

Ursache erneuter Krampfadern

Rezidivvarikose nach chirurgischen Maßnahmen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Die Chirurgie ist eine Sparte der Medizin, die dem ausübenden Arzt und dem Patienten naturgemäß einleuchtet und spontan erstaunliche Erfolge präsentieren kann, wie kaum eine andere Methode des ärztlichen Eingreifens.

Der sofortige sichtbare Erfolg ist besonders überzeugend, wenn es um die ursprüngliche Form der Chirurgie geht: Das reine Herausschneiden. Dies waren wohl in den Urzeiten dieser Kunst Fremdkörper wie in der Ilias von Homer beschrieben gegnerische Pfeile. Wichtig war dabei die Entfernung der gesamten Pfeilspitze. Nur so war die Maßnahme auf Dauer erfolgreich. Verblieben Anteile im Körper zurück, so führte das im weiteren Verlauf zu Problemen. Es folgten wohl bald das Abschneiden von Körperteilen, die von Krankheiten befallen waren. Schnitt man die betroffenen Organe weg oder heraus, so war die Krankheit auch beseitigt. Wichtig war auch hier die Entfernung im Gesunden. So bei Amputationen jeglicher Art wie zum Beispiel der Oberschenkelamputation, Blinddarmentfernung oder Cholezystektomie. Dies geschieht auf Kosten des Organs, das damit auch für immer fehlt. Das Ergebnis ist dann immer definitiv, da ein entferntes Organ nicht mehr erkranken kann.

Dieses Vorgehen ist radikal. Das Wort radikal kommt aus dem lateinischen Radix und bedeutet „mit der Wurzel“. Gelingt das Vorhaben aus irgendwelchen Gründen nicht komplett, so kommt es nahezu zwingend zu Therapieversagen, da neues Übel aus den Wurzeln wachsen kann.

Die Entwicklung der Varizenchiurgie beginnt damit, dass man die klinisch sichtbaren Krampfadern entfernt. Das postoperative Resultat war zunächst gut, aber hier nur von kurzer Dauer. Die Krampfadern kamen wieder. Nun war diese Krankheit nicht gerade lebensbedrohend und unsere Vorfahren kamen so auch nie auf die Idee, jetzt, um ja kein

Rezidiv hinnehmen zu müssen, das ganze Bein abzuschneiden.

Die Suche nach dem Grund des Wiederauftretens führte im 19. Jahrhundert zur Methode der Saphena-Magna-Teil-entfernung von Mitte des Oberschenkels nach distal durch Trendelenburg. Sein Schüler Perthes erkannte die zusätzliche Notwendigkeit der Krossektomie um wirklich bis zur bis dahin erkennbaren Wurzel des Krankheitsbildes zu gelangen. 1906 beschreibt Babcock das Stripping in der amerikanischen Literatur und gibt diesem Vorgehen bis heute seinen Namen. Die V. saphena magna ist jetzt also komplett entfernt, die überwiegende Mehrzahl der Varikosepatienten so auf Dauer heilbar.

Und doch gab es noch viele Therapieversager. Dies ist zunächst darauf zurückzuführen, dass die vor 100 Jahren gewonnene und publizierte Erkenntnis in vielen chirurgischen Schulen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts noch lange nicht in die Tat umgesetzt war. Ich selber konnte in den 25 Jahren meiner phlebochirurgischen Erfahrung nun alle Formen der möglichen Insuffizienz entweder selbst erlernen und praktizieren oder bei anderen Kollegen beobachten. Grund dafür ist sicher nicht nur die Unfähigkeit des Chirurgen, sondern eine nur zögernd fortschreitende breit verfügbare Diagnose-Technologie. Die Wurzeln oder Quellen der Varikose verstecken sich oft nur all zu gut. So war die Phlebografie mit Pressmanöver nicht überall gut durchführbar, zudem entgeht dieser Diagnostik ein Großteil von Refluxen im Bereich der Saphena magna und besonders im Saphena parva-Gebiet. Die Duplexsonografie nun macht uns alle Refluxen und dabei auch schon die Refluxquellen am Bein sichtbar. Auf der Basis der neuen Bilder, jetzt schon oft in der Hand des Chirurgen selbst, wurde die Operation immer radikaler, das heißt die Wurzeln der Varikose immer besser erreicht. Grundsätzlich kann man sagen, dass heute praktisch jede Wurzel einer Varize, die am Bein aus dem tiefen Venensystem kommend ausgemacht wird auch chirurgisch erreicht werden kann.

Wir sind hier also radikal. Die Ergebnisse sind auch schon wesentlich besser als vor 10 Jahren.

Und doch gibt uns diese Krankheit noch Rätsel auf. Einige Monate meist erst einige Jahre nach der Operation erscheinen bei bis zu 20 % der Patienten mehr oder weniger große, selten medizinisch bedeutsame Rezidive. Diese zunächst hohe „Versagerquote“ lässt aber auch folgende Interpretation zu: 20 % Rezidiv bedeutet gleichzeitig 80 %

ohne Rezidiv, also geheilt. Wenn 80 % geheilt bleiben, so bedeutet dies, dass wir es bei den 80% schon richtig machen. Anders ausgedrückt: Es gibt Varizen, die wir zu 100% auf Dauer mit der Operation beseitigen! Die Methode ist also passend und effektiv für diese Fälle. Auch kann ich darin erkennen, dass die Varikose kein schicksalhafter Krankheitsbild ist - kein veranlagtes unheilbares Leiden des Venensystems.

Bei den anderen 20 % operieren wir genau so gut, auf die gleiche Weise. Es gibt doch keinen Chirurgen, der 20% seiner Patienten anders operiert, um dann schlechte Ergebnisse zu haben.

Wenn also das gleiche Vorgehen nicht zum gleichen Erfolg führt, muss irgendwo ein Unterschied bestehen. Bei den noch verbliebenen 20 % Rezidiven muss es sich also um eine andere Art oder eine andere Form der Varikose handeln. Anders ausgedrückt. Es gibt eine Varikoseform, bei der wir 100% Rezidive haben. Wir sehen Rezidive, wenn auch wesentlich weniger, wie die Kollegen vor 100 Jahren, die nur die Varize am Unterschenkel entfernt hatten. Sie konnten die eigentliche Wurzel nicht erkennen. Genau so muss es auch bei uns sein.

Wir schauen nur ans Bein und können deshalb auch nur an das Bein denken wie unsere Vorfahren nur an den Unterschenkel geschaut und nur den Unterschenkel gedacht hatten. Dabei ist die Wurzel des Übels in unseren Rezidivfällen noch eine Etage höher, nämlich im Becken.

9 Jahre beschäftige ich mich schon mit Varizen, deren Anfangsabschnitte wir nie erreichen, wenn wir am Bein operieren. Wohl können wir auch hier die Varikose am Bein sehen, auch duplexsonografisch Refluxes dort nachweisen, jedoch gibt es Unterschiede, die uns Untersuchern alle bekannt sind - und doch haben wir für so unterschiedliche Krankheitsbilder nur eine Form der Therapie. So sehen wir Magnarefluxes bei Valsalva und solche, die sich nur bei Dekompressionsmanövern im Stehen zeigen.

Es gibt viele inkomplette Refluxes im Magnagebiet, bei denen uns eine Darstellung der Verbindung zum tiefen Venensystem des Beines nicht gelingt. Irgendwo kommt aber das Blut her. Diese Krampfader beginnt eben im Unterleib.

Meine erste Studie auf diesem Gebiet ergab, dass dies ca. 25 % meiner weiblichen Patienten betrifft. Dies ist eine hohe Zahl und zumindest auffallend ähnlich der Zahl der von uns beobachteter Rezidive.

Ich konnte später bei Frauen und Männern gefäßerweiternde Sexualhormon-Erhöhen im Krampfaderblut nachweisen; zunächst bei Frauen mit Schmerzen am Krampfaderbein während der Periode Östrogenerhöhungen von bis zu 800 % und dann auch in einer Studie an 100 männlichen Varizenpatienten im letzten Jahr bei 78 % Testosteronerhöhungen im Vergleich zum Armvenenblut.

Die Erhöhung betrug durchschnittlich 294 %. Der Maximalwert war 2970 % Erhöhung. Diese hohen Hormonwerte können nur dadurch bedingt sein, dass Blut aus den Genitalorganen-Ovar, respektive Hoden-retrograd in Venen, die hier also Varizen sind, zum Bein strömt. Diese bei der klassischen Varizenoperation am Bein nie entfernten Krampfaderabschnitte finden bisher nahezu keine Beachtung in der phlebologischen Literatur.

Dies wohl, weil die phlebologische Lehre dieses Gebiet kaum vermittelt und wir mit unseren derzeit in unseren Praxen verwendeten technischen Darstellungsmitteln hier auch nicht weiterkommen. In einzelnen Arbeitsgruppen schon lange bekannt und technisch gut durchführbar sind Untersuchungen und Therapien von insuffizienten Ästen der V. ovarica und Ästen der V. iliaca interna mittels transvaginaler Duplexuntersuchung, katheterphlebografischer Abklärung und interventionell-radiologischen Obliterationen solcher varizenspeisenden Beckenvenen. Es gibt also heute schon Wege, die Wurzeln dieser allgemein übersehenen Varikoseform darzustellen und zu behandeln.

Der Grund für das Rezidiv ist, dass wir

Ungleiches gleich behandeln.

Meine Damen und Herren,

die Langzeitergebnisse nach Varizenchirurgie wurden auf der Basis besserer Darstellbarkeit der Refluxquellen und somit zunehmender Radikalität im Laufe der letzten 20 Jahre wesentlich verbessert. Trotz dieser Radikalität ist der Eingriff durch gleichzeitige Verfeinerung der minimal-invasiven Operationstechnik heute auch schonender geworden. Mit dem heutigen Verständnis, der Diagnostik und Operationsmethode ist die Phlebo-Chirurgie also schon weit gekommen. Ca 80% varizenfreie Beine 5 Jahre nach einer Operation sind Erfolge, die andere Sparten der Medizin sich nicht einmal zu träumen getrauen.

Die Chirurgie ist die einzige Disziplin der Phlebologie, die es ermöglicht, die veränderte Vene mit den eigenen Sinnen zu betrachten, zu fühlen, somit zu empfinden. Nur bei der Operation wird die Varize entfernt und nur der Operateur kann sicher sein, getan zu haben, was er mit seinen eigenen Händen vollzogen hat. Zweifel bei Mißerfolgen treffen somit den Chirurgen auch mehr und spornen ihn damit auch mehr zum Nachdenken darüber an, als einen Arzt, der sich auf ein indirektes System der physikalischen oder chemischen Zerstörung verlassen muss.

Das Rezidiv ist vorhersehbar, wenn der Refluxbeginn nicht eliminiert werden kann, die Operation also nicht radikal war. Auch heute noch sind es also die immer noch nicht komplett entfernten Wurzeln der Varikose - hier eben aus dem Venengeflecht des Beckens, die den Mythos der Schicksalhaftigkeit dieses Krankheitsbildes aufrecht erhalten.

Die Phlebo-Chirurgie ist zu Recht das Mittel der Wahl bei entsprechender Ausprägung und Form der Varikose. Ursache für ein Rezidiv ist nicht das Prinzip der Operation oder eine falsche Technik dabei, sondern die Tatsache, dass wir Ungleiches mit den gleichen Mittel behandeln.

Grund dafür ist unsere Blindheit für den Unterschied und für die Dimension oberhalb der Leistenbeuge. Die Blindheit für den Unterschied und für diese Region aber zeichnet nicht speziell den traditionell als Nichtwisser bekannten Chirurgen aus, sie ist derzeit allgemeiner phlebologischer Standard.

Das Rezidiv nach einer Varizenoperation ist also nicht Schicksal oder Argument gegen die Chirurgie an sich, sondern Hinweis auf die bisherige Unfähigkeit von uns Phlebologen aber auch eine Chance zur Vervollkommnung.

Erster Schritt muss sein, dass wir die erkennbaren Unterschiede zwischen Varikose des Beines und der von weiter oben kommenden Varikose sicher unterscheiden lernen. Wenn wir dann auch noch das therapeutische Defizit in der Zukunft beseitigen können, sei es nun auf chirurgischer oder obliterativer Basis, so könnten wir etwas erreichen, was immer unser Ziel sein sollte und uns ja schon in der überwiegenden Zahl der Fälle gelingt.

Die endgültige Heilung dessen, was seit Menschengedenken - und für mich unverständlich auch heute noch - als unheilbares Leiden gilt. Soweit zu kommen, ist ein scheinbar schwer erreichbares Ziel, jedoch in greifbarer Nähe und auf jeden Fall erstrebenswert.

Zur Frage der bezahlbaren Varizentherapie:

Die Chirurgie ist eine teure Maßnahme. Wenn sie jedoch in einer Sitzung radikal, dabei schonend, und auf Dauer das Problem beseitigt, so wird sie für den Patienten und Kostenträger immer eine attraktive Alternative zu einer anderen Form der Behandlung sein, die vielleicht in der Einzelanwendung weniger Geld kostet, aber ein „Immerwieder“ als Grundkonzept hat.

Ich möchte an dieser Stelle nicht vergessen zu erwähnen, dass die Chirurgie also das Entfernen eines Organs immer der brutalste und grausamste Weg der Eliminierung einer ungeliebten Veränderung ist. Hier also die Todesstrafe für die veränderte Vene bedeutet. Es gibt eine andere Lösung des Problems.

Das Sitzen auf dem Stuhl ist die Ursache der Veränderung von Vene zu Varikose. Die Varikose ist vermeidbar.

Dazu mehr in meinem Vortrag über die Ätiologie der Varikose.

3/2006

Nachtrag 8/2007

In Venen herrschen hohe wechselnde Drucke bei Bewegung und Muskelspannung. Muskelfehlsynchronisationen bewirken wohl den Reiz zur Krampfaderbildung beim Stuhlsitzer. Siehe dazu auch: Wesen der Krampfader.

„Das Blut sucht sich einen neuen Weg.“

Blut kann nicht suchen – Blut bewegt sich nicht selbst – Blut wird bepresst, geschoben, gedrückt.

Wohin immer es gedrückt wird.