

angio

**Zeitschrift für Gefäßchirurgie
Angiologie
Angioradiologie**

Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden (Ärztl. Leitung: Dr. med. Zoltan Varady)

Möglichkeiten der Varizenoperation

Z. VARADY

Dr. Z. Varady, Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden, Zeil 123, 6000 Frankfurt 1



DEMETER VERLAG · 8032 GRÄFELFING

Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden (Ärztl. Leitung: Dr. med. Zoltan Varady)

Möglichkeiten der Varizenoperation

Z. VARADY

Dr. Z. Varady, Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden. Zeil 123, 6000 Frankfurt 1

Zusammenfassung

Da die Varizen unterschiedlich auftreten, müssen auch die Behandlungsmöglichkeiten unterschiedlich sein.

Es ist vorteilhaft, nicht nach einem bestimmten Schema vorzugehen, sondern für jedes Bein einen Behandlungs- bzw. Operationsplan auszuarbeiten.

So kann man das Ausmaß des Eingriffs so klein wie möglich halten und die besten medizinischen und kosmetischen Erfolge erzielen.

Summary

Possibilities of operations of the varices

Because varices appear in various forms, different possibilities of treatment are necessary.

It is better not to act after a certain scheme but to work out a different plan of treatment or operation for each leg.

In this way one can keep the dimension of the operation as low as possible and obtain the best medical and cosmetic results.

Einleitung

Die Erscheinungsformen der Varizen sind sehr vielfältig. Es gibt morphologische und topographische Unterschiede. Aus diesem Grunde wäre es falsch, alle Varizenformen nur nach einem Schema zu behandeln.

Es ist sehr wichtig, durch die Diagnostik genau die Topographie und die Funktion zu klären, damit man gezielt nur die erkrankten Stellen behandelt.

Damit kann das Ausmaß des Eingriffs klein gehalten und dabei gute Erfolge erzielt werden.

Für alle Formen kann man gewiß keine gene-

rell geltende Regel aufstellen. Schon auch aus dem Grund nicht, da die unterschiedlichen Methoden auch unterschiedlich beherrscht und angewendet werden.

Für jeden ist die Methode die beste, die man am besten beherrscht. Keiner wird seine seit langem praktizierte Methode generell ändern; man kann aber einiges angleichen, übernehmen oder zulernen.

Wenn man lange Zeit zurückblickt, weiß man, daß selbst fest eingebürgerte Meinungen und Methoden sich ändern können.

Einige der von uns praktizierten Operationsmöglichkeiten möchte ich für die unterschiedlichen Erscheinungsformen der Varizen vorstellen.

1. Vena-saphena-magna-Gebiet

Absichtlich spreche ich über das Gebiet der Vena saphena magna und nicht generell über Vena-saphena-magna Varikose. Es ist bekannt, daß bei Varizen, die hier erscheinen, die Vena saphena magna keineswegs immer insuffizient ist. Sie kann voll suffizient sein oder eine sogenannte inkomplette Insuffizienz liegt vor.

Jedermann, selbst Laien, kennen das allheilig geglaubte Wort „stripping“. Die Mehrzahl der Chirurgen kennt nicht nur, sondern führt das Stripping bedauerlicherweise auch bei fast allen Formen der Varizen durch.

Wenn man genauer die unterschiedlichen Varizenformen differenzieren würde, könnte man viel gezielter vorgehen und eine große Prozentzahl der Saphenastämme retten, abgesehen von der unnötig durchgemachten größeren Operationsbelastung, die Zahlreiche auf sich nehmen mußten.

Nach proxim
vor und näht
kleben wir P
lauf und wick
(8/10/12 cm
des oberen
wir, weil sie e
so eine Nach

Das übrige kl
stent mit flac
Kompression
die Saphena

Ein großer V
die Nachblut
kann. Wir ha
lebt, bei der
müssen.

Als Maximum
weniger blau
10 Tagen n
kann die Ha
cremen.

Die Operatio
inkompletter
zienz sind se
ne Einheitlich

2. Vena-sap

Es ist bekan
unterhalb der
eine engere u
Vena saph
sich an diese
äste.

Aus diesen C
phena parva

Selbst bei ei
strippe ich ni
eine Durchtr
Mündung vor

Bei dem Ve
entweder die
subfascial un

Im Außenkn
freigelegt un
Die Sonde w
schoben und
saphena ma

Eine grundsätzlich geltende Regel für die Behandlung ist:

Die gestörte Hämodynamik muß normalisiert werden.

Dieses wird durch die Venendruckmessung quantitativ gemessen (Abb. 1).

Das heißt, die blow-out-Stellen muß man schließen und die Varizen entweder veröden oder entfernen.

Beide Methoden haben die allgemein bekannten Vor- und Nachteile. Deswegen führe ich wahlweise beide Methoden in Kombination durch: Teilentfernung und Veröden der Reste. Die schematische Darstellung erläutert das genaue Vorgehen und die zahlreichen Möglichkeiten (Abb. 2).

Grundsätzlich kann man sagen:

Große Äste und Convolute werden durch kleine 2–5 mm Schnittchen entfernt und die Reste verödet (Abb. 3).

Ausnahmen sind große, aber sehr dünnwandige Äste, die sich leicht veröden lassen und dickwandige kleinere Äste, die man lieber entfernen sollte.

Da die Behandlungsmöglichkeit sehr unterschiedlich sein kann, sollten die Wünsche der Patienten, der allgemeine Zustand, das Alter und andere Faktoren auch berücksichtigt werden.

Wann strippen wir die ganze Saphena?

Keineswegs wird generell gestrippt wenn Varizen vorhanden sind, sondern nur bei kompletter Stamminsuffizienz.

Selbst in diesem Falle kennt man eine erst kürzlich publizierte Methode, bei der man versucht, durch Einsetzen eines Ringes an der Magnamündung die Suffizienz weitgehend wieder herzustellen. (Hétenyi, A., G. Páhoki: Plastik des Mündungstrichters der Vena saphena magna, Phlebologie und Proktologie 3/85, S. 177)

Wie wird das Stripping durchgeführt?

Die Anästhesieform ist bei allen Varizenoperationen die **Infiltration** mit Meaverin.

- Vorteile:**
1. Die Flüssigkeit präpariert praktisch die Vene und hebt sie von der Umgebung ab, dadurch wird das Stripping erheblich erleichtert.
 2. Die wichtigste Thromboseprophylaxe ist die Frühmobilisation. Diese ist hierbei so gut möglich, da die Operierten den OP-Saal zu Fuß verlassen können.
 3. Diese Methode ist erheblich ungefährlicher als die anderen Betäubungsmöglichkeiten.

Nachteile, die allgemein beschrieben werden, meistens von denjenigen, die die Infiltrations-



Abb. 1: Die Venendruckmessung gibt in Zahlen den haemodynamischen Zustand und eine Voraussage der Therapie an.

V. s.
magna

Abb. 2: Dur
möglich, für
chend geziel

methoden
haben wir r

Zuerst prä

Dann werde
die Saphen
Stumpf wir
mit AT-Nah
in der Knöc
Sonde ein.
folgendes b

Es ist beka
ren muß. M
Wunde, da

Allerdings
auch dort d
zusammen
Sie trennen
des Unters
Tatsache, d
oft durch vo
oder fast v
distalen Sc

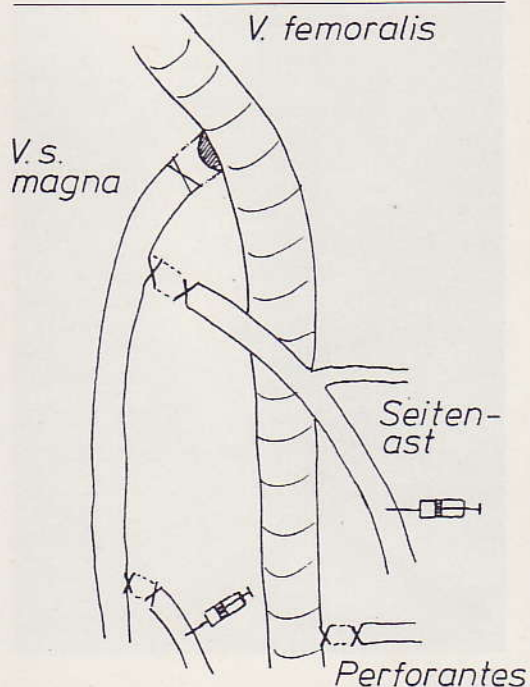


Abb. 2: Durch die kombinierte Behandlung ist es möglich, für alle Formen der Varizen eine entsprechend gezielte Therapie anzuwenden.

methoden nur von der Literatur her kennen, haben wir nie erlebt.

Zuerst präparieren wir die Chrossgegend.

Dann werden die Seitenäste unterbrochen und die Saphena durchtrennt. Der proximale Stumpf wird zweimal unterbunden und einmal mit AT-Naht genäht. Danach führt man in den in der Knöchelgegend freigelegten Stamm die Sonde ein. Zu der Freilegung möchte ich noch folgendes bemerken:

Es ist bekannt, daß man den Nerv abpräparieren muß. Man macht das über die Länge der Wunde, dadurch reißt er hier nicht.

Allerdings reißt er einige Zentimeter höher, da auch dort der Nerv mit der Vene weiterhin eng zusammen verläuft.

Sie trennen sich bei etwas mehr als zwei Drittel des Unterschenkels. Wegen dieser und der Tatsache, daß die Saphena im unteren Drittel oft durch vorangegangene Entzündungen ganz oder fast verschlossen ist, führe ich öfter den distalen Schnitt in dieser Höhe durch.



Abb. 3 a: Die Varizen werden durch kleine Schnitte entfernt.



Abb. 3 b: Kontrollbild: 3 Wochen alt. Die punktförmigen Narben sind nach einigen Wochen unsichtbar.

Nach proximal zieht man die Sonde ca. 5 cm vor und näht die Wunde atraumatisch. Danach kleben wir Phleborollen auf den Saphenaverlauf und wickeln mit elastischen Dauerbinden (8/10/12 cm breit) bis ca. 10–15 cm unterhalb des oberen Schnittes. Dauerbinden nehmen wir, weil sie einen hohen Ruhedruck haben und so eine Nachblutung verhindert wird.

Das übrige kleine Gebiet komprimiert der Assistent mit flachen Händen. Unter der gezielten Kompression mit Phleborollen und Binden wird die Saphena gestriipt.

Ein großer Vorteil ist, daß man auf diese Weise die Nachblutung auf das Minimum reduzieren kann. Wir haben noch keine Nachblutung erlebt, bei der man etwas hätte unternehmen müssen.

Als Maximum sehen wir manchmal mehr oder weniger blaue Verfärbungen, die nach ca. 7–10 Tagen nicht mehr vorhanden sind. Man kann die Haut mit heparinhaltiger Salbe eincremen.

Die Operationsmöglichkeiten der Varizen bei inkompletter Saphena bzw. bei Saphenasuffizienz sind sehr unterschiedlich. Es besteht keine Einheitliche Therapie (Abb. 4 a + 4 b).

2. Vena-saphena-parva-Gebiet

Es ist bekannt, daß die Vena saphena parva unterhalb der Fascie verläuft und mit dem Nerv eine engere und längere Verbindung hat als die Vena saphena magna. Außerdem befinden sich an dieser Stelle zahlreiche kleine Arterienäste.

Aus diesen Gründen bin ich bei der Vena saphena parva besonders vorsichtig.

Selbst bei einer kompletten Stamminsuffizienz strippe ich nicht grundsätzlich, sondern nehme eine Durchtrennung subfascial oder vor der Mündung vor. Darauf folgt eine Verödung.

Bei dem Vena-saphena-parva-Stripping wird entweder die direkte Mündung oder kurz davor subfascial unterbrochen.

Im Außenknöchelbereich wird der distale Teil freigelegt und der Nerv sorgfältig abgetrennt. Die Sonde wird von distal nach proximal geschoben und weiterhin genau wie bei der Vena saphena magna verfahren.



Abb. 4 a



Abb. 4 b

Abb. 4 a + b: Durch genaue Diagnostik werden die erkrankten Stellen festgestellt und gezielt behandelt. Die vielen Möglichkeiten erlauben eine individuelle und schonende Therapie.



Abb. 5 a



Abb. 5 b

Abb. 5 a + b: Der Verbindungsast magna und der parva ist gut zu Querast, der die V.s.m. überbrückt.



Abb. 5 a



Abb. 5 b

Abb. 5 a + b: Der Verbindungsast zwischen der V.s. magna und der parva ist gut zu sehen. Außerdem ein Querast, der die V.s.m. überbrückt.

Eine große Prozentzahl der Varizen, die sich im Vena-saphena-parva-Gebiet befinden, sind obendrein keine reinen Vena-saphena-parva-Varizen.

- Es können sein:
- 1.) Inkomplette Parva Varikose
 - 2.) Perforantesinsuffizienz
 - 3.) Varizen, die in die Vena saphena magna einmünden
 - 4.) Verbindungsäste zwischen Vena saphena parva und magna.

Für die genaue Therapie kann man auch keine generell geltende Regel geben; es wird nach oben beschriebenen Kriterien verfahren (Abb. 5 a + b).

Literatur:

- 1 ACEVEDO, A.: Wundheilung und Wundheilungsprobleme, Phlebol. u. Prokt. 2 (1986)
- 2 BASSI, G.: Les varices des membres inférieur, pp. 35-63. Paris, Doin, (1967)
- 3 BRUNNER, U.: Ergebnisse eines Versuches zur gemeinsamen Erarbeitung von Richtlinien für eine moderne Varizenchirurgie. Angio archiv Bd. 8 (1985)
- 4 DAVY, A., OUVRY, H., GUENEGUEZ, H.: A propos des saphènes antérieures de cuisse, Phlebol. 2: 38 (1985)
- 5 FISCHER, R.: Wo in der Fossa poplitea soll man die Vena saphena parva beim Stripping ligieren? Phlebol. u. Proktol. 2 (1985)
- 6 FLORA, G., HILBE, G.: Komplikationen nach Varizenoperationen durch Stripping, Zbl. Phlebol. 2 (1967)
- 7 HACH, W.: Die Chirurgie der primären Varikose, Fortbildungskongreß für Phlebologie (1985)
- 8 HÉTÉNYI, A.: A perforáns insuficiencia és a v. saphena elégtelenség primer varicositásában a sebészeti ellátás zsemponjtábol, Magyar Sebészeti 32 (1979)
- 9 HOHLBAUM, G.: Die ambulante Varizenoperation, Phlebol. u. Proktol. 4: 2 (1975)
- 10 NABATOFF, R., STARK, D.: Complete Stripping of Varicose Veins with the Patient on an Ambulatory Basis, Amer. J. Surg. N.S. (1972)
- 11 PIRNER, F.: Erfahrungen mit ambulanter Durchführung von Varizenoperationen, Zbl. Chir. (1966)
- 12 SCHNEIDER, W.: Spezielle Therapie der venösen Ulzera, Phlebol. u. Proktol. 2 (1984)
- 13 VARADY, Z., KRAUSE, E.: La fistula linfática postoperatoria de la extremidad inferior; Revista Argentina de Flebología 5 (1978)
- 14 VARADY, Z.: Gezielte Phlebographie; Phlebol. u. Proktol. 2 (1984)
- 15 VARADY, Z.: Varizenrecidive und deren Problematik; Phlebol. u. Proktol. 15: 87-9 (1986)
- 16 VARADY, Z.: Orthopädische Praxis 2: S. 159-164 (1979) Einfaches Instrument zur Durchführung der Phlebodynamometrie.

Frankfurter S

Möglichk

Z. VARADY

Dr. Z. Varad

