

Varizenchirurgie

Stripping vs. endovenöse Ablation: Methodengerechte Indikationen

In der Behandlung von Insuffizienzen der V. saphena magna zeichnet sich aus Gründen des Patientenkomforts ein Trend zu den endovenösen Verfahren ab. Bei der Methodenbewertung sollten aber auch Kostenaspekte und die noch ungeklärte Rezidivrate der endovenösen Verfahren berücksichtigt werden.

Von Dr. Stefan Mann

Seit der Einführung endovaskulärer Techniken in der Chirurgie der großen Stammvenen vor etwa 14 Jahren wurden einige große randomisierte prospektive Studien zur Machbarkeit, Effektivität des Verschlusses und den Folgen der Eingriffe (wie Schmerzen, Hämatome, Arbeitsunfähigkeit, Wohlbefinden des Patienten und Kurzzeitergebnisse) durchgeführt.

Die Indikation zum Eingriff war immer definiert über die einschlägigen Leitlinien. Die Indikation zu einer bestimmten OP-Methode sollte aber auch immer den Nutzen für den Patienten berücksichtigen.

In den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), nach denen üblicherweise die Indikationen umrissen werden, werden aber grundsätzlich Indikationen empfohlen, die einen prinzipiellen, eher naturwissenschaftlich tech-

nischen Hintergrund haben, ja haben müssen.

Machbarkeit vs. methodengerechte Indikationsstellung

Dies ist ein übliches Verfahren bei der Einführung neuer Methoden. Doch Machbarkeit und Effektivität einer neuen Methode sind das eine, die methodengerechte Indikationsstellung ist oft eine ganz andere. Wir erinnern uns hierbei zum Beispiel an die rasche Einführung und Verbreitung endovaskulärer Methoden in der Chirurgie des abdominalen Aortenaneurysmas und deren anfängliche Probleme beim Versuch, jede anatomische Variante auszuschalten. Allerdings wurden hier sehr schnell differenzierte Indikationen eingeführt und neue Prothesen und Techniken entwickelt, um dieses Problems Herr zu werden.

Indikationen haben in der Praxis viele Aspekte. Sie sollten sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patienten orientie-

ren. Sie müssen aber auch gemäß SGB V wirtschaftlich, zweckmäßig, notwendig und ausreichend sein, also Schulnote 4 – zumindest für Kassenpatienten.

Die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen zur Durchführung bestimmter Eingriffe bei den Leistungserbringern, genauso wie die baulich-technischen Voraussetzungen der Räumlichkeiten, nehmen Einfluss auf Indikationen zur Durchführung von Eingriffen.

Wirtschaftliche Überlegungen beeinflussen Indikationen

In der Bundesrepublik wurden 2011 laut Statistischem Bundesamt 80 Prozent aller insgesamt 146.000 Varizenoperationen konventionell mittels Stripping durchgeführt. In den USA dominieren die endovenösen Verfahren [7]. Warum dies so ist, scheint völlig unklar, hängt meiner Meinung nach aber direkt mit den Gesundheitssystemen zusammen und bestärkt die derzeit diskutier-

te Auffassung, dass zunehmend wirtschaftliche Überlegungen im Gesundheitswesen die Indikationsstellung zu Operationsmethoden mitbestimmen.

Ein Indiz für diese Annahme bietet der Blick auf die Websites der Gesundheitsministerien von Bund und Ländern, wo – wie übrigens auch im Wirtschaftsbericht der Regierung – inzwischen von der Gesundheitswirtschaft und nicht mehr vom Gesundheitswesen gesprochen wird.

Im vorliegenden Artikel will ich fragen, ob es nicht noch eine weitere Sichtweise auf die neuen endovaskulären Methoden der Varizenchirurgie geben kann, als die bisherige nach Machbarkeit, stadiengerechter Indikation und nach der wirtschaftlichen Seite der neuen Methode.

Bei der Bewertung beziehe ich mich ausschließlich auf die Behandlung der großen Stammvene. Die Behandlung von Seitenastvarizen, die meist in gleicher Sitzung mit versorgt werden,



lasse ich bewusst beiseite, weil auch hier verschiedene Methoden miteinander konkurrieren.

Endovenöse Verfahren: Studienlage und Ergebnisse

Insgesamt liegen nach der Metaanalyse von Murad et al. und Siribumrungwong et al. 28 relevante Studien vor [4, 5]. Zusammenfassend kommen sie im Wesentlichen zu dem Ergebnis, dass sich die V. saphena magna durch Radiowelle und Laser effektiv primär verschließen lässt. Der klinische Erfolg ist nach zwei Jahren verglichen mit dem konventionellen Verfahren identisch.

Methodenbedingt lässt sich die Krosse nicht komplett ausschalten, dies gelingt nur der Babcock-OP. Postoperative Wundinfektionen der Leiste sind methodenbedingt beim endovenösen Verfahren nicht möglich. Postoperative Beschwerden und postoperative Arbeitsunfähigkeit unterscheiden sich im Vergleich zum konventionellen Vorgehen mit leichten Vorteilen für das endovenöse Verfahren. Allerdings ist dieser Effekt nur in den ersten 14 Tagen postoperativ nachweisbar, danach ist die Lebensqualität in allen Gruppen gleich.

Die Schmerzsymptomatik nach endovenöser Radiofrequenzablation scheint hierbei geringer ausgeprägt zu sein, ist aber bei der Laserbehandlung nicht leichter, eventuell sogar stärker als bei konventioneller Operation mit Stripping. Deshalb sind die Gesamtunterschiede der endovenösen Behandlung insgesamt nicht relevant besser, was die Beschwerdesymptomatik und die Arbeitsunfähigkeit angeht. Hämatome treten auch bei den endovenösen Eingriffen nach

den Punktionen zur Einbringung der Tumeneszenzanästhesie auf, allerdings deutlich geringer ausgeprägt als beim Stripping. Ekchy-mosen sind bei endovenöser OP Technik weniger, Nervenschäden und postoperative Thrombophlebitiden vergleichbar oft bei den verschiedenen Techniken zu verzeichnen. In sogenannten Langzeit-Beobachtungsstudien (maximal drei Jahre) [1, 2, 3] zeigt sich eine etwas höhere Rezidivrate bei den endovenösen Techniken.

Alle Studien weisen leider relativ kleine Kohorten auf, die Ein- und Ausschlusskriterien sind völlig inhomogen, und auch die endovenösen Techniken weisen in sich große Unterschiede auf (Laserwellenlänge, Closure fast, Closure plus, CoolTouch etc.). Eines ist allerdings in vielen Studien zur endovenösen Behandlung gleich: Sie sind industriegesponsert.

Kostenaspekte werden kaum thematisiert und analysiert

Die Kosten der endovenösen Behandlung werden wenig bis gar nicht thematisiert oder analysiert. Diese sind allerdings wegen des deutlich höheren technischen Aufwandes (Katheter, intraoperativer Ultraschall, Tumeneszenzanästhesie die idealerweise mit einer Pumpe instilliert wird) deutlich höher, als bei der Babcock-OP.

Man könnte sich deshalb auf den Standpunkt vieler gesetzlicher Krankenkassen stellen und fordern, auf endovenöse Eingriffe zu verzichten. Viele Krankenkassen lehnen die Kostenübernahme deshalb kategorisch ab.

Diese prinzipielle Ablehnung ist leider sehr undifferenziert, denn es gibt ganz klare Vor-

teile der einen, wie der anderen Methode, die ich nun erläutern möchte und die Eingang in die Diskussion finden sollten.

Vorteile der Babcock-Operation

Beim klassischen Stripping wird die V. saphena magna sicher und komplett entfernt. Die Krosse kann komplett saniert werden, das Rezidivrisiko ist bei radikaler OP-Technik und kompletter Durchtrennung aller Seitenäste nahe der V. femoralis als gering einzuschätzen. Hach [6] bezieht in seiner Arbeit „Ist die Krosse denn nicht mehr wichtig?“ klar Stellung, dass sich die radikale Sanierung der Krosse seit über 100 Jahren bewährt hat und pathophysiologisch zur Unterbrechung des Rezirkulationskreislaufes eine wichtige, ja entscheidende Funktion hat. Das inguinale Beet, sofern es insuffizient ist, findet schnell neue Rezirkulationswege und führt unweigerlich zum Rezidiv, wenn es nicht komplett entfernt wurde.

Auch beim Stripping sind Beschwerden gering, bei ambulanter Operation besteht ein sehr niedriges Thromboserisiko, schnelle Rekonvaleszenz ist leicht zu erreichen, es bleiben kleine Narben in der Leiste und am distalen



Foto: Mann

Dr. Stefan Mann

Gefäßchirurg, Phlebologe
Gefäßzentrum Regensburg

Bahnhofstraße 24
93047 Regensburg

www.gefaesszentrum-regensburg.de

Insuffizienzpunkt, an der die V. saphena magna ausgeleitet wird.

Nachteile der Babcock-Operation

Es bestehen methodenbedingt ein Nachblutungsrisiko, ein Lymphfistelrisiko und/oder Verschärfung des Risikos für postoperativ verstärkte Lymphödeme bei vorbestehendem Lymphödem. Hautnervenschäden sind beschrieben und nicht selten, das Risiko für Wundheilungsstörungen der Leiste methodenbedingt vorhanden. Hämatome sind im Vergleich zum endovenösen Vorgehen sicher vermehrt zu verzeichnen.

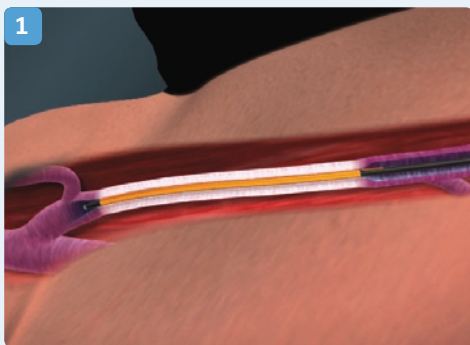
Tagesaktuelle
Nachrichten aus
Chirurgie und
Gesundheitspolitik



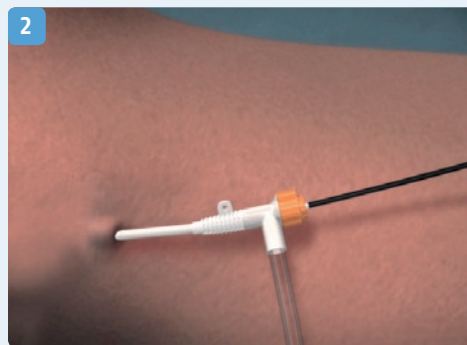
www.bncev.de

BNC

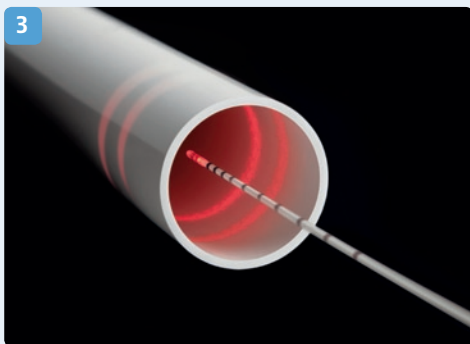
Endovenöse Verfahren: Darstellung des Wirkprinzips und der Anwendung



▲ Abb. 1: Krossensituation mit proximalen Okklusionspunkt V epigastrica beim endovenösen Vorgehen mit liegender Radiofrequenzsonde



▲ Abb. 2: Endovenöser Zugang zur V saphena magna mittels Schleuse



▲ Abb. 3: Wirkungsschema Radiallaser



▲ Abb. 4: Radiallaser

Abb. 1 und 2: mit freundlicher Genehmigung der Fa. Covidien

Abb. 3 und 4: mit freundlicher Genehmigung der Fa. Biolitec

Vorteile des endovenösen Vorgehens

Sowohl bei lokaler Anästhesie als auch bei Vollnarkose lindert die in der Regel notwendige und sinnvolle Tumenesenzanästhesie postoperative Schmerzen über mehrere Stunden, lässt sich aber auch bei konventioneller OP-Technik verabreichen. Die Hämatombildung ist geringer, es besteht definitiv kein Risiko für einen Leisteninfekt.

Wie groß das Risiko der Lymphödemverstärkung oder postoperativen Bildung von Lymphödemen ist, ist nicht geklärt, vermutlich besteht ein geringeres Risiko.

Nachteile des endovenösen Vorgehens

Höchstwahrscheinlich besteht ein deutlich erhöhtes Rezidivrisiko, da die Krosse nicht komplett saniert wird, Nachoperationen sind aber problemlos machbar. Die hohen Kosten für die Katheter (derzeit zwischen 200 bis 350 Euro) und der deutlich höhere technische Aufwand im OP müssen sich in entsprechend höheren Entgelten niederschlagen. Zurzeit ist deshalb das endovenöse Vorgehen meistens eine individuelle Gesundheitsleistung, was eine kostendeckende Bezahlung garantiert.

In einigen wenigen Selektivverträgen kann die Leistung ab-

gerechnet werden, teilweise aber – etwa in der Ausschreibung der Barmer GEK von Anfang des Jahres – völlig unzureichend, weil nur die Katheterkosten übernommen werden. Deutlich bessere Konditionen haben Selektivverträge von Micado und Medical Networks (BKK) bundesweit, sowie Rebecca Health Care in Bayern (DAK), ohne dass ich mit den genannten Verträgen den Anspruch auf Vollständigkeit erheben möchte.

Diskussion

Welche Methode ist bei welchem Patienten geeignet, was können also methodengerechte Indikationen sein?

Der endovenöse Eingriff kann bei Patienten, die unter Anti-

koagulation stehen oder Koagulopathien haben, durchgeführt werden. Blutungen sind methodenbedingt durch die Koagulation der Stammvene praktisch nicht zu befürchten.

Patienten mit Lymphödemem oder Lipolymphödemem sind höchstwahrscheinlich (aber nicht bewiesenermaßen) einem geringeren Risiko für Lymphfisteln und/oder Verstärkung des Ödems ausgesetzt, da die invasive Präparation der Leistenengegend entfällt, in der Schäden gesetzt werden können.

Schwer adipöse Patienten (BMI >35) neigen bei konventionellem Stripping gehäuft zu Wundheilungsstörungen inguinal, weil Feuchtigkeit im Leistenbereich die Wunde leicht mazerieren lässt. Ferner beobachtet man immer wieder eine postoperative unzureichende Hygiene aus Angst „etwas falsch zu machen“, was das Risiko für Wundheilungsstörungen zusätzlich erhöht, ganz abgesehen von vielleicht präoperativ vorbestehenden Mykosen. Beim endovenösen Vorgehen wird kein Zugang in der Leiste benötigt, damit entfallen obige Risiken.

Aufgrund dieser unstrittigen Vorteile sehe ich neben den oben genannten Indikationen auch noch Patienten im Vorteil, die im Bereich der Leiste invasiv vorbehandelt sind, etwa durch Operationen im OP-Gebiet (z.B. Lymphknotendissektion, nicht jedoch eine Leistenhernienoperation) oder Vorbestrahlungen mit entsprechenden Strahlenfibrosen.

Unter Umständen sind auch sehr alte Patienten mit einer endovenösen minimal invasiven Operation besser versorgt, wenn ein Rezidiv höchstwahrscheinlich nicht mehr erlebt wird.



Auch Patienten mit Ulzera könnten von der Methode profitieren, da die Gefahr der Keimverschleppung bei Temperaturen von 120 bis 150°C während des Verschlussprozesses bei endovaskulärer Behandlung durch EVLT und Radiofrequenzablation, als gering einzuschätzen ist.

Bei allen anderen Patienten sehe ich keinen wirklich begründbaren Vorteil der endovenösen Techniken. Hier scheint mir der Vorteil doch auf Seiten der Babcock-OP mit kompletter Krossektomie zu liegen.

Die Medizin wird zunehmend kommerzialisiert und Patienten gezielt in der Laienpresse für bestimmte „ökonomisch interessante“ OP-Methoden sensibilisiert. Da die endovaskuläre Varizenchirurgie derzeit

im wesentlichen eine privatärztliche oder individuelle Gesundheitsleistung ist, gibt es keine qualitativen Anforderungen an den Leistungserbringer.

Damit kann im Prinzip jeder Arzt die Methode anbieten. Ob das der Methode zuträglich ist, darf getrost bezweifelt werden. Deshalb befürworte ich eine differenzierte Diskussion über Indikation und Bezahlung der endovenösen Varizenchirurgie, um ihr den Stellenwert zu geben, den sie haben könnte, nämlich eine gute Ergänzung im Portfolio unserer medizinischen Möglichkeiten.

Zusammenfassung

Die endovenöse Ausschaltung der Stammvenen ist nicht nur eine Mode-Operation, sondern hat deutliche Vorteile. Diese

Vorteile der Methode sollten zum Nutzen der Patienten bei entsprechenden methodengerechten Indikationen eingesetzt werden. Hier sind die schwere Adipositas, präoperative Lymphödeme, lebenswichtige Antikoagulation perioperativ, Patienten mit Koagulopathien, vorbestrahlte Leisten oder Zustand nach Leistenlymphknotendissektionen, unter Umständen sehr alte Patienten und Patienten mit Ulcus cruris zu nennen.

Die Indikation zur endovenösen Ablation der Stammvene hat aus oben genannten Gründen durchaus medizinische Vorteile für die Patienten, wenn auch durch die aktuelle Studienlage keine eindeutige Aussage zum allgemeinen Vorteil der Methode möglich ist.

Literatur

1. Rasmussen Lh et al.: Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, fo-am sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. In: Br J Surg 2011; 98(8): 1079–87
2. Subramonia S, Lees T: Randomized clinical trial of radiofrequency ablation or conventional high ligation and stripping for great saphenous varicose veins. In: Br J Surg 2010; 97(3): 328–336
3. A Mumme: Kontrollierte Vergleichsstudie zur endovenösen Therapie der Varicosis – Ist die Stripping Operation noch konkurrenzfähig? In: Phlebologie 2012; 2: 68–72
4. B Siribumrungwong et al.: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled endovenous ablation a surgical intervention in Patients with Varicose Vein. In: Europ J Vasc Endovasc Surg 2012, 44; 2: 214–223
5. Murad et al.: A systematic review and meta-analysis of the treatment of varicose veins. In: J Vasc Surg 2011; 53: 49S–65S
6. W. Hach: Ist die Venencrosse nicht mehr wichtig? In: Gefäßchirurgie 2007; 12: 53–61
7. B Eklöf: The importance of venous disease in the field of vascular surgery. In: Gefäßchirurgie 2008; 13: 429–436

Kommentar von Dr. Philipp Zollmann: Leitlinien, ärztliches Können und Patientenwunsch weisen zur besten OP-Methode

Der Ansatz von Kollegen Mann, anhand der Literatur und eigener Erfahrungen eine differenzierte Indikation verschiedener OP-Methoden zu empfehlen, ist sehr zu begrüßen. Im Folgenden möchte ich auf die Rezidivproblematik und die finanziellen Aspekte näher eingehen.

1. Rezidivproblematik

Auch nach 100 Jahren Stripping sind die Diskussionen zur Häufigkeit, den Ursachen und den Arten von Rezidiven nicht abgeschlossen. Dass nach „radikaler OP-Technik“ tatsächlich ein sehr niedriges Rezidivrisiko zu erwarten wäre, ist keinesfalls bewiesen. Besonders frustant ist das hohe Rezidivrisiko nach Parva-Stripping. Bei den endovenösen Verfahren werden sich die Rezidivraten wohl in ähnlicher Höhe einpegeln, wenn die endovenöse Technik unter Mitbehandlung der accessorischen Venen erfolgt.

Die Aspekte des Rezidivmanagements wurden im vorliegenden Artikel außen vor gelassen. Doch gerade hier zeigt sich ein wesentlicher Vorteil der modernen OP-Methoden: Mit einer Kombination von endoluminaler Technik mit Schaumsklerosierung und Phlebektomien lassen sich fast alle Rezidive relativ einfach behandeln. Dagegen ist die Re-Krossektomie nach vorausgegangener radikaler Krossektomie schon ein anspruchsvoller Eingriff.

2. Finanzielle Aspekte

Auch wenn der Gesetzgeber uns (nachvollziehbar) Sparsamkeit vorschreibt, kann das nicht dazu führen, dass wir Patienten geeignete Therapiemöglichkeiten aus finanziellen Gründen vorenthalten. Die ambulanten Varizenopera-

tionen sind im EBM deutlich unterbewertet (mit Anästhesie und Überwachung unter 600 Euro). Hier helfen wir den Kassen gegenüber der stationären Operation tatsächlich viel Geld einzusparen.

Bei einer angemessenen Honorierung – sprich für einen Preis um 1.000 Euro – ließen sich sowohl die endoluminalen Verfahren als auch die Stripping-Operation erbringen. Bei den endoluminalen Verfahren wäre eine Sachkostenspauschale analog zu den Arthroskopien ausreichend. Trotz der besseren Honorierung im Vergleich zu den aktuellen EGM-Erlösen würde man sich noch immer im Bereich von unter 70 Prozent der entsprechenden DRG-Fallpauschale im Krankenhaussektor bewegen.

Die in der Diskussion genannten Patientengruppen profitieren deutlich von einer endovenösen Operation. Zusätzlich sind Rezidive nach vorausgegangener Varizenoperation einschließlich Krossektomie zu nennen. Bei allen anderen Patienten scheinen die genannten Verfahren derzeit medizinisch gleichwertig und sind seit 2010 auch leitliniengerecht.

Die optimale Therapie oder beste OP-Methode ergibt sich individuell für einen Patienten, wenn medizinische Leitlinien, Können des operierenden Arztes und die speziellen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten zusammentreffen. Die Kollegen, die die verschiedenen OP-Methoden beherrschen, sollten diese daher unabhängig von ökonomischen Aspekten anbieten. Zumindest für die oben genannten Indikationen lohnt es, sich bei den Kassen für eine Kostenübernahme stark zu machen.



Foto: Zollmann

▲ Dr. Philipp Zollmann, niedergelassener Chirurg aus Jena und stellvertretender BNC-Vorsitzender