

# Chronische Venenstauung / postthrombotisches Syndrom – wann welche Therapie ?

**Dr. med. Gerhard Tepohl**  
Internist – Angiologie / Phlebologie  
Gefäßzentrum Münchner Freiheit

Die chronische Venenstauung – mit dem Ergebnis einer venösen Hypertonie – kann verschiedene Ursachen haben, wobei die klinische Bedeutung naturgemäß von dem Ausmaß und der Dauer der zu Grunde liegenden Störung abhängt.

Häufig findet sich als Ursache eine **primäre Varikosis**, die wiederum verschiedene Erscheinungsformen aufweisen kann. Während die intrakutan gelegenen Besenreiser sowie die mehr subkutan verlaufenden retikulären Venen funktionell so gut wie keine Bedeutung haben – und in der Regel auch nicht ein Vorstadium einer sich langsam entwickelnden relevanten Varikosis sind –, können die primäre Stammvarikosis der Vena saphena magna oder parva oder auch sehr ausgeprägte Nebenastvarizen zu erheblichen Stauungen führen.

Zwar kann auch schon bei jungen Leuten gelegentlich eine sehr ausgeprägte primäre Magna-varikosis vorliegen, häufiger ist aber die eher langsame Zunahme der Varizen und der damit verbundenen Stauung. Entscheidend ist dabei unter anderem, ob es sich um eine komplette oder um eine sogenannte inkomplette Stammvarikosis handelt, wobei sich bei der erstgenannten Form eine eindeutige Insuffizienz und häufig auch schon eine Erweiterung der Mündungsregion bzw. der Mündungsklappe der entsprechenden Stammvene findet.

Bei der inkompletten Magnavarikosis besteht noch eine suffiziente Mündungsklappe in der Leiste, und erst weiter distal ist dann ein deutlicher Reflux nachweisbar. Naturgemäß ist die resultierende venöse Stauung bei der letztgenannten Form geringer als bei bereits vorliegender ausgedehnter Klappenstörung im Bereich der Magnamündung.

Sinngemäß gilt das gleiche auch für das Parvaströmgebiet, wenngleich das Ausmaß einer chronischen Venenstauung in diesem Bereich meistens - aber nicht immer! – geringer ausgeprägt ist.

Bei einer sogenannten Nebenastvarikosis, die sowohl mit einer Stammvarikosis der Magna oder Parva kombiniert sein oder auch isoliert auftreten kann, imponiert das klinische Bild häufig ausgeprägter als die effektive funktionelle Störung. Die häufigste Ursache einer Nebenastvarikosis am Oberschenkel ist eine Insuffizienz der Vena semicircularia (accessoria) medialis oder lateralis.

Bei dem **postthrombotischen Syndrom** (PTS) handelt es sich um den Folgezustand einer früher mal abgelaufenen, nicht erkannten - und deshalb auch nicht behandelten - oder einer nicht ausreichend oder nicht erfolgreich therapierten tiefen Beinvenenthrombose.

Ausschließlich auf den Unterschenkel beschränkte tiefe Venenthrombosen treten vermutlich viel häufiger auf, als sie tatsächlich diagnostiziert werden, denn zum einen sind

dabei ja so gut wie nie alle drei Unterschenkelvenenpaare betroffen – und die Stauung und das Beschwerdebild dadurch relativ gering -, und zum anderen sind sie sicher häufig auch selbstlimitierend, und es kommt dadurch auch ohne Therapie oft nicht zu einer zum Oberschenkel aufsteigenden Gerinnselbildung in den tiefen Leitvenen.

Als Ursache für die chronische Venenstauung beim PTS gibt es die Möglichkeit, dass die Vena poplitea bzw. die Vena femoralis superficialis und/oder auch die Beckenvenen auf Dauer voll-ständig verschlossen bleiben, was gelegentlich bei einer paraneoplastisch bedingten tiefen Thrombose oder aber bei einer zu spät erkannten und damit nicht mehr ausreichend therapier-baren Gerinnung in den tiefen Venen zu beobachten ist.

Meistens tritt bei einer tiefen Unter- und Oberschenkelvenenthrombose aber unter adäquater Therapie – Antikoagulation und guter Kompression – eine langsame, sich über Monate oder Jahre entwickelnde Rekanalisation des tiefen Leitvenensystems ein. Dabei ist übrigens eine vollständige Rekanalisation in funktioneller Hinsicht deutlich ungünstiger als eine nur partielle Wiedereröffnung der tiefen Venen, denn im ersten Fall resultiert durch eine komplette Destruktion der Klappen im tiefen Venensystem eine besonders ausgeprägte Venenstauung im Unterschenkel- und Knöchel-bereich.

Eine nur teilweise Rekanalisation der tiefen Venen stellt für die Patienten funktionell also die gүн-stigere Entwicklung dar, denn einerseits verhindern dann die Restthromben in den tiefen Venen ein vollständiges, ungehindertes Durchsacken des Blutes bis nach distal, und zum anderen besteht in den tiefen Leitvenen dann immerhin noch eine teilweise Drainage.

In sehr seltenen Fällen kann auch mal eine primäre, also nicht durch eine rekanalisierte tiefe Venenthrombose verursachte Klappeninsuffizienz der tiefen Leitvenen zu einer ausgeprägten venösen Insuffizienz führen, solche Fälle stellen aber eine Rarität dar.

Die **Therapie** einer schweren chronischen venösen Hypertonie basiert in erster Linie auf einer Kompressionsbehandlung und dabei anfangs auf einer komplexen venösen Entstauung.

Bei einer primären Stamm- oder auch bei einer ausgeprägten Astvarikosis besteht allerdings zunächst immer noch die Möglichkeit einer mehr oder weniger kausalen Therapie, nämlich durch Ausschaltung der insuffizienten Vena saphena magna oder Vena saphena parva oder großer dilatierter Nebenäste. Dabei bieten sich heute neben verschiedenen chirurgischen Verfahren auch eine Schaumverödung, eine Radiofrequenztherapie oder eine intraluminale Laserung an.

Das Zeitfenster für eine solche Intervention ist bei der klassischen primären Stammvarikosis relativ groß. Erfolgt jedoch bei einer deutlichen primären Varikosis keine zeitgerechte aktive Therapie, kann sich im Laufe der Jahrzehnte eine sekundäre Leitvenenstörung entwickeln, die dann – zumin-dest in der späten Phase bzw. in ausgeprägten Fällen - in der Regel irreversibel ist.

Der häufig geäußerten Meinung, daß man primäre „Krampfadern“ erst dann operiert, wenn sie Beschwerden bereiten, muß also unbedingt widersprochen werden!

Sicher kann eine primäre Stammvarikosis im Magna- oder Parvabereich auch durch eine zeitlich unbegrenzte Kompressionsbehandlung beherrscht werden, im Regelfall sollte aber einer zeitge-rechten Intervention immer der Vorzug gegeben werden.

Welchem Patienten möchte man schon über 30 Jahre oder länger eine tägliche Kompressionsbe-handlung zumuten, wenn erprobte Alternativen zur Verfügung stehen?!

Bei einem chronische Stauungssyndrom als Folge eines postthrombotischen Syndroms ist dage-gen eine kausale Therapie kaum möglich, hier stellt die regelmäßige, oft sogar lebenslange Kom-pressionsbehandlung die wichtigste Säule der Therapie dar.

Zu Beginn einer derartigen Behandlung sollten sämtliche Möglichkeiten einer Entstauung ausge-schöpft werden, wobei zunächst eine regelmäßige, intensive, allerdings nur tagsüber notwendige Bandagierung des betroffenen Beines wichtig ist. Ergänzend haben sich initial zusätzlich auch eine pneumatische Kompressionsbehandlung, physikalische Maßnahmen und eventuell auch eine - nur wenige Tage dauernde - diuretische Therapie bewährt.

Erst nach(!) möglichst weitgehender Entstauung kann auf einen Kompressionsstrumpf übergegan-gen werden, der auch bei schwereren chronischen Fällen fast immer in Form eines Unterschen-kelekompressionsstrumpfes ausreichend ist!

Häufig haben wir es bei diesen Patienten mit nicht mehr ideal zu nennenden anatomischen Verhältnissen zu tun, sodass ein Kompressionsstrumpf nach Maß notwendig ist! Die damit ver-bundene geringe finanzielle Mehrbelastung zahlt sich aber so gut wie immer durch eine bessere Wirkung des Strumpfes und als Folge hiervon durch eine bessere Compliance der Patienten aus.

Es ist notwendig, daß bei täglichem Gebrauch der Kompressionstrümpfe mindestens alle sechs Monate ein neuer Strumpf rezeptiert wird. Bei der Rezeptur muß selbstverständlich jeweils die Kompressionsklasse angegeben werden, wobei in der Regel die Klasse II voll ausreichend ist. Insbesondere bei älteren Patienten, denen häufig die Kraft zum Anziehen eines festen Strumpfes fehlt, kann aber durchaus auch mal die Kompressionsklasse I ausreichend sein!

Es gibt heute auch zahlreiche verschiedene Anziehhilfen, die gegebenenfalls mitrezeptiert werden können.

Neben den schon genannten Maßnahmen zur entstauenden Therapie bedarf es auch immer der Mitarbeit der Patienten, wobei u.a. kühle Beinduschen, regelmäßige Bewegung und auch sport-liche Betätigungen (aber kein Kraftsport!) zu empfehlen sind.

Auch orale medikamentöse Maßnahmen kommen in chronischen Fällen in Betracht, vor allem dann, wenn eine Kompressionsbehandlung nicht in ausreichender Weise möglich oder vertretbar ist.

Die wichtigsten Wirkstoffgruppen sind dabei z.B. der Mäusedorn, die Rosskastanie, das rote Weinlaub und die Rutoside, wobei aber unbedingt immer auf eine ausreichende Dosierung und auf eine ausreichend lange Therapiedauer geachtet werden muß, denn viele Präparate entfalten ihre volle Wirkung erst nach mehrwöchiger Anwendung!

Sowohl eine chronische Venenstauung auf dem Boden einer primären Stammvarikosis als auch ein postthrombotisches Syndrom können bei fehlender oder nicht ausreichender Behandlung zu einer massiven chronisch-venösen Insuffizienz führen, als deren schwerste Form das Ulcus cruris venosum gilt.

Letztlich gelten aber auch bei der Therapie eines Ulcus die oben ausgesprochenen Empfehlungen, wobei alle Maßnahmen nur besonders gewissenhaft durchgeführt werden müssen.

Dabei wird der Lokalthherapie oft sicher zuviel Bedeutung beigemessen! Die Tatsache, dass es in der Literatur über 20 verschiedene Vorschläge für eine lokale Ulcusbehandlung gibt, lässt erkennen, dass in diesem Punkt noch erhebliche Unsicherheiten bestehen!

Unbestritten ist beim Ulcus cruris venosum jedoch in jedem Fall die Notwendigkeit einer besonders guten Kompressionsbehandlung des betreffenden Fußes bzw. Unterschenkels und damit auch des Ulcus selbst, wobei auch hier der Satz aus dem Cochrane-Review gilt:

„High compression is more effective than low compression, but there are no clear differences in the effectiveness of different types of high compression.“