Gezielt minimalinvasiv, mit Kompression und Medikamenten behandeln

Die venöse Insuffizienz bereits im frühen Stadium ernstnehmen

BASEL – Die Behandlung der venösen Insuffizienz, die häufig erst im fortgeschrittenen Stadium erfolgt, ist aufwändig, teuer und nicht selten frustran – und frustrierend. Daher sollte alles darangesetzt werden, dass eine frühzeitige Diagnostik und ein adäquates Management erfolgen. Die Angst vor dem Kompressionsstrumpf oder Operationen darf nicht länger den rechtzeitigen Arztbesuch verhindern. Am Roundtable «Venenprobleme» der Medical Tribune beteiligten sich PD Dr. Dominik Heim, Klinik Hohmad, Thun, Dr. Johann Chris Ragg, angioclinic Venenzentrum, Zürich, und PD Dr. Torsten Willenberg, Berner VenenZentrum AG, Bern.

Roundtable

? Welche epidemiologischen Daten gibt es zur venösen Insuffizienz, und existieren solche Daten für die Schweiz?

Dr. Heim: Ich möchte auf die berühmte Basler Venenstudie von 1978 hinweisen, denn diese Daten von über 4000 Berufstätigen haben immer noch Gültigkeit. 12 % wiesen eine klinisch relevante Varikose auf, bei 3 % resp. 1 % lag eine Varikose mit schwerer venöser Insuffizienz resp. ein Ulcus cruris vor.

Dr. Willenberg: Das war de facto die erste grössere Studie, wobei die Prävalenz inzwischen etwas zugenommen hat, was angesichts der demographischen Entwicklung nicht erstaunt. Neuere Daten lieferten die Bonner Venenstudie (2003) oder die Edinburgh Vein Study (1999).

Dr. Ragg: Die Bonner Venenstudie (2003) lieferte die bisher umfassendsten Daten, aber selbst diese sind veraltet: Mit den heutigen Ultraschall-Geräten sehen wir bedeutend mehr als damals, nämlich die individuelle Entstehung der Erkrankung. Zum Beispiel, dass schon bei 35 % der Kinder Venenklappenfehler bestehen, möglicherweise eine Keimzelle für spätere Probleme. Hinzu kommen zunehmende Druck- und Staseschäden. Es benötigen also viel mehr Menschen unsere Aufmerksamkeit als ursprünglich angenommen.

Dr. Willenberg: Etwa bei einem Viertel der Erwachsenen findet man eine Varikose, und bei 5 % besteht eine CVI mit bereits relevanten Hautveränderungen. Man kann also von einer Volkserkrankung sprechen.

Die ersten Stadien von Venenleiden sind reversibel

? Welche sozioökonomischen Folgen resultieren daraus?

Dr. Heim: Etwa 1 % der Bevölkerung hat ein offenes Bein, und das hat erhebliche sozioökonomische Konsequenzen, angefangen vom Verbandsmaterial bis hin zur SPITEX-Betreuung.

Dr. Willenberg: Diese Patienten haben ein chronisches Leiden, welches langfristig und mit grossem Aufwand betreut werden muss.

Dr. Ragg: Diese sozioökonomischen Aspekte hängen auch von uns ab. Denn jedes Spätstadium durchläuft alle Frühstadien. Letztlich sehen wir uns hier mit Unterlassungssünden der vergangenen 30 Jahre konfrontiert. Daher muss unser Augenmerk künftig mehr den Frühstadien gelten.

Dr. Willenberg: Das kann ich voll und ganz unterstützen.

? Wie beeinflusst das die Lebensqualität?

Dr. Heim: Ganz enorm, denn solche Ulcera sind sehr schmerzhaft.

? Wie werden Venenleiden klassifiziert? Und welche Kriterien werden dabei berücksichtigt?

Dr. Heim: Wir beziehen uns auf die CEAP-Klassifikation als internationalen Standard, und unterscheiden verschiedene CVI-Formen

PD Dr. Dominik Heim
Klinik Hohmad, Thun
Foto: zVg

Dr. Johann Chris Ragg
angioclinic Venenzentrum, Zürich
Foto: zVg

PD Dr. Torsten Willenberg
Berner VenenZentrum AG, Bern
Foto: zVg

nach klinischen (C), ätiologischen (E), anatomischen (A) und pathophysiologischen (P) Kriterien. Die klinische Zuordnung reicht von C0 («nichts») bis C6, was einem offenen Bein entspricht.

Dr. Ragg: CEAP datiert aus 1994 und 2004 und unterstellt einen grundsätzlich chronischen Verlauf. Die modernen Erkenntnisse zu den klinischen, ätiologischen, und pathophysiologischen Aspekten fehlen! Wichtigste Botschaft: Die Erkrankung beginnt zwei bis vier Jahrzehnte früher als sie von CEAP erfasst wird, und sie ist am Anfang sehr wahrscheinlich heilbar. Ein Update ist überfällig.

? Welche Symptome sind für Patienten so belastend, dass sie den Hausarzt aufsuchen?

Dr. Willenberg: Viele Patienten kommen mit müden, schweren, geschwollenen Beinen, doch bei anderen fehlen diese Symptome. Diese kommen dann erst, wenn Varizen oder Hautverfärbungen auftreten. Wir sollten also ein Auge haben auf Risikokandidaten, welche keine Symptome haben und doch massive Probleme bekommen können.

Dr. Heim: Ich sehe hier auch Unterschiede zwischen der Land- und Stadtbevölkerung, wobei sich Letztere häufig erst mit C4-C6-Stadien vorstellen.

Dr. Ragg: Ein grosser Teil der Patienten kommt mit Beinbeschwerden, und es ist eine differentialdiagnostische Herausforderung, diese richtig zuzuordnen. Geht der Verdacht in Richtung Venen, ist ein qualifizierter Ultraschall indiziert, bei Thromboseverdacht noch am gleichen Tag. Bei Venenschwäche sollte ein Experte eine Strategie vorgeben, bevor durch Pauschalverordnungen vielleicht die heilende Massnahme unnötig verzögert wird.

? Woran liegt es, dass Venenprobleme häufig erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert und behandelt werden?

Dr. Ragg: Meine primäre Empfehlung wäre, dass den Hausärzten attraktive Fortbildungsformate offeriert werden – kurz und knackig – damit sie immer up-to-date sind. Die Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie ist hierfür eine gute Adresse.

Dr. Heim: Danke für das Stichwort: Zum Thema hat die Schweizerische Ärztezeitung aktuell eine lesenswerte Arbeit publiziert: Abklärung und Therapie der Varikose.*

Dr. Ragg: Künftig muss sich vor allem die Einschätzung von Venenleiden als obligat chronisch ändern. Denn die ersten Stadien sind absolut reversibel, was sich noch viel zu wenig herumgesprochen hat.

Dr. Willenberg: Heute kann der Venenspezialist mit sehr einfachen Mitteln eine Venenerkrankung nachweisen. Und im Frühstadium bieten sich oft moderne minimalinvasive Technologien an, um Probleme zu beheben. Im Prinzip also weg vom palliativen und hin zum kurativen Ansatz.

? Wann sollte der Grundversorger zum Spezialisten überweisen?

Dr. Ragg: Grundsätzlich lieber früher als später! Aus meiner Sicht schon beim Verdacht, nicht erst bei der Manifestation. Venenprobleme bedürfen der engen Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten.

Dr. Heim: Zuerst muss man dem Patienten, der Probleme mit den Beinen hat, zuhören und sich ein Bild machen – so viel Zeit muss sein. Müssen Venenprobleme angenommen werden, sollte man den Spezialisten für die Diagnostik hinzuziehen.

Dr. Willenberg: Wenn man Hautveränderungen an den unteren Extremitäten erkennt, ist die weitere Abklärung unbedingt zu empfehlen.

Es braucht eine enge Korrelation zwischen Hausärzten und Spezialisten

? Welche Ursachen und Risikofaktoren sind bekannt?

Dr. Ragg: Untersuchungen mit hochauflösendem Ultraschall ergaben eine beachtliche Rate angeborener Venenklappenschäden. Einige führen erst im Erwachsenenalter zu Venenproblemen, doch bei anderen kommt es bereits im Teenageralter zu sichtbaren Varizen. Jahre später treten Druckschädigungen auf, die sich auf weitere Klappen ausbreiten. Den Effekt von Kompressionsstrümpfen auf Druckschädigungen können wir heute im Ultraschall sichtbar machen und dieses Hilfsmittel kontrollierter als bisher einsetzen, statt es pauschal zu verordnen. Noch später im Verlauf erkennen wir Anlagerung von Blutbestandteilen an Venenklappen, was zu entzündlichen Prozessen und Klappenzerstörung führt. Das korreliert eindeutig mit fehlender Bewegung und langem Sitzen oder Stehen. Je früher man diese pathologischen Prozesse in den Venen entlarvt, desto besser sind die Chancen einer kausalen Therapie.

Dr. Heim: Wir dürfen den genetischen Aspekt der Bindegewebsschwäche nicht ausser Acht lassen. Daher ist die Familienanamnese von grossem Interesse.

Dr. Ragg: Richtig, allerdings beruhen diesbezügliche Erkenntnisse auf Venenproben der CVI in Spätstadien, da in frühen Stadien eine Probenentnahme nicht vertretbar ist.

Dr. Willenberg: Auf diesem Gebiet können wir noch wirklich neue Erkenntnisse erwarten. Auch bezüglich medizinisch relevanter resp. nicht signifikanter Venenprobleme. Nicht wenige Patienten erreichen trotz familiärer Belastung ein hohes Alter ohne nennenswerte venöse Beschwerden.

Prophylaxe und Therapie von COPD-Exazerbationen

Mit Phytotherapie den Behandlungserfolg verbessern

ZÜRICH – COPD-Exazerbationen erhöhen die Morbidität und die Mortalität. Zudem führen sie zu vermehrten Hospitalisationen. Wie Exazerbationen heute korrekt behandelt werden und welche Rolle die Phytotherapie spielt, erläuterte Professor Dr. Michael Tamm, Chefarzt Pneumologie am Universitätsspital Basel, am Forum für medizinische Fortbildung*.

Bei der COPD bestimmen Einsekundenkapazität (FEV_1), das Ausmass der Atemnot und die Häufigkeit von Exazerbationen die Therapie. «Eine wichtige allgemeine Massnahme ist die Rauchentwöhnung», betonte Prof. Tamm. «Denn der Rauchstopp ist die einzige Massnahme, die auch den Abfall der Lungenfunktion über die Jahre bremsen kann.» Auch Training – dreimal wöchentlich 20 bis 30 Minuten Ausdauer-/Krafttraining – hilft. «COPD-Patienten sollten zudem eine Pneumokokken- und Influenza-Impfung erhalten und ihre Begleiterkrankungen sollten stets mitbehandelt werden», so der Experte.

Die medikamentöse Basisbehandlung besteht aus inhalativen Bronchodilatatoren und gelegentlich auch aus inhalativen Steroiden. Bei schwerer, fortgeschrittener COPD und einer Hypoxämie brauchen die Patienten zudem Langzeit-Sauerstoff über 16 Stunden, bei sehr schwerer Erkrankung eine BIPAP-Ventilation. In schweren Einzelfällen kann zudem einmal auch eine Lungentransplantation und bei sehr starker Überblähung eine Lungenvolumenreduktion sinnvoll sein.

Exazerbationen erfordern Änderung der Medikation

«Exazerbationen machen bei der COPD immer eine Änderung der Medikation erforderlich», erklärte der Experte. Sind sie nur leicht ausgeprägt, genügt in der Regel eine Erhöhung der inhalativen Therapie. Bei moderaten Exazerbationen kommen orale Steroide und/oder Antibiotika in Einsatz. «Glukokortikoide werden heute deutlich kürzer gegeben als noch vor Jahren», betonte Prof. Tamm. Wie Studien gezeigt haben, genügt die Gabe von 40 mg Prednison über fünf Tage. Eine längere Einnahme bringt keinen Zusatznutzen. «Antibiotika kommen nur bei schweren Exazerbationen zum Einsatz, wenn sich alle drei ‹klassischen› Symptome – Husten, Atemnot, Auswurf – akut verschlechtert haben und/oder das CRP respektive das Procalcitonin erhöht ist», erklärte der Experte. Weil inhalative Steroide das Risiko für Pneumonien steigern, sollten sie nur niedrig dosiert werden. Eine Tripel-Therapie, bestehend aus LABA + LAMA + ICS (langwirksamer Beta-2-Agonist + langwirksames Anticholinergikum + inhalatives Steroid) ist nur bei rezidivierenden Exazerbationen oder bei erhöhter Eosinophilie indiziert. «Bei allen anderen genügt eine duale Bronchodilatation», betonte der Pneumologe. In Einzelfällen werden Exazerbationen heute ausser mit den klassischen Inhalativa – Anticholinergika, Beta-2-Agonisten und Steroide – auch mit Makroliden, PDE-4-Inhibitoren oder N-Acetylcystein behandelt.

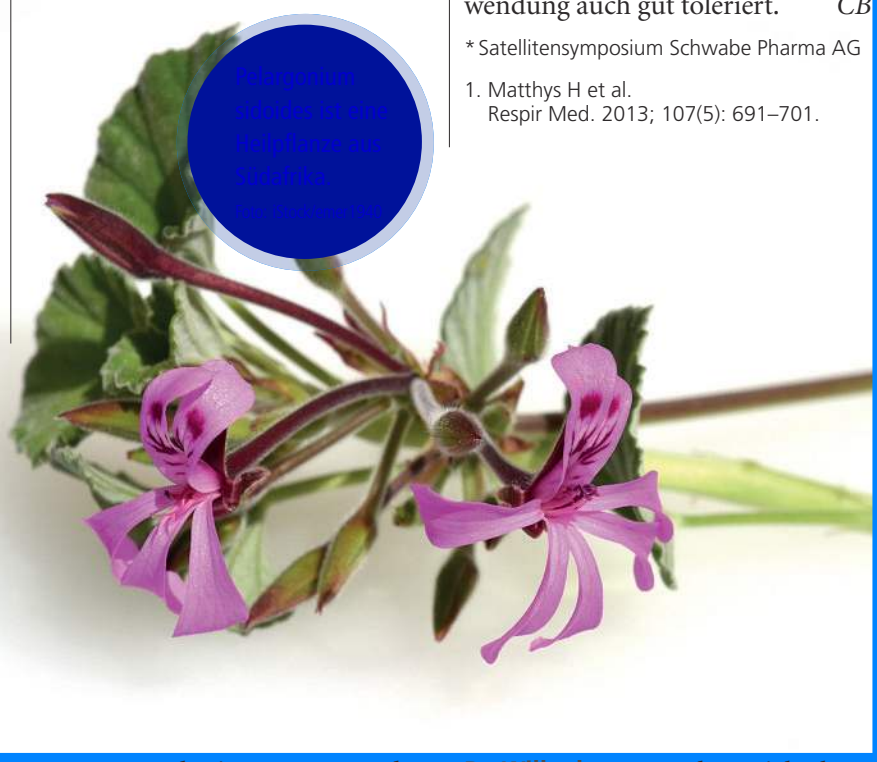
Add-on mit Pelargonium bringt Zusatznutzen

In den letzten Jahren hat die Phytotherapie als Add-on zu einer Standardbehandlung in der Behandlung von Exazerbationen an Bedeutung gewonnen. Eine multizentrische doppelblinde, placebokontrollierte Studie[1] mit 200 COPD-Patienten, die häufig Exazerbationen hatten, konnte für den flüssigen Spezialextrakt aus Pelargonium-sidoides-Wurzeln, EPS 7630 (Kaloba®), einen Zusatznutzen nachweisen. Die eingeschlossenen Patienten erhielten täglich 3 × 30 Tropfen Pelargonium-Lösung oder Placebo.

«Nach 24 Wochen dauerte es bei den Studienteilnehmern, die als Add-on EPS 7630 bekommen hatten, deutlich länger, bis sie wieder eine Exazerbation hatten als in der Placebo-Gruppe», führte Prof. Tamm aus. Ausserdem zeigte die Studie: Mit dem Pelargonium-Extrakt hatten die Patienten auch insgesamt weniger Exazerbationen und mussten weniger Antibiotika einnehmen. Die Patienten mit mittelgradiger und schwerer COPD hatten das Phytotherapeutikum in der Langzeitanwendung auch gut toleriert. *CB*

* Satellitensymposium Schwabe Pharma AG

1. Matthys H et al. Respir Med. 2013; 107(5): 691–701.



? Welche Risikofaktoren spielen eine Rolle?

Dr. Ragg: Personen, die viel sitzen und stehen, sind eher betroffen. Zunehmend sehen wir aber auch die punktuelle Venenüberlastung, beispielsweise durch Workouts im Fitness-Studio, als Risiko. Früher sah man das nur bei Menschen, die körperlich schwere Arbeit verrichteten. Allerdings bleibt der Mangel an häufiger Gehbewegung der grösste Feind der Venengesundheit.

Dr. Heim: …und die Adipositas dürfen wir nicht vergessen.

Dr. Ragg: Die Adipositas ist assoziiert mit Bewegungsmangel, aber nicht primär kausal.

Dr. Willenberg: Anders als für Thrombosen spielen Rauchen und andere klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren für die primäre Varikose keine Rolle. Auch gibt es keine gute Evidenz für irgendwelche sonstigen Verhaltensmassnahmen.

? Kompressionsstrümpfe sind für viele Patienten ein «rotes Tuch». Was können sie leisten, wann sind diese unverzichtbar und welche Alternativen können Sie anbieten?

Dr. Willenberg: Obwohl es sich um eine weitverbreitetete Therapie handelt, gibt es wenige klar belegte Indikationen. Zu empfehlen ist die Kompression beim Ulcus cruris, bei Hautveränderungen oder bei einer symptomatischen Varikose. Einen prophylaktischen Effekt kann man aber nicht erwarten; das heisst, dass die Kompression nicht vor dem Auftreten von Krampfadern schützt.

Die meisten Venentonika werden zu Recht als Ödemprotektiva bezeichnet

Dr. Heim: Problematisch ist bereits das Anziehen solcher Strümpfe. Doch es gibt patientenfreundliche Alternativen: die Wraps oder Velcro-Bandagen werden in der phlebologischen Szene als Revolution in der Kompression angesehen. Sie werden nicht angezogen, sondern angelegt.

Dr. Ragg: In der Schweiz haben wir eine herausragende Industrie für Kompressionsstrümpfe. Es muss nur das richtige Produkt die richtigen Empfänger erreichen. Man kann Strümpfe übrigens durchlässig machen für Ultraschall, und so den Patienten demonstrieren, was ein Kompressionsstrumpf bewirkt – also eine spannende Compliance-fördernde Massnahme. Den Vorsorgenutzen wird man in wenigen Jahren beweisen können.

? Kann man ein spezifisches Venentraining empfehlen?

Dr. Willenberg: Das empfehle ich regelmässig, denn es implementiert eine gesunde Lebensweise. Wir wissen aber nicht, ob sich dadurch die Venenfunktion tatsächlich stabilisiert, die diesbezügliche Evidenz fehlt.

? Gibt es weitere nichtmedikamentöse Massnahmen?

Dr. Heim: Ich denke dabei an die maschinelle intermittierende Kompression (intermittent pneumatic compression), die einen sehr guten Effekt haben soll.

? Was können topische Therapien bewirken, und welche Venenprobleme können erfolgversprechend lokal therapiert werden?

Dr. Willenberg: Diese Heparin-basierten Salben wirken rein symptomatisch und pflegend. Ich empfehle sie den Patienten, wenn sie einen Effekt spüren. Möglicherweise wirken sie auch leicht antientzündlich. Andererseits können auch kühlende Umschläge helfen.

? Welche systemischen Therapien bieten sich bei Krampfaderleiden an und was können Weinlaub, Rosskastanie und Co. leisten?

Dr. Ragg: Medikamente können keine kranken Venenklappen heilen. Hausärzte sollten, anstatt auf Verdacht Venentonika zu verordnen, die Patienten zunächst zur qualifizierten Ultraschall-Abklärung schicken.

Dr. Heim: Wenn jemand mit eher unspezifischen Beschwerden in die Praxis kommt, kann man ohne weiteres ein Venentonikum einsetzen. Wenn er nach einem Monat über einen zufriedenstellenden Effekt berichtet, fährt man mit der Therapie fort. Ansonsten sind weitere Abklärungen am Platz.

Früher haben wir über Rotweinlaub- und Rosskastanien-Präparate gelacht, doch mittlerweile ist uns das Lachen vergangen. Diese Präparate haben sich als erste Therapiestufe bewährt, gefolgt von Präparaten wie Diosmin (Daflon®). Auch an den Venenkongressen werden die Venentonika als Option thematisiert.

Medikamente können keine kranken Venenklappen heilen

Dr. Ragg: Die meisten Venentonika werden zu Recht auch als Ödemprotektiva bezeichnet. Der abdichtende Effekt an kleinen Gefässen reduziert die Ödembildung. Das erklärt die Symptomlinderung. Diosmin könnte bei frühen Staseschäden sehr günstig wirken. Ansonsten handelt es sich nur um ein Add-on.

? In welche Situationen empfehlen Sie Daflon® und welche Erfahrungen konnten sie mit dieser Flavonoidtherapie machen?

Dr. Heim: Daflon® wird gerne nach minimalinvasiven Venen-Eingriffen verwendet – beispielsweise nach einer Besenreiser-Therapie.

Dr. Willenberg: Das kann ich absolut unterstützen. Solche Präparate ersetzen aber nicht die Diagnostik, sie ändern nichts an der defekten Klappe, aber sie repräsentieren ein teilweise wirkungsvolles Adjuvans. In Studien konnten die antientzündlichen und antiödematösen Effekte gezeigt werden.

? Daflon® wird auch in der Proktologie mit Erfolg eingesetzt, wie sind ihre diesbezüglichen Erfahrungen?

Dr. Heim: Ja, ich gebe das nach jeder operativen Therapie zur Reduktion der Schwellung.

Dr. Willenberg: Ich beobachte mit Interesse, dass Patienten davon berichten, dass sie bei Hämorrhoidalbeschwerden von Daflon® deutlich profitieren.

? Was ist Ihre Take-Home-Message für die Hausärzte?

Dr. Heim: Für mich ist es ganz einfach: zuhören, schauen und dann individuell entscheiden.

Dr. Willenberg: Nicht zögern, den Spezialisten zu fragen, denn er kann nichtinvasive, unkomplizierte Untersuchungen anbieten, welche die Pathologie zuverlässig erfassen.

Dr. Ragg: Richtig. Rechtzeitig den Spezialisten hinzuziehen. Klares Ziel: Venen früh heilen statt spät operieren. *Dr. Renate Weber*

* DOI: https://doi.org/10.4414/saez.2020.18903