

Gefäßchirurgie

Chirurgie der Rezidivvarikose

Rezidive nach Varizenoperationen treten je nach Operateur, Nachbeobachtungszeit und OP-Methode in sechs bis 60 Prozent der Fälle auf, häufig nach unvollständigen Crossektomien oder bei lediglich ligierten Venen. OP-Indikationen und typische Komplikationen ähneln denen des Primäreingriffs.

Von Dr. Stefan Mann

Unter dem Begriff Rezidivvarikose werden Operationsergebnisse nach technischen Fehlern bei der Erstoperation, die Neorevaskularisation von venösen Gefäßen und die natürliche Progression der Erkrankung zusammengefasst.

Nachdem die Fachwelt sich uneins ist, ob es die sogenannte Neorevaskularisation überhaupt gibt und die internationale Klassifikation der Rezidive (recurrent veins after surgery, REVAS) aus dem Jahr 2000 [1] klinisch zu kompliziert und wenig aussagekräftig erscheint, wurde 2005 die REVAS-Klassifikation modifiziert und enthält nunmehr neben der natürlichen Progression nur den operativ taktischen Fehler als Ursache [2].

13 Prozent Rezidive im eigenen Patientengut

In unserem Patientengut der vergangenen 25 Jahre haben wir bei über 50.000 durchgeführten Varizen-Operationen knapp 13 Prozent Rezidive gesehen. In der Literatur wird von sechs bis

zu 60 Prozent Rezidiven in einer Nachbeobachtungszeit von über 30 Jahren ausgegangen [3].

Nach unserer Erfahrung im eigenen Patientengut sind wiederum zwei Drittel der Rezidive aus technisch taktischen Fehlern entstanden und unterstützen damit die Daten von Mumme et. al. [4]. Der überwiegende Anteil an Rezidiven sind belassene Saphenastümpfe, bei welcher der Erstoperateur die Saphena nicht bis zu ihrer Mündung verfolgt und dort Seitenäste belassen hat.

Ambulantes Operieren gegen Widerstand der Chefärzte

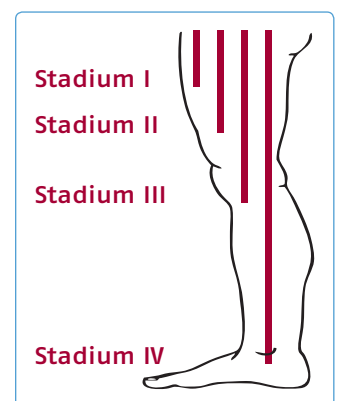
Speziell bei uns ist ein Anteil Rezidive aus dem eigenen Patientengut aus der Anfangszeit der ambulanten Varizenchirurgie in unserer Praxis zu beobachten. Vor mittlerweile 25 Jahren haben wir in unserer Praxis mit dem ambulanten Operieren von Krampfadern begonnen. Dies geschah entgegen der deutlichen Kritik der Chefärzte umliegender Krankenhäuser, die seinerzeit ihren Patienten einen stationären Auf-

enthalt von bis zu 14 Tagen empfohlen haben.

Um absolut komplikationsfrei zu arbeiten, wurde in Lokalanästhesie die Vena saphena magna zwar stammnah und im Verlauf mit nicht resorbierbaren Fäden sicher verschlossen, jedoch nicht gestrippt. Erst jetzt zeigt sich, dass nach zehn bis 15 Jahren durch Ligaturen verschlossene Venen – durchaus zu unserem Erstaunen – durch den Körper revaskularisiert werden können, wobei die Ligatur in die Venenwand transponiert wird. Die Folge ist ein Rezidiv, das sonografisch einer Ersterkrankung gleicht.

Erhöhte Rezidivraten nach bloßen Venenligaturen?

Das heißt also, dass nur die komplett entfernte insuffiziente Vene nicht rezidiviert, weil nicht mehr vorhanden. Die Ergebnisse der Radio-, Kryo-, Laserobliteration oder Schaumsklerosierung, sowie die Chiva-Methode müssen unter diesem Gesichtspunkt in den nächsten zehn bis 15 Jahren beobachtet werden, ob es



▲ **Abbildung 1:**
Distaler Insuffizienzpunkt
und Stadieneinteilung
nach Hach [5]

auch hier zu erhöhten Rezidivraten kommt.

Die restlichen Rezidive sind sicher der Progression der Erkrankung geschuldete Varizen: Hierzu zählen das sogenannte inguinale Varizenbeet oder über die korrespondierende posteriore zirkumflexe Oberschenkelvene ins Parvaströmgebiet reichende Varizen.

Indikationen für eine Operation der Rezidivvarikose

Die Indikation zum Rezidiveingriff ist im Prinzip identisch



mit der Indikation zur Primäroperation. Es muss sich um eine hämodynamisch relevante Varikosis handeln, die trophische Hautstörungen und/oder eine Leitveneninsuffizienz bewirken kann oder bereits bewirkt hat. Dies sind die klinischen Stadien vom Grad II aufwärts, wie in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) beschrieben (siehe www.awmf.org).

Differenzialdiagnostik der Rezidivvarikose

Um die Ausdehnung des Befundes und die Hämodynamik zu beurteilen, führen wir eine duplexsonographische Untersuchung der Rezidivvarikose und der Leitvenen durch und erfassen hierbei den Rezirkulationskreislauf. Wenn dieser analog zu Insuffizienzgrad III nach Hach (Reflux aus der Leistenebene bis über das Knie) besteht und/oder trophische Hautläsionen varikösen Venen zugeordnet werden können (zum Beispiel Perforans mit Blow-out und Hämosiderose, Ekzem oder Ulkus unmittelbar benachbart), besteht eine Indikation zur operativen Sanierung. Auch Thrombophlebitiden gehören als Komplikation der Varikose zu den Operationsindikationen.

Die konservative Therapie ist in dem Ausbreitungsgebiet nach Hach Stadium I-II gerechtfertigt, so lange keine andere Operationsindikation besteht (siehe Abbildung 1). Dies spiegelt auch die CEAP-Klassifikation so wieder (vergleiche Tabelle 1).

Fallbeispiel nach unvollständiger Crossektomie

Am Beispiel einer 46 Jahre alten Patientin, die vor 14 Jah-

ren eine unvollständige Crossektomie mit Teilstripping der V. saphena magna im Oberschenkel erhalten hatte, möchte ich die OP-Technik bei der Rezidivvarikose erläutern.

Abbildung 2 zeigt die sonographisch unterstützte Anzeichnung der Venen. Bei der Patientin ist gut zu erkennen, dass die Crosseninsuffizienz zu einem Rezidiv im Bereich der V. pudenda geführt hat, die wiederum Kontakt zu der im Oberschenkel belassenen V. saphena magna gefunden hat und nunmehr einen Ausbreitungsgrad Stadium III nach Hach hat.

Operatives Vorgehen zur Ligatur des Saphenastumpfes

Wie in Abbildung 3 demonstriert, ist nunmehr die belassene V. saphena magna sondiert und kann gestrippt werden. Als nächstes erfolgt ein Schnitt im Bereich der Leiste etwas kranial und lateral des alten Zugangsweges. Es gibt nun zwei verschiedene Möglichkeiten, unter Umgehung der Rezidivkonglomerate an den Saphenastumpf heranzukommen. Entweder präpariert man die V. femoralis communis von kranial kommend auf den Saphenastumpf zu oder man präpariert von lateral kommend, wie hier geschehen, zunächst die A. femoralis communis und dann die V. femoralis communis mit

dem Saphenastumpf. Abbildung 4 und 5 zeigen die präparierte A. femoralis communis und V. femoralis communis.

Im nächsten Schritt wird der Saphenastumpf freigelegt, um ihn dann anschlingen und ligieren zu können (siehe Abbildung 6 und 7). Das darüberliegende Varizenkonglomerat kann dann sicher disseziert werden.

In diesem Fall wurde der Saphenastumpf jedoch abgesetzt und dann das Varizenkonglomerat komplett reseziert (siehe Abbildung 8). Die restlichen Seitenäste wurden durch Stichinzisionen und Miniphlebektomien wie üblich entfernt.

Venenverletzungen sind gefürchtete Komplikationen

Die gefürchtetste Komplikation beim Rezidiv- wie auch beim Ersteingriff ist im Bereich der Leiste die Verletzung der V. femoralis communis. Je nach Schwere der Verletzung kann diese durch Naht der Vene mit einer doppelt armierten 6/0-Naht versorgt werden oder muss in einem sehr aufwändigem Eingriff ersetzt werden, zum Beispiel durch ein Interponat aus der V. femoralis superficialis, um einer Phlegmasia caerulea dolens und dem drohenden Verlust des Beines vorzubeugen. Da es bei Rezidivoperationen durchaus zu solchen Verletzungen kommen kann, legen wir die V. fe-



Foto: Mann

Dr. Stefan Mann
Facharzt für Chirurgie
und Gefäßchirurgie

Gefäßzentrum Regensburg
Bahnhofstraße 24
93047 Regensburg

Tel.: 0941 58547-0
Fax: 0941 5854747

stefan-mann@t-online.de
www.gefaesszentrum-regensburg.de

moralis communis auf einer gut übersehbaren Strecke frei.

Im Bereich der V. saphena parva ist eine Verletzung des tiefen Venensystems weniger dramatisch, da es ausreichende Kollaterale über die V. femoralis profunda und oft eine gedoppelte V. poplitea gibt. Bei der Rezidivoperation in der Kniekehle ist vielmehr die Verletzung des N. peroneus dramatisch, die mit einer Fußheberschwäche einhergeht.

Diese Komplikation ist zwar sehr selten, aber für die betroffenen Patienten äußerst belastend. Die Naht des Nerven ist nur selten möglich und der Heilverlauf auch bei Rekonstruktion des Nerven unbefriedigend. Häufiger ist schon die Verletzung des N. saphenus mit Ausfall sensibler Areale des Unterschenkels.

Vergütung deckt nur mit Anstrengung die Kosten

Die Rezidivoperation der Varikosis kann stationär ebenso wie ambulant durchgeführt werden. In beiden Fällen ist die Vergü-

Tabelle 1: CEAP-Klassifikation der Rezidivvarikose [6]

C	Clinic	klinische Zeichen (Grad 0–6) a = asymptomatisch, s = symptomatisch
E	Etiology	ätiologische Zuordnung in kongenital, primär, sekundär
A	Anatomy	befallene Venensegmente oberflächliche, tiefe Perforansvenen
P	Pathophysiology	pathophysiologische Dysfunktion Reflux, Obstruktion, Reflux und Obstruktion

tung – wie überall derzeit im Gesundheitswesen – nicht adäquat.

Es handelt sich ambulant um einen K4-Eingriff, der mit 7.350 Punkten bewertet ist. Dies entspricht bei einem Punktwert

von 4,5 Cent einem Erlös von 330,75 Euro. Unter Umständen lässt sich der Eingriff bei Beteiligung beider Stromgebiete (V. saphena magna und V. saphena parva) auch als K5-Eingriff ab-

rechnen, der mit 10.025 Punkten bewertet ist und einem Erlös von 451,00 Euro entspricht).

Wir bewegen uns bei den derzeit kalkulierten Zeiten und Vergütungen des EBM bei etwa 4,10

bis 4,50 Euro pro Minute für die gesamten OP-Kosten. Hierin sind also Personal- und Raumkosten ebenso wie Material und Honorar – sofern dafür noch was übrig bleibt – enthalten. Nur bei guter Auslastung und in einem großen OP-Zentrum kann man mit dieser Vergütung gerade noch wirtschaftlich arbeiten.

Leider muss man auch bei diesen Eingriffen schlussfolgern, dass sich die ambulante Chirurgie kaum noch lohnt, schon gar nicht in kleinen Operationseinheiten. Aus politischer Sicht scheint gewünscht zu sein, die effektive und kostengünstige ambulante Versorgung durch niedergelassene Chirurgen zu Gunsten teurerer stationärer oder krankenhauser Versorgung zu verschieben, damit die Konzerne der modernen Gesundheitsindustrie hohe Profite abgreifen können.

Literatur

1. Perrin M., Guex JJ, Ruckley CV et al.: Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. In: Cardiovasc. Surg. 2000 8; 233–245
2. Noppeney T, Nüllen H: Die Rezidivvarikose – was ist das? In: Gefäßchirurgie 2005 10; 424–427
3. Kostas T, Ioannou CV, Touloupakis E et al.: Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common complex problem in vascular surgery. In: Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2004 27(3); 275–282
4. Mumme et al.: Saphenofemorales Leistenrezidiv der V. saphena magna: technischer Fehler oder Neorevascularisation? In: Phlebologie 2002 31; 144–148
5. Hach W, Gruss J, Hach-Wunderle V, Jünger M.: Venenchirurgie, Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005
6. Partsch H.: Update on chronic venous insufficiency: from epidemiology to management. In: Angiology 2001; 52; 1–25.

Abbildung 1 stammt aus: Weber J, May R. Funktionelle Phlebologie. Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 1990. Nachdruck erfolgt mit der freundlichen Genehmigung des Verlages

Abbildungen 2 – 8: Fallbeispiel einer 46 Jahre alten Patientin mit Rezidivvarikose nach unvollständiger Crossektomie mit Teilstripping der V. saphena magna im Oberschenkel



Abbildung 2:
Sonographisch unterstützte Anzeichnung der Venen bei Rezidiv im Bereich der Vena pudenda infolge einer Crosseinsuffizienz

Abbildung 3:
Sondierte und für das Stripping vorbereitete belassene Vena saphena magna vor dem Schnitt im Bereich der Leiste

Abbildung 4:
OP-Situs mit präparierter Arteria femoralis communis

Abbildung 5:
OP-Situs mit präparierter Vena femoralis communis

Abbildung 6:
Freilegung des Saphenastumpfes

Abbildung 7:
Anschlingen und Ligatur des Saphenastumpfes

Abbildung 8:
Absetzung des Saphenastumpfes und vollständige Resektion des Varizenkonglomerats

