

Phlebologie in der Wound Care

Ulf Benecke

Einleitung

Die Phlebologie ist das medizinische Fachgebiet, welches sich mit der Prävention, der Erkennung, der Behandlung und der Rehabilitation der Erkrankungen und der Fehlbildungen des Venensystems der unteren Extremitäten einschließlich deren thrombotischer Erkrankungen befasst. Die moderne Phlebologie begann fast zeitgleich in Paris und Tübingen, als Jean Sicard und Paul Linser entdeckten, dass man mit Sklerotherapie Krampfaderen behandeln konnte [1]. Die erste phlebologische Gesellschaft (Société Française de Phlébologie) wurde 1947 von Raymond Tournay in Frankreich gegründet. Kurz darauf folgten die Beneluxländer und Deutschland. 1960 wurde die sehr aktive Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie (SGP) unter Führung von Prof. Dr. Alfred Bollinger (1924–1989) gegründet.

Neben den Krampfadern (Varizen) sind Venenentzündungen (Phlebitiden), Thrombosen der oberflächlichen und tiefen Venen, sowie die Folgen dieser Erkrankungen, insbesondere die chronisch venöse Insuffizienz (CVI) mit in deren Spätstadium auftretendem Ulcus cruris venosum die häufigsten Erkrankungsbilder in der Phlebologie. Der phlebologisch tätige Arzt muss ebenfalls profunde Kenntnisse zu naheliegenden Erkrankungen, wie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und dem Lymphödem, sei es primär oder sekundär, besitzen.

Interdisziplinäres Wundzentrum (IWZ) und Phlebologie am Kantonsspital St. Gallen

Einer der Diskussionspunkte bei der Gründung und Organisation des IWZ

am Kantonsspital St. Gallen war, welche medizinischen Disziplinen in die tägliche Arbeit eingebunden sein müssen. Wichtig war für uns, dass der behandelnde Wundexperte auf alle essentiellen Bereiche zur Behandlung chronischer Wunden zugreifen kann. So war klar, dass sowohl ein diabetologischer, ein chirurgischer sowie ein dermatologischer Support wichtig sein würden. Als Teil des Ostschweizer Gefäßzentrums gewährleisten wir Angiologen in direkter Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie nicht nur die Unterstützung bezüglich der arteriellen Perfusionsstörungen, sondern ebenfalls die komplette diagnostische und therapeutische phlebologische Versorgung der Patienten. Im nachfolgenden Text möchte ich klar machen, warum wir gerade Letzteres für so wichtig erachten.

Die CVI

Die große Schnittmenge zwischen der Wound Care und der Phlebologie stellen die Patienten mit Ödem oder Ulcera auf dem Boden einer chronisch venösen Insuffizienz dar. Diese Erkrankung kann durch obliterierende Erkrankungen wie Thrombosen der tiefen Beinvenen bedingt sein, im überwiegenden Teil der Fälle wird sie jedoch durch die sehr häufigen Krampfadererkrankungen des oberflächlichen Venensystems verursacht. Die Prävalenz der CVI liegt etwa bei 5% und die der CVI mit aktivem oder ausgeheiltem Ulcus bei 1 bis 2% der Gesamtbevölkerung [2–4]. Betrachtet man Ulcera am Unterschenkel (Ulcera cruris), so sind venöse Erkrankungen sogar deren häufigste Ursache, wie schon Körber 2011 darstellen konnte (Abb.1).

Diagnostik der CVI

Erste Schritte in der Diagnostik sind die Anamneseerhebung und klinische Untersuchung. Ödeme, Corona phlebectatica paraplantaris, Hyperpigmentierung, Atrophie blanche, Lipodermatosklerose und ggf. Stauungsdermatitis sind als typische Zeichen der CVI hierbei zu erfassen und zu dokumentieren. Dabei wird das klinische Stadium der CVI erhoben. War früher die Stadieneinteilung der CVI nach Widmer (Stadium 1 bis 3, Abb. 2, 3) gängig, erfolgt heute die Klassifikation der Varizen und ihrer Folgen in der Regel nach CEAP (CVI = CEAP C3–6). Insbesondere im Rahmen von Studien bewährt sich die Einteilung nach CEAP auf Grund deren Ausführlichkeit.

Die klinische Untersuchung ist der wichtigste Schritt der Diagnostik. Beim Ulcus cruris venosum sind in 75% der Fälle klinische Kriterien zur Diagnostik ausreichend [5]. Allerdings müssen auch zusätzliche Befunde wie die PAVK, Sensibilitätsstörungen im Rahmen einer Polyneuropathie, tumorverdächtige Areale, Infekte und andere entzündliche Prozesse sicher ausgeschlossen werden, um eine adäquate Therapie einzuleiten. Die erweiterte Diagnostik dient dann neben der Bestätigung der CVI zur Identifizierung der erkrankten Venenabschnitte und damit zur möglichen Therapieplanung über die Basistherapie hinaus.

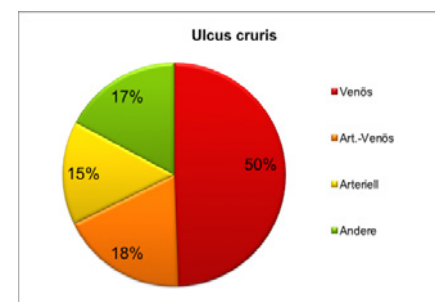


Abbildung 1 Genese des Ulcus cruris nach Körber A et al. J DTSCH Dermatol Ges 2011; 9(2):116–21.



Abbildung 2 CVI-Stadien I-III. Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Firma SIGVARIS AG.

Die erweiterte Diagnostik beinhaltet die Duplex-Sonographie des venösen und ggf. des arteriellen Systems. Diese gilt zur Zeit als Goldstandard der phlebologische Diagnostik. Abbildungen 4 und 5 zeigen beispielhaft die Darstellung der Crosse der Vena saphena magna im Valsalva- Manöver mit Reflux des Blutes (umgekehrter venöser Blutfluss in Richtung Bein auf Grund einer schlussunfähigen / insuffizienten Venenklappe) in die Vena saphena magna (rot). In Ergänzung zur Sonographie sind die Phlebographie, ggf. in Kombination mit der Phlebodynamometrie die Varikographie und die Venen-Verschluß-Plethysmographie (VVP) wertvolle Methoden, die zusätzliche Informationen liefern können. Insbesondere bei Beckenpathologien und abdominellen Befunden können zudem Magnetresonanz- und Computertomographie eingesetzt werden.

Therapie

Die Basis der Therapie stellt weiterhin die Kompressionstherapie dar. Unabhängig davon ob lediglich ein Ödem oder gar ein Ulcus vorliegt, kann und sollte nach Ausschluss einer relevanten arteriellen Durchblutungsstörung oder schweren Polyneuropathie immer eine Kompressionstherapie eingeleitet werden. Sie ist die älteste Therapieform

der chronischen venösen Insuffizienz und wird in der Regel mit Kompressionsverbänden zur initialen Entstauung und nach Ödembeseitigung mit Kompressionsstrümpfen zur Erhaltungstherapie durchgeführt.

Die Kompression führt zur Erhöhung der venösen Flussgeschwindigkeit und des Rückstroms des Blutes durch Verbesserung der Muskelpumpe. Hierdurch kommt es zur Linderung von Stauungssymptomen und Verhinderung von Komplikationen (z.B. Phlebitiden und stauungsassoziierte Hautveränderungen – s. Abb. 2).

Die Therapie des postthrombotischen Syndroms, also der CVI nach ausgedehnten Beinvenenthrombosen, wird hauptsächlich durch die Kompressionstherapie bestimmt. In den letzten Jahren kommen diesbezüglich interventionelle Verfahren auf, die bisher erst in wenigen Fällen, insbesondere bei venöser Abflussbehinderung im Beckenbereich, erfolgreich eingesetzt werden können, sich in Zukunft aber etablieren könnten.

Die von Varizen verursachte CVI kann durch die Beseitigung bzw. Verödung der erkrankten Venen gut behandelt werden. Die klassische Behandlung besteht dabei im chirurgischen Verfahren mit Crossectomie und Varizenstripping der Stammvenen (V.

saphena magna und parva) sowie Phlebektomie der Astvarizen. Zusätzlich ist die Sklerotherapie, die durch chemische Verödung die Krampfader verschließt, seit Jahrzehnten etabliert. Als weitere therapeutische Optionen haben sich in den letzten Jahren einige neue Verfahren etabliert und weitere sind auf dem Weg dazu. Zu den neueren Verfahren zählen endovenöse thermische Verfahren wie die endovenöse Laserablation und die endovenöse Radiofrequenzablation. Dabei werden die zu behandelnden Venen durch Hitze einwirkung von „innen“ verschlossen, verbleiben aber letztlich im Körper, wodurch diese Eingriffe für die Patienten minimal-invasiv und sehr schonend verlaufen. Diese neueren Verfahren können noch nicht so viele Langzeitdaten aufweisen, wie die klassischen chirurgischen Methoden [6], werden aber aufgrund ihrer geringeren Invasivität von vielen Patienten (und auch Ärzten) bevorzugt. Dies wird beflügelt durch die seit 1.1.2016 bestehende Anerkennung der endovenösen thermischen Verfahren durch das BAG als vergütungspflichtige Leistung durch die OKP. Weitere neuere Methoden der Behandlung werden noch nicht von den Kassen getragen und es fehlen noch genügend Daten, um sie mit den oben genannten Verfahren gleich zu stellen.

Diese sind zum Beispiel: Clarivein (Mechanische Schädigung und Sklerosierungsmittel), Sapheon-Venaseal (Obliteration der Vene mit Cyanoacrylat (Gewebekleber)) und Steam-Vein-Sclerosis (Dampfverödung).

Prinzipiell stellt sich die Frage, wann und mit welcher Methode Varizen zu behandeln sind. Für venöse Ulcera konnte die ESCHAR Studie (Lancet 2004; 363: 1854-1859) zeigen, dass eine Operation der Varizen bei floriden Ulcera kaum Vorteile bietet, allerdings nach Sanierung im weiteren Verlauf die Rezidivrate deutlich senkt. Zur Frage der Methode halten wir uns an den Grundsatz: Jeder Patient muss individuell beurteilt werden, um die am besten geeignete Methode zu wählen (Ausprägungsgrad der Varizen, Alter, anatomische Voraussetzungen, Komorbiditäten, Medikation, Patientenwunsch ...). Das heißt, eine phlebologisch tätige Einheit oder Klinik muss eine entsprechende Vielfalt an Methoden anbieten, um das beste Ergebnis im Sinne des Patienten zu erzielen.

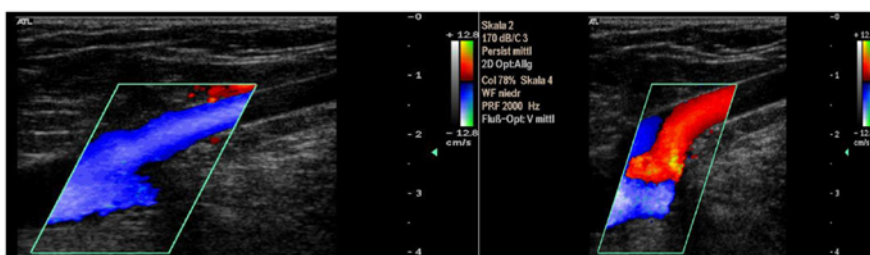


Abbildung 3 Linkes Bild: Normaler Fluss in der Vena saphena magna. Rechtes Bild: Retrograder Fluss in der Vena saphena magna unter Valsalva.

Zusammenfassung

Die Phlebologie bietet ein vielfältiges und ständig wachsendes Repertoire an diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Behandlung von Erkrankungen der Venen. Die Schnittmenge mit Wund- und phlebologischen Patienten ist groß. Aus diesem Grund sollte es eine etablierte Zusammenarbeit geben, die es dem Wundversorger ermöglicht, das phlebologische Armamentarium im Ganzen für seinen Patienten zu nutzen, um eine optimale Versorgung erreichen zu können. Häufig ist es aus vielen Gründen die schwerste Aufgabe für den Wundversorger im ambulanten Setting eine adäquate Kompressionstherapie zu etablieren und durchzuführen. Eine Aufgabe, die sich aber nach meiner Erfahrung gerade bei der CVI immer lohnt.

Literatur

1. **Van der Molen H:** The development of Phlebology in the last 30 years. *Phlebologie* ; 1981 Jul-Sep;34(3):313-32
2. **Criqui MH, Jamosmos M, Fronek A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J et al:** Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 448–456.
3. **Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S et al:** Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 49: 678–737.
4. **Rabe E, Pannier F, Bromen K, Schuldt K, Stang A, Poncar C et al:** Bonn Vein Study by the German Society of Phlebology: Epidemiological study to investigate the prevalence and severity of chronic venous disorders in the urban and rural residential populations. *Phlebologie* 2003;32: 1–14.

5. **Valencia IC, Fallabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH:** Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol.* 2001; Mar; 44(3):401–21.
6. **Nesbitt, Bedenis R, Bhattacharya V, Stansby G:** Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus open surgery for great saphenous vein varices. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Jul 30;(7):CD005624.

Ulf Benecke

Klinikleiter Angiologie / Leiter Wound Care
Kantonsspital St. Gallen



2. Gemeinsamer Kongress der Schweizerischen Gesellschaften für Wundbehandlung

Mittwoch, 19. und Donnerstag, 20. September 2018, Kongresshaus Biel

Liebe Wundspezialistin, lieber Wundspezialist
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir laden Sie herzlich ein, am 2. Gemeinsamen Kongress der Schweizerischen Gesellschaften für Wundbehandlung teilzunehmen, welcher am **Mittwoch, 19. und Donnerstag, 20. September 2018** im wunderschönen Biel stattfinden wird.

Das Kongressthema **„Zusammen noch stärker!“** wird die unterschiedlichen Bereiche einer erfolgreichen Wundbehandlung intensiv behandeln: Interprofessionalität und Interdisziplinarität, die verschiedenen Phasen einer Wundbehandlung sowie die Weitergabe von Informationen und deren Dokumentation, politische und ethische Aspekte sowie das Lernen aus Fehlern.

Sie haben am Kongress die Gelegenheit, Ihr Wissen sowohl an informativen Plenumsreferaten und Vorträgen als auch in praxisorientierten Workshops gezielt zu vertiefen. Zudem lässt der Kongress genügend Zeit für den fachlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen sowie den Besuch der Industrieausstellung.

Die Online-Registrierung und die Abstracteinreichung sind möglich unter: www.safw-congress.ch

Wir freuen uns, Sie im Herbst 2018 in Biel zu begrüßen!

PD Dr. med. Dieter Mayer
Co-Präsident SAFW D-CH

Doris von Siebenthal, Pflegeexpertin APN
Co-Präsidentin SAFW D-CH

Dr. med. Maria Jakova
Präsidentin SAFW-Romande