

Modifikation der Varizenoperation zur gefahrlosen ambulanten Behandlung

Z. VARADY

Mehrere Veröffentlichungen beweisen, daß die ambulante Varizenoperation mit der Klinikversorgung gleichwertig sein kann. Es gibt allerdings bestimmte Risikofälle (Blutungsneigung, Herzrhythmusstörungen, große Phlebektasie in der Leistenbeuge usw.), die man nicht ambulant operieren sollte.

Es ist ratsam, die Voruntersuchungen sehr genau vorzunehmen, da das Krankenhaus mit seiner personellen und instrumentellen Hilfe nicht zur Verfügung steht.

Die Zeit, da man bei der Varizenbehandlung nur nach anatomischen Gesichtspunkten vorging — alles Sichtbare zu entfernen —, müßte vorbei sein.

Bei wenig ausgeprägten Varizen und suffizienter Saphena ist es unnötig, die Saphena zu entfernen.

Durch Untersuchungen in Schweden wurde bewiesen, daß die Entfernung von gesunden Vv. saphenae magnae die Neu- bzw. Rezidivbildung der Varizen nicht verhindert.

In letzter Zeit wurde immer mehr vorgeschlagen, unter anderem von Herrn MAY, die Saphena soweit wie möglich zu schonen, da sie oft als Gefäßersatz bei Arterieneingriffen dient.

Heute ist die Lösung: entweder Verödung oder Operation nicht mehr haltbar. Es darf keine Entweder-oder-Behandlung geben. (Ich klammere selbstverständlich die Besenreiser und retikulären Varizen aus, die nur verödet werden können.)

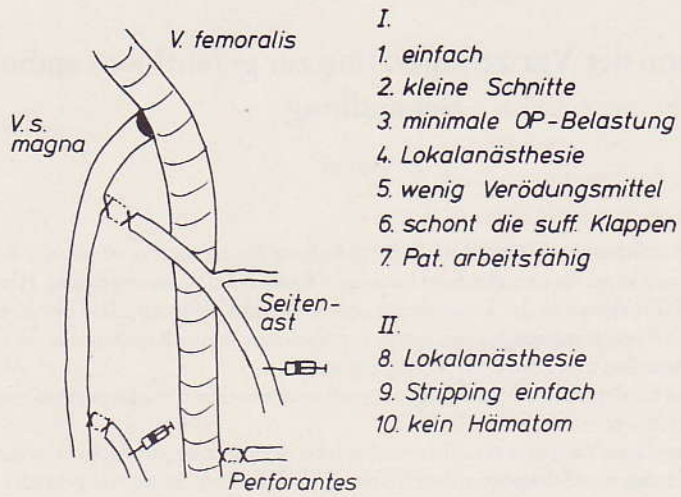
Man sollte auch nicht jedes Bein nach einem Schema behandeln, sondern aufgrund der Untersuchungen einen Behandlungsplan für jedes Bein ausarbeiten.

Man kann während der Venendruckmessung den zu untersuchenden Ast mit Fingerdruck ausschalten und sieht dann, wie sich die Hämodynamik verhält.

Modifikation für die Varizenoperation (Abb. 1)

1. Durch die Untersuchungen, besonders die Venendruckmessung, wird selektiv entschieden, welche Punkte bzw. welche Äste ausgeschaltet werden sollen. Nach dieser Verschließung bzw. Abtrennung werden die entsprechenden Äste nicht entfernt, sondern verödet.
 2. Sollten die Untersuchungen eine Ausschaltung der Saphena befürworten, wird der Eingriff in zwei Sitzungen durchgeführt.
 - a) In der 1. Sitzung werden die wesentlichen Äste von der V. saphena magna abgetrennt und die laut Venendruckmessung zu schließenden Perforantes geschlossen. Die dazugehörige Peripherie wird verödet.
 - b) In der 2. Sitzung wird die Saphena gestrippt.
- Mit einigen Bildern möchte ich das demonstrieren (Abb. 2, 3, 4): Die Bilder zeigen beide Beine einer jungen Frau.

KOMBINIERTE BEHANDLUNG



I.

1. einfach
2. kleine Schnitte
3. minimale OP-Belastung
4. Lokalanästhesie
5. wenig Verödungsmittel
6. schont die suff. Klappen
7. Pat. arbeitsfähig

II.

8. Lokalanästhesie
9. Stripping einfach
10. kein Hämatom

Abb. 1. Die kombinierte Behandlung wird nach diesem Schema durchgeführt. Meistens in zwei Sitzungen.



Abb. 2.



Abb. 3.



Abb. 4.

Abb. 2—4. Die Patientin wurde nach der im Text beschriebenen Methode operiert: das rechte Bein in zwei Sitzungen mit Saphenastripping, das linke Bein mit Seitenastausschaltung.

Betrachten wir das *linke Bein*, sehen wir große Seitenastvarizen. Die V. saphena magna zeigt keine Klappeninsuffizienz. Durch die Phlebodynamometrie konnte geklärt werden, daß der hämodynamische Fehler nicht von der V. saphena magna, sondern vom Seitenast verursacht wurde. Eine Entfernung des Saphenastammes war also unnötig. Vielmehr trennten wir den Seitenast in Lokalanästhesie vom Stamm.

Vorteile:

1. einfache ambulante Durchführung
2. kleine, 1—2 cm große Schnitte
3. kaum OP-Belastung
4. wenig Verödungsmittel erforderlich
5. die suffizienten Klappen der V.s.m. werden nicht beschädigt
6. keine Arbeitsunfähigkeit

Das *rechte Bein* benötigt ein anderes Vorgehen, da auch der Untersuchungsbefund ein anderer ist. Der hämodynamische Fehler wurde nicht nur vom Seitenast, sondern von der V. saphena magna verursacht.

In der ersten Sitzung werden die Hauptseitenäste von der Saphena abgetrennt, anschließend verödet und die insuffizienten Perforantes geschlossen. In der zweiten Sitzung wird die V. saphena magna gestrippt.

Vorteile:

1. man braucht wenige und kleine Schnitte
 2. OP-Belastung ist geteilt, dadurch klein
 3. keine, bzw. kaum Hämatombildung
 4. Stripping ist einfacher, Lokalanästhesie ausreichend
 5. OP-Vorgang: logisch, gute Blutstillung, personalsparend
3. Die Operation beginnt mit dem Leistenschnitt. Die Äste werden aufgesucht und die Saphena bis zum Foramen ovale verfolgt und getrennt.
Danach führen wir einen kleinen Längsschnitt im Knöchelbereich durch. Die V. saphena magna wird präpariert, proximal mit 2×0 Mersilene-Faden umschlungen und distal unterbunden. Unterhalb der umschlungenen Stelle wird die Vene angeschnitten und etwas erweitert. Nun führen wir den Stripper proximal vor, bis er aus der Saphena im Leistenschnitt erscheint. Der Stripper kann durch die umschlungene Stelle ohne Blutverlust austreten, danach wird der Stripper festgeknotet. Im Knöchelbereich wird die Saphena auf dem Stripper befestigt, dann durchtrennt und der entsprechende Kopf auf den Draht geschraubt.
Durch einen kurzen Zug wird der Kopf bis ca. 10 cm proximal gezogen, so daß die distale Wunde mühelos geschlossen werden kann (mit atraumatischem AT 5×0 Ethicon-Faden).
Anschließend wird das Bein mit 8, 10, 12 cm breiten sterilen Binden gewickelt, um beim Stripping die Hämatombildung zu vermeiden.
Der Leistenschnitt wird *lege artis* bis auf eine kleine Öffnung zugenäht, so daß die V. saphena magna gerade herausgezogen werden kann.

Zusammenfassung

Die Arbeit gibt einige Modifikationen und Ratschläge, um die ambulante Varizenoperation einfacher, ungefährlicher und erfolgreicher zu machen.

Literatur

- (1) FISCHER, R.: Operative Behandlung der primären Varikosis, Indikation und Technik. *Ther. Umsch.* 26: 212—220 (1969).
- (2) HAEGER, K., O. LUNDSKOG: In MAY, R.: *Chirurgie der Bein- und Beckenvenen*. Thieme, Stuttgart 1973.
- (3) HAGMÜLLER, G., H. DENCK: Technik und Ergebnisse bei ambulanter chirurgischer Behandlung von Varizen. 5. Internationaler Kongreß für Phlebologie, Mailand 1974.
- (4) HOHLBAUM, G. G.: Die ambulante Varizenoperation. *Phlebol. u. Proktol.* 4: 198—203.
- (5) HOHLBAUM, G. G.: Sogenannte radikale Operationen und Narbenkosmetik in der Varizenchirurgie. *Phlebol. u. Proktol.* 4: 37—41 (1975).
- (6) HOHLBAUM, G. G.: Die ambulante operative Behandlung von primären und sekundären Varizen in der Praxis. Aus: *Probleme phlebologischer Therapie. Aktuelle Probleme in der Angiologie* Nr. 21. Huber, Bern 1973.
- (7) HUBER, A., D. FOGARASI, W. LUZE: Kombination von ambulanten Varizenoperationen mit Sklerosierung. *Phlebol. u. Proktol.* 6: 48—53 (1977).
- (8) HUBER, A., D. FOGARASI: Ambulante Radikaloperation von Varizen. *Wiener Med. Wochenschr.* 123: 587—589 (1973).
- (9) JÄRVINEN, P., U. AROMAA, K. ASP: Varizenchirurgie mit kurzfristiger Hospitalisation. *VASA B.* 6: Heft 2 (1977).
- (10) KILLIAN, H.: *Lokalanästhesie und Lokalanästhetika*. Thieme, Stuttgart 1973.
- (11) KRIEGER, K.: Ein Erfahrungsbericht aus der Plastischkosmetischen Venenchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Lokalanästhesie. *Med. Welt (NF)* 15: 1735—1738 (1964).

- (12) LEU, H. J.: Zur Therapie der Saphena-magna-Varikosis. Chirurgie oder Sklerosierung? Praxis 57: 491—494 (1968).
- (13) NABATOFF, R. A., D. C. C. STARK: Complete Stripping of Varicose Veins with the Patient on an Ambulatory Basis. Amer. J. Surg. N. S. 124: 634—636 (1972).
- (14) PIRNER, F.: Der variköse Symptomenkomplex. Enke, Stuttgart 1957.
- (15) PIRNER, F.: Erfahrungen mit ambulanter Durchführung von Varizenoperationen. Zbl. Chir. 91: 734—739 (1966) und Med. Welt (NF) 18: 374—377 (1967).
- (16) PRIBILLA, O.: Der Tod in der Narkose. Anästhesist 13: 340 (1964); Zitat nach Killian.
- (17) SIGG, K.: Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1968.
- (18) v. d. STRICHT, J.: Technik und Indikation der chirurgischen Behandlung von Varizen und ihre Kombination mit Verödung. Zbl. Phlebol. 5: 39—45 (1966).