

Erfahrungen mit der Minichirurgischen Operationstechnik in der Varizenchirurgie

Z. Varady, Spezialklinik für Beinleiden, Frankfurt



Zusammenfassung

Die Mehrzahl der Varizenpatienten sind Frauen, denen nicht nur die medizinischen, sondern auch die kosmetischen Ergebnisse maßgebend sind. Deswegen ist es sehr wichtig, eine Methode zu haben, die beide Gesichtspunkte vor Augen hat.

Diese Methode ist die Mikro- bzw. Minichirurgie, die durch meine Instrumente ermöglicht, daß sie von jedem Phlebologen praktiziert werden kann!

Schlüsselwörter: Varikosis, Mikrochirurgie, Instrumente

vasomed 5 (1993) 200 – 205

Summary

Most of the patients with varicose veins are female. Therefore not only the medical, but also the cosmetic results must be taken into consideration. It is very important to have a method which takes into account both these aspects. We present our instruments which allow each phlebologist to practise the required techniques of mini- resp. microsurgery.

Keywords: varicose veins, microsurgery, instruments

vasomed 5 (1993) 200 – 205

Résumé

La plupart des patients qui souffrent de varices sont des femmes. C'est pour cela que les résultats cosmétiques sont aussi important que les résultats thérapeutiques. Il faut alors utiliser une méthode qui prend en considération ces deux aspects. Avec nos instruments décrits dessous, chaque phlébologue peut exercer les techniques de la micro- ou minichirurgie.

Mots clés: varices, microchirurgie, instruments

vasomed 5 (1993) 200 – 205

Zur Beseitigung der Varizen in den laufenden Jahren wurden viele Methoden angewendet. Vor der Zeit der Asepsis ist man vorsichtig umgegangen mit Umstechungsligaturen etc.

Als die Chirurgie sich weiter entwickelte, wurden die Methoden immer radikaler, sogar brutaler, wenn man an die Rindfleisch-Methode denkt.

Glücklicherweise ist man von dieser extremen Radikalität zurückgegangen, aber trotzdem fragt man sich heute noch oft, wenn Patienten aus verschiedenen Krankenhäusern kommen und man die Beine betrachtet, ob es nicht besser gewesen wäre, wenn man den Patienten nie operiert hätte.

Die Erscheinungsformen der Varizen sind unterschiedlich, dadurch dürfen auch

die Behandlungsmethoden nicht dieselben sein. Eine Schemabehandlung bringt sicherlich nicht den gewünschten Erfolg.

Man muß die unterschiedlichen Varizenformen differenzieren und mit gezielter Diagnostik die erkrankten Stellen genau feststellen, damit man nur diese Gebiete behandelt.

Die Mehrzahl der Patienten kommen wegen einer Seitenastvarikose zur Behandlung und hier liegt keinesfalls immer eine komplette Saphena- bzw. Mündungsinsuffizienz vor.

Bedauerlicherweise ist in diesen Fällen trotzdem das Strippen des Saphenastammes die übliche Behandlung. Das Strippen wird dann kombiniert mit mehr oder weniger großen und zahlreichen Schnitten zur Entfernung der Seitenäste. Wenn man aber gezielter vorgehen würde, könnte man eine große Prozentzahl der Saphenastämme retten, abgesehen von der unnötig durchge-

Abb. 1 a, b: Die örtliche Betäubung präpariert die Vene vor.

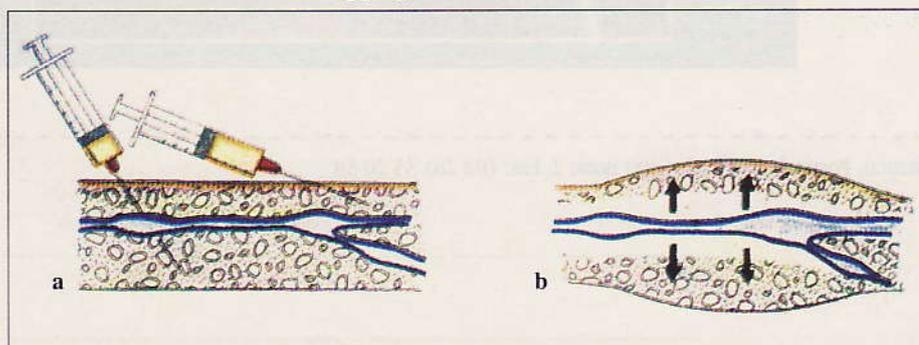




Abb. 2a: Der Venenverlauf wird mit Punkten markiert, um eventuelle Tätowierungen zu vermeiden.

Abb. 2b: Zustand 3 Wochen nach der Operation. Durch die noch sichtbaren kleinen Stichstellen ist gut zu sehen, welche großen Distanzen benötigt werden (ca. 5-15 cm), um die Varizen zu entfernen, im Gegensatz zu anderen Methoden (ca. 1-2 cm).

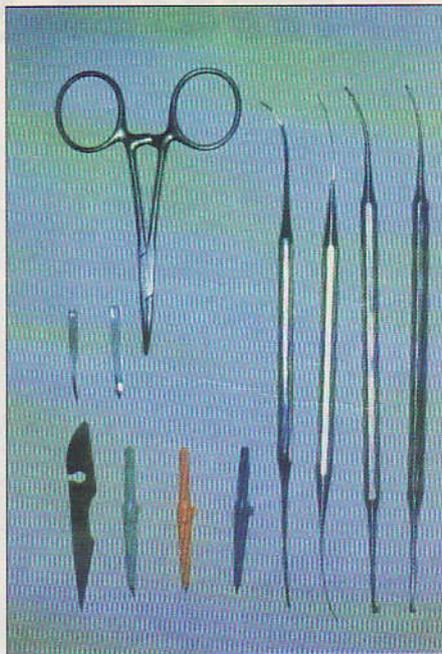


Abb. 3: Das mikrochirurgische Instrumentarium nach Varady von der Firma Aesculap

machten größeren Operationbelastung, die zahlreiche Patienten auf sich nehmen mußten.

Da man mehrere Behandlungsmöglichkeiten kennen und anwenden muß, sollten der allgemeine Zustand, das Alter, die Wünsche der Patienten und andere Faktoren auch berücksichtigt werden. Die überwiegende Zahl der Patienten, die Varizen haben, sind Frauen und gerade hier ist nicht nur der medizinische, sondern auch der kosmetische Gesichtspunkt maßgebend.

Oft ist es so, daß der kosmetische Fehler nach der Operation größer ist, als er vor der

Operation war. Deshalb ist es von großer Bedeutung, eine Methode zu haben, die diesen kosmetischen Gesichtspunkt vor Augen hat. Viele hatten schon daran gedacht, die Varizen aus Miniinzisionen zu entfernen, genauso wie Ikarus den Wunsch hatte zu fliegen. Das Problem bei beiden Wünschen war das Fehlen von entsprechendem Instrumentarium.

Den ersten »Flügel Schlag« machte unter anderem *Degni* in Sao Paulo, *Umanski* in Buenos Aires und in der Schweiz *Müller*, der als Dermatologe in seiner Technik sehr entfernt war von dem, was in der Chirurgie als Grundregel üblich ist.

Hier möchte ich über Erfahrungen der von mir ausgearbeiteten Methode berichten, die mit von mir entworfenen und von der Firma Aesculap hergestellten Spezialinstrumenten durchgeführt werden kann.

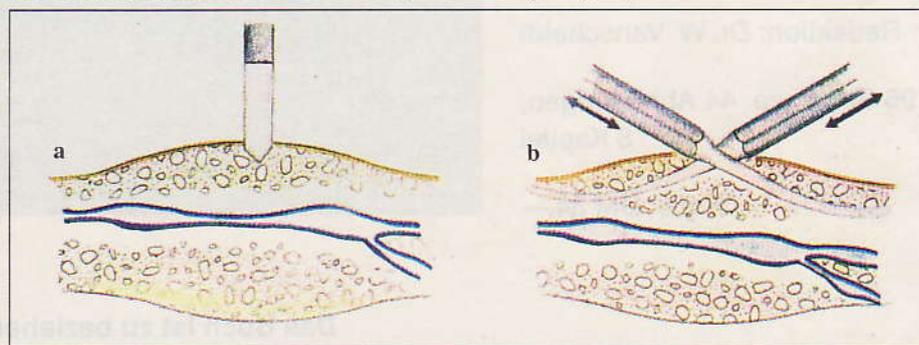
Die Methode will keineswegs das Striping oder die Verödung ab- oder ersetzen, sondern soll nur für die geeigneten Venen angewendet werden. Man kann sie als ein neues Glied in der Kette der Behandlungsmöglichkeiten ansehen.

Die Methode wird hauptsächlich für Seitenäste angewendet, wo sie schnittlos entfernt werden können. Sie vereint die Vorteile der Operation und der Verödung, praktisch ohne die Nachteile zu haben.

Vorteile während der Operation

- Es werden keine Schnitte, sondern nur Stiche gemacht.
- Dadurch ist die Operationsbelastung auf ein Minimum reduziert.

Abb. 4a: Mit den Spezialmesserklingen, die keine großen Schnitte machen können, werden punktförmige Stiche gemacht. Abb. 4b: Mit Hilfe des Spatelteils des Phlebextraktors werden die Venen von diesem Stichkanal aus in jede Richtung freigelegt.



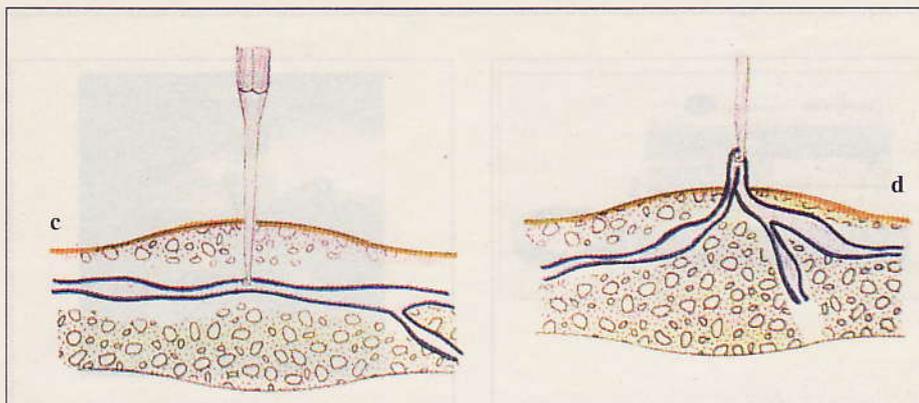


Abb. 4c, d: Das Instrument wird umgedreht und mit dem anderen Ende, an dem ein Häkchen ist, wird die Vene aufgesucht und vorgezogen.

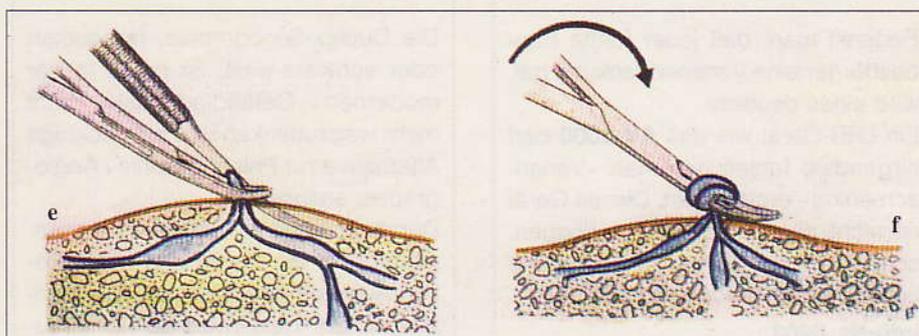


Abb. 4e: Die vorgezogene Vene wird mit der Minimoskitoklemme angefaßt und unter Ligaturen durchtrennt. Abb. 4f: Danach wird gleichzeitig gedreht und entweder mit der Spatulaseite oder mit dem Phlebodissektor weiter freigelegt.

- Selbst Hautnähte sind kaum erforderlich.
- Die Infektionsgefahr ist minimal.
- Die wichtigste Thromboseprohylaxe, die Frühmobilisation, funktioniert so gut, daß die Patienten den Operationssaal zu Fuß verlassen können.

Vorteile nach der Operation im Vergleich mit der traditionellen Operationsmethode bzw. mit der Sklerosierung

Die nach der Verödung bekannten Nachteile, wie die kosmetisch störende Pigmentierung, schmerzhaft Verhärtungen treten nicht auf. Dadurch entfallen die Stichinzisionen, die bekanntlich sehr schmerzhaft sind. Die nach der Operation bekannten Nachteile, wie die Narbenbildung, Dellenbildung, Nachblutungen etc. treten praktisch

nicht auf. Die kurze Nachbehandlung ist sehr vorteilhaft, besonders wenn man an die zahlreichen Verödungen denkt.

Methodik

- Anästhesie
Es wird örtliche Betäubung angewendet (0,25 %ige Lösung, z. B. Xylonest). Ein großer Vorteil ist, daß die Flüssigkeit die Venen präpariert, die sich dadurch besser entfernen lassen.
Die verschiedenen Gebiete der Beine sind operationstechnisch unterschiedlich.
- Operationstechnische Besonderheiten der verschiedenen Regionen
Die Oberschenkelaußenseite ist am einfachsten zu operieren. Da die Venen nicht zu fest sitzen, lassen sie sich gut entfernen, ohne

daß man zu viele Stichinzisionen machen muß.

Die Kniegegend ist das Schwierigste, da hier die Venen sehr fest sitzen und eine ausgiebige Freilegung erforderlich ist.

Das Unterschenkelgebiet, besonders die mediale Seite, muß man sehr sorgfältig operieren, da sich hier die vielen Perforanten befinden. Wenn die Perforanten abgerissen werden, kann es stark bluten. Deswegen ist eine feste Kompression für 1 - 2 Stunden erforderlich.

Bei medialer und lateraler Knöchelgegend ist extreme Vorsicht geboten, damit man keine Arterien und Nerven verletzt. Hier gilt die Regel doppelt, daß man bei der Freilegung mit dem Spatel, die Spatelspitze bzw. die vorgedrückte Haut sehen muß. Bei vorsichtigem Vorgehen kann absolut nichts passieren. Der Fußrücken ist genauso vorsichtig zu behandeln, damit man keine Sehnen verletzt. Da man hier nicht veröden kann, bleibt als optimale Lösung die Minichirurgie.

- Kurze Beschreibung der Instrumente
Man kann mit Spezialmessern, die max. 1,8 mm breit sind oder mit 11er Klingen arbeiten, besonders das Fabrikat »Bayha« ist praktisch, da es lang ist und keinen Griff benötigt.

Der Phlebextraktor ist praktisch zwei Instrumente in einem. An der einen Seite ist ein Haken und an der anderen eine Spatula. Diese Tatsache ist sehr praktisch, da man die Instrumente nicht andauernd wechseln muß.

Der Phlebodissektor ist formmäßig das gleiche Instrument, mit dem Unterschied, daß sich an beiden Enden Spatulae befinden, die allerdings länger, biegsamer und dünner sind, als die Spatula des Phlebextraktors. Dieses wird als Verfeinerung nach dem Phlebextraktor verwendet.

- Operationsmethode
Mit den Spezialmesserklingen, die keine großen Schnitte machen können, werden punktförmige Stiche gemacht. Mit Hilfe des Spatelteils des Phlebextraktors werden die Venen von diesem Stichkanal aus in jede Richtung freigelegt. Danach wird das Instrument umgedreht und mit dem anderen Ende, an dem ein Häkchen ist, die Vene aufgesucht und vorgezogen.

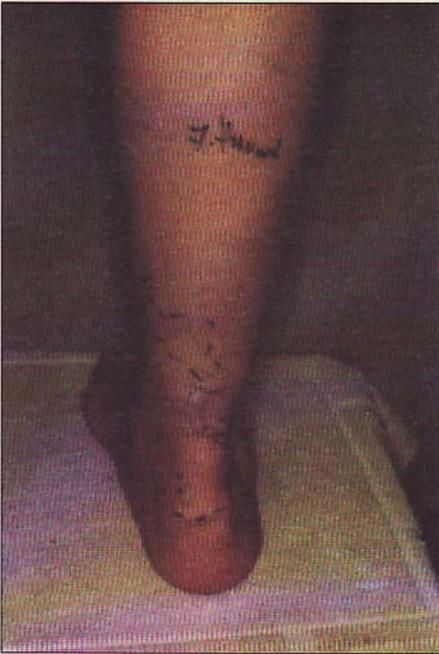
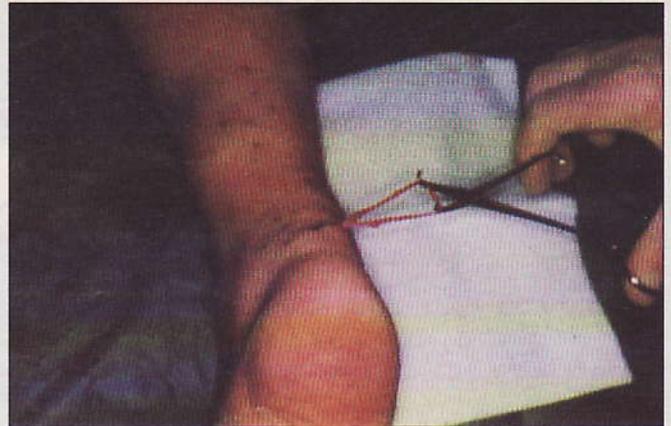


Abb. 5a (links), b (rechts): An besondere Stellen, wo die traditionelle Chirurgie und Verödung schlechte Ergebnisse liefert, kann man die Minichirurgie verwenden. Man sieht gut, wie ein großes Venenstück durch ein kleines Loch herauskommen kann.



Man kann mit den Fingerspitzen die Haut etwas dagegendrücken, damit die Vene besser gefunden wird. Die vorgezogene Vene wird mit der Minimoskitoklemme angefaßt und unter Ligaturen durchtrennt. Danach wird gleichzeitig gedreht und entweder mit der Spatulaseite oder mit dem Phlebotom weiter freigelegt.

Wenn die Vene bis zur möglichen Länge herausgedreht ist, wird ein zweiter Stich gemacht, der vom ersten ca. 5-10 cm entfernt ist. Von hier wird das Gegenstück der Vene freigelegt und danach die ganze Vene entfernt. Eine Hautnaht ist selten erforderlich.

Es ist darauf zu achten, daß mit dem Minimoskito der Stich nicht gedehnt wird, damit die Haut nicht einreißt und keine Narben entstehen.

Ein Kompressionsverband wird nach dem Eingriff für 1 - 2 Stunden stark angelegt, damit es nicht nachblutet. Danach wird für ca. 1 - 2 Wochen mit der üblichen Weise der Kompressionsverband getragen, nachher ein Kompressionsstrumpf.

Bei den ersten Nächten ist es zu empfehlen, die Kompression zu behalten, allerdings gelockert, später ist dieses nicht mehr erforderlich.

Korrespondenzadresse:

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

19. Recklinghäuser Forum

»Phlebologie III«
»Chronisch-venöse Insuffizienz«

Samstag, den 19. Juni 1993
Hautklinik des
Knappschafts-Krankenhauses Recklinghausen
Leitung: Prof. Dr. Maria Zabel

Das Thema des 19. Recklinghäuser Forums lautet »Chronisch venöse Insuffizienz«. Unter diesem Begriff werden unterschiedliche Störungen des venösen Abflusses zusammengefasst. In Deutschland leiden 13 % aller Patienten an dieser Erkrankung, d. h. jeder achte Erwachsene. Klinik, Diagnose und Therapie dieses Krankheitsbildes sind Thema von Vorträgen, Diskussion und Seminaren. Außerdem besteht die Gelegenheit, eine kleine Industrieausstellung zu besuchen. Durch die Teilnahme an dieser Veranstaltung können 5 Punkte für die Aufnahme in das Kollegium für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie erreicht werden.

Themenauswahl:

Vorträge: »Chronisch-venöse Insuffizienz«

1. Klinik
Prof. Prof. hc. Dr. med. Dr. hc. N. Klüken
2. Apparative Diagnostik
OA Dr. med. E. Rabe, Bonn
3. Operative Therapie
Priv. Doz. Dr. med. M. Edelmann, Bochum
4. Lokaltherapie
Dr. med. F. Moschner-Kunert, R'hausen
5. Diskussion

Venenseminare

1. Untersuchung eines Venenkranken
2. Apparative Untersuchungsmethoden
3. Kompressionsverband und Lokaltherapeutika
4. Kompressionsstrumpf

Nähere Informationen:
Prof. Dr. med. M. Zabel
Knappschaftskrankenhaus
Dorstener Straße 151
4350 Recklinghausen