

Gefäßchirurgie

Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin

Phlebologie

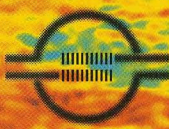
Überblick über die Behandlungsoptionen
beim Krankheitsbild der Varikose

Indexed in Science Citation Index Expanded

Der extraanatomische iliakopopliteale
Homograft-Bypass

Externe Verstärkung variköser Venen
in der Gefäßchirurgie

Standardisierte Wundtherapie



Organ der DGG, ÖGG und SGG

www.Gefaesschirurgie.springer.de



Springer Medizin



Europäische Konsensuskonferenz zur Schaumsklerotherapie der Varikose

April 2006, Tegernsee

Die Themen der Europäischen Konsensuskonferenz zur Schaumsklerotherapie waren:

- Allgemeines (Erfahrungen, Indikationen, Patienten-Zahlen)
- Zugangsmaterial
- Zugangswege
- Schaumherstellung
- Schaumvolumina
- Schaum-Konzentrationen
- Wirksamkeitskriterien
- Sicherheit und Kontraindikationen
- Kompression
- Patienteninformation
- Duplexsonographie bei der Sklerotherapie

Ergebnisse

Allgemeines

Bezüglich der Indikationen für die Schaumsklerotherapie war man sich erneut einig, dass Varizen jedes Kalibers behandelt werden können. Im Einzelnen wurden folgende Indikationen differenziert: V. saphena magna (GSV), V. saphena parva (SSV), Seitenäste (Trib), Rezidivvarikose (Rec-VV), Perforansvenen (PerfV), retikuläre Varikose (RetV), Besenreiser (Tel), venöse Gefäßmalformationen (VVM) und andere Indikationen wie z. B. Vulvavarizen.

Bei der Befragung, welche Form der Varikose bisher am meisten mit der Schaumsklerotherapie behandelt wurde, führte die Rezidivvarikose die Ranglis-

te an, gefolgt von großkalibrigen Venen (SSV, Trib und GSV).

Zugangsmaterial

Als häufigste Zugangsmethode wurde die Direktpunktion mit aufgesetzter Kanüle auf der Spritze beschrieben. Andere Zugangsmethoden bzw. -materialien waren die „offene Nadeltechnik“, die Injektion mit dem Butterfly®, mit einem kurzen Katheter (z. B. Braunüle®) sowie die Applikation des Schaums mit einem langen Katheter. Die verwendeten Nadelgrößen bewegten sich für großkalibrige Venen von 21 G bis 23 G für retikuläre Varizen und Besenreiser von 25 G bis 30 G.

Zugangswege

Bei der Behandlung der GSV durch Direktpunktion wurde ein Zugang am proximalen Oberschenkel empfohlen. Der früher geforderte Mindestabstand der Injektionsstelle zur saphenofemorale Mündung der GSV von 10 cm wurde, wie schon bei der ersten Konsensuskonferenz, erneut empfohlen. Bei Verwendung langer Katheter wurde ein Zugang zur GSV unterhalb des Knies empfohlen.

Zur Behandlung der SSV mit Direktpunktion wurde ein Zugang zur Vene am proximalen oder mittleren Drittel des Unterschenkels empfohlen. Hierbei wurde besonders auf die Gefahr der fehlerhaften arteriellen Injektion in der Kniekehle und die besondere Wichtigkeit der

duplexsonographischen Steuerung hingewiesen. Die Injektion soll grundsätzlich am liegenden Patienten mit leichter Hochlagerung des Beins erfolgen.

Bei der Behandlung der Astvarikose und von Rezidivvarizen wurde empfohlen, die Zielvene in ihrem kranialen Anteil zu punktieren. Bei der Behandlung von Perforansvenen wurde aus Sicherheitsgründen empfohlen, nicht direkt die Perforansvenen, sondern eher in die umgebende abhängige Varikose zu punktieren.

Dieser Beitrag beruht auf der Publikation: F.X. Breu, S. Guggenbichler, J. C. Wollmann (2006) 2nd European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy 2006 Tegernsee, Germany. VAS 37 Suppl 71:1–29

Teilnehmer der Konferenz:

Benigni Jean-Patrick, France; Bihari Imre, Hungary; Breu Franz-Xaver, Germany; Cabrera Antonio, Spain; Cavezzi Attilio, Italia; Coleridge Smith Phillip D, United Kingdom; Diamand Jean-Michel, France; Frullini Alessandro, Italia; Guex Jean-Marie, France; Guggenbichler Stefan, Germany; Hamel-Desnos Claudine, France; Javien Arkadiusz, Poland; Kahle Birgit, Germany; Kern Philipp, Switzerland; Marshall Markward, Germany; Leret René, France; Morrison Nick, USA; Pannier Felicitas, Germany; Partsch Bernhard, Austria; Partsch Hugo, Austria; Rabe Eberhard, Germany; Ramelet Albert-Adrian, Switzerland; Rybak Zdzislaw, Poland; Schadeck Michel, France; Strejcek Jaroslav, Czech; Stücker Markus, Germany; Tescari Lorenzo, Italia; Wildenhues Bernward, Germany; Wollmann Jan-Christoph, Germany;