

Venenklappentherapie ersetzt Venentherapie

Autor: J. C. Ragg, O. R. Despa, Kreis S, Kobilke T, U. Brüggemann, V. Volkovaia, S. El-Chamali, K. Stoyanova-Videv

angioclinic® Venenzentren, Berlin, Deutschland

1. Einleitung

Die venöse Insuffizienz (VI) ist eine häufig ignorierte Erkrankung. Es wird angenommen, dass sie 1.) hauptsächlich genetisch bedingt ist, 2) es keine Möglichkeit gibt, sie zu verhindern, und 3) eine invasive Therapie so lange wie möglich hinausgezögert werden sollte, da sie keine endgültige Heilung bedeutet. Infolge verspäteter Fürsorge kommt es zur Auseinandersetzung mit Spätstadien, die wirklich irreversible Elemente aufweisen. Ein besseres Verständnis von Frühstadien könnte effektivere Strategien begründen.

2. Material & Methoden

In fortgeführten Untersuchungen mit hochfrequentem Ultraschall (HF-U, 16 - 32 MHz) an mehr als 20.000 Venenklappen in unterschiedlichen Altersgruppen (Fokus: Epifasziales System) konnten drei verschiedene Mechanismen der VI differenziert werden.

3. Ergebnisse

Die frühesten nachweisbaren Klappenläsionen wurden bei 47,8% 6 bis 8-jähriger Kinder gefunden (Stand 4/2019, n = 31), mit Bevorzugung der VSM am Unterschenkel. Sie bilden ein primäres Verteilungsmuster. Die Läsionen wachsen im Jugendalter, nachweisbar in longitudinaler Verfolgung und besser noch in der Formenanalyse. Eine Reparatur wäre die einzige ursachenbezogene Therapie. Zweitens findet sich eine druckvermittelte Dekompensation von Venenklappen, in aller Regel erst nach dem 20. Lebensjahr, mit Bevorzugung der terminalen VSM - Klappen und medialer Perforansvenen. Die interne Kompression durch perivenöse Filler scheint eine passende Option zu sein. Die dritte Komponente ist eine stasebedingte, langfristige Klappendegeneration, die auf Maßnahmen wie körperliche Betätigung, Kompressionsstrümpfe und bestimmte Medikamente (untersucht: Daflon 500) reagiert. Dieser Modus zeigt sechs sukzessiven Stadien, von der frühen hämodynamischen Störung (typisch: 14.- 30. Lj.) bis zum Verlust der Klappenstrukturen (typisch: 40.- 80. Lj.). Als charakteristischer Marker gelten "bewegungsresistente Aggregate", sie ermöglichen eine Kontrolle vorbeugender Maßnahmen.

4. Schlussfolgerung

Die Ultraschallanalyse mit modernen Systemen erlaubt in Frühstadien eine eindeutige Typisierung von drohenden und bestehenden Klappenläsionen mit der ebenso eindeutigen Konsequenz, dass einige Läsionen primär repariert werden sollten und andere eine beweisbasierte Prävention verdienen. Gelänge es, die Funktion von Venenklappen zuverlässig zu bewahren oder wiederherzustellen, wäre eine künftige Neuausrichtung von Diagnostik und Therapie erforderlich.

5. Literatur

Ragg JC. Diagnosis of and Therapy for Vein Insufficiency in Children. J Vasc Surg - VL 2019, 7(2), 305 – 306

Ragg JC et al. Ultrasound Proof of Pre-Reflux Stages of Venous Insufficiency. JVascSurg - VL 2017 5(1), 152