

- ▶ Die chronische venöse Insuffizienz ist mit einer **Prävalenz von ca. 20 %** in den therapiebedürftigen CEAP-Stadien C3–C6 eine häufige Erkrankung.
- ▶ Vor einer Sanierung des oberflächlichen Venensystems ist eine **eingehende duplexsonografische Untersuchung** durch einen Gefäßspezialisten zwingend durchzuführen.
- ▶ **Endovenöse Verfahren** (Laser, Radiofrequenz) stellen Guideline-konform den Therapiestandard zur Sanierung der einfachen chronischen venösen Insuffizienz dar.



Chronische venöse Insuffizienz, über- oder unterbewertet?

Bei Anzeichen einer Varikose zum Gefäßspezialisten

Als chronische venöse Insuffizienz (CEAP-Stadien C3–C6; **Tab.1**) wird das Vorliegen einer Varikose gemeinsam mit dem Auftreten einer venösen Beschwerdesymptomatik, Knöchelödemen resp. Hautveränderungen wie Hyperpigmentation, Atrophie blanche und abgeheiltem oder aktivem Ulcus cruris definiert. Typische venöse Beschwerden sind Schwellungsneigung und Spannungs- oder Schweregefühl in den unteren Extremitäten. Des Weiteren werden Beschwerden wie Kribbeln, muskeltenderartige Schmerzen oder Muskelkrämpfe mit venösen Erkrankungen assoziiert.¹ Epidemiologische Daten haben eine hohe Prävalenz der chronischen venösen Insuffizienz gezeigt. So traten die CEAP-Stadien C3–C6 in der Bonner Venenstudie bei ca. 20 % der Untersuchten auf. Wesentlich höhere Prävalenz haben die asymptomatischen Stadien der Varikose. Das Auftreten der CEAP-Stadien C1–C2, also das Vorliegen von Besenreisern, retikulären Varizen oder Seitenastvarizen, wurde in ca. 70 % beobachtet.²

Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung sind die zentralen Elemente der Diagnostik bei chronischer venöser Insuffizienz. Bereits hier kann in vielen Fällen die kosmetisch störende, aber medizinisch meist irrelevante retikuläre oder Besenreiservarikose von therapiebedürftigen Stadien unterschieden werden. Nicht zu vergessen ist eine Beurteilung der arteriellen Perforationsverhältnisse – zumindest durch Puls palpation – hinsichtlich einer allenfalls notwendigen Kompressionstherapie.

Scoring-Systeme zur Erfassung venöser Beschwerdesymptomatik wurden in den letzten Jahren in Form von Fragebögen entwickelt. Dazu zählen u. a. der VCSS (Venous Clinical Severity-), der CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire-) und der AVVS (Aberdeen Varicose Vein-) Score. Diese dienen v. a. der Evaluation des Therapieerfolges durch Vergleiche der prä- und postinterventionellen Scores.

Einfache apparative Untersuchungen stellen die verschiedenen Formen der Plethysmografie dar, wobei hier vor allem die Lichtreflexionsplethysmografie eingesetzt wird. Diese misst die venöse Wiederauffüllzeit nach Entleerung des Venensystems durch repetitive Extension und Flexion im Sprunggelenk. Durch Anlage von Tourniquets an Ober- oder Unterschenkel kann der venöse Rückstrom im oberflächlichen Venensystem ausgeschaltet werden. Somit kann eine Aussage über die Besserung der venösen Auffüllzeiten nach allfälliger Sanierung des oberflächlichen Venensystems gemacht werden.

Duplexsonografisch muss primär das tiefe Venensystem nach Thromben oder Klappeninsuffizienzen untersucht werden. Bei Vorliegen von Thromben oder Insuffizienz der tiefen Leitvenen sollte von einer Ausschaltung des oberflächlichen Venensystems Abstand genommen werden.

Mit der Duplexsonografie liegt – in geübter Hand – ein verlässliches und nichtinvasives Verfahren zur Diagnostik vor Sanierung einer venösen Insuffizienz vor. Eine konventionelle Phlebografie ist zur Abklärung der einfachen chronischen venösen Insuffizienz in aller Regel nicht mehr notwendig.

Therapie

Konservative Therapie: Bereits Hippokrates (460 v. Chr.) kannte die einfachste, aber äußerst wirksame Therapie der venösen Insuffizienz – die Kompression. In den CEAP-Stadien C3–C6 ist eine Kompressionstherapie indi-

Tab.: CEAP²-Klassifikation

C0	keine sicht- oder tastbaren Zeichen der venösen Insuffizienz
C1	Besenreiser oder retikuläre Venen (max. DM 3 mm)
C2	Varizen (> 3 mm DM) ohne Zeichen venöser Insuffizienz
C3	Phlebödem
C4	Hyperpigmentation, Ekzem, Lipodermatosklerose, Atrophie blanche
C5	abgeheiltes Ulkus
C6	florides Ulkus

¹ C – Clinical, E – Etiology, A – Anatomy, P – Pathology

nach Eklöf B et al., J Vasc Surg 2004



FOTO: ANNA STÖCHER

ziert. Einzige Kontraindikation ist das Vorliegen einer schwer eingeschränkten arteriellen Perfusion.

In der Pharmakotherapie werden v. a. Präparate auf pflanzlicher Basis (z. B. Flavonoide, Extrakte aus Rosskastaniensamen, rotes Weinlaub ...) eingesetzt, wobei für einige dieser Substanzen randomisierte kontrollierte Studien vorliegen. Der Einfluss auf die Schwellungstendenz rechtfertigt v. a. den Einsatz im Stadium C3.³

Operative Therapie: Die operative Sanierung der venösen Insuffizienz durch Stripping wurde von Keller (1905) und Babcock (1907) eingeführt und von Moro (1919) durch das Konzept der Crossektomie ergänzt. Über Jahrzehnte war die Crossektomie mit Stripping des insuffizienten Stammes und Seitenastexhairese die empfohlene Therapie der Varikose und der chronischen venösen Insuffizienz. Die Verschlussraten über einen 3-Jahres-Zeitraum lagen in einer Metaanalyse bei 78 %.⁴

Schaumsklerosierung: Durch das ultraschallgezielte Einbringen eines Aethoxysklerol-Luft-Gemisches in insuffiziente Venen kann eine Verklebung derselben erreicht werden. Diese bereits seit Längerem angewandte minimalinvasive Methode kann Verschlussraten von etwa 77 % über 3 Jahre erzielen.⁴

Endovenöse Therapieverfahren: Zu Beginn des neuen Jahrtausends wurde die minimalinvasive Katheterablation der Stammvenen und Seitenäste eingeführt. Der Verschluss der Vene erfolgt bei Laser- oder Radiofrequenzablation durch eine hitzeinduzierte Zerstörung der Venenwand. Über mehrere Monate kommt es zu einer vollständigen Auflösung der behandelten venösen Strukturen. Drei Jahre nach endovenöser Katheterablation liegen die Verschlussraten bei bis zu 94 %.⁴ Die amerikanischen und britischen Guidelines zur Therapie der venösen Insuffizienz empfehlen die minimalinvasiven endovenösen Katheterverfahren als erste Therapieoption in den Stadien C4–C6.

RESÜMEE: Da die Varikose ein sehr häufig auftretendes Krankheitsbild ist, sollte jeder Patient mit Zeichen einer Varikose durch einen Gefäßspezialisten beurteilt werden, um Patienten mit einer therapiebedürftigen chronischen venösen Insuffizienz (CEAP C3–C6) korrekt zu identifizieren. Die nichtinvasive Abklärung vor allfälliger Sanierung der venösen Insuffizienz erfolgt mittels Duplexsonografie. Mit den endovenösen Verfahren stehen heute minimalinvasive Therapieformen mit guten Erfolgsraten zur Verfügung. ■

¹ Eklöf B et al., J Vasc Surg 2009

² Rabe E et al., Bonner Venenstudie der deutschen Gesellschaft für Phlebologie, Phlebologie 2003

³ Martinez-Zapata MJ et al., Cochrane Database of Systematic Reviews 2005

⁴ Van den Bos R et al., J Vasc Surg 2009

⁵ Gloviczky P et al., J Vasc Surg 2011

⁶ NICE clinical guideline 168, The diagnosis and management of varicose veins. Issued: July 2013