als langfristig erfolgreiches Ergebnis zu berichten, ist irreführend und sollte mit Vorsicht interpretiert werden.

Literatur

1. Kalodiki E, Lattimer CR, Azzam M, et al. Long-term results of a randomized controlled trial on ultrasound-guided foam sclerotherapy combined with saphenofemoral ligation vs standard surgery for varicose veins. *J Vasc Surg* 2011;55:451-457.
2. Proebstle TM, Mohler T. A longitudinal single-center cohort study on the prevalence and risk of accessory saphenous vein reflux after radiofrequency segmental thermal ablation of great saphenous veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2015;3:265-269.
3. Whiteley MS, Shiangoli I, Dos Santos SJ, et al. Fifteen Year Results of Radiofrequency Ablation, Using VNUS Closure, for the Abolition of Truncal Venous Reflux in Patients with Varicose Veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [in press] 2017.
4. O'Donnell TF, Balk EM, Dermody M, et al. Recurrence of varicose veins after endovenous ablation of the great saphenous vein in randomized trials. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2016;4:97-105.
5. Lattimer CR, Azzam M, Kalodiki E, et al. Cost and effectiveness of laser with phlebectomies compared with foam sclerotherapy in superficial venous insufficiency. Early results of a randomised controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012;43:594-600.

Korrespondenzadresse

Chris Lattimer, MBBS FRCS MS FdIT PhD
Josef Pflug Vascular Laboratory
Ealing Hospital & Imperial College
West London Vascular and
Interventional Centre
Uxbridge Road UB1 3HW
London, UK
E-Mail: c.lattimer09@imperial.ac.uk

