

Antwort zum Leserbrief: Recrossektomie und Barrier-Implantation

Sehr geehrter Herr Kollege Fuchs,

wir freuen uns über Ihren Leserbrief zu unserer Publikation „Recrossektomie und Barrier-Implantation“ [1]. Entsprechend den Anforderungen des Formats „Fortbildung in Bildern“ sollte die Technik der Barriere-Operation anschaulich dargestellt werden. Selbstverständlich konnten dabei nicht alle Aspekte des komplexen Themas der Rezidivvarikose angesprochen werden. Gerne greifen wir die Gelegenheit des Leserbriefes auf, um offen gebliebene Fragen zu erläutern.

Rezidivprophylaxe durch die Schaffung einer Fasziensbarriere

Hämodynamisch relevante Rezidive haben ihren proximalen Insuffizienzpunkt so gut wie immer im Bereich von Fasziensöffnungen. In der Leistenregion ist dies das Foramen ovale in der Lamina cribrosa der Fascia lata. Basierend auf dieser Beobachtung liegt es nahe, im Anschluss an eine Crossektomie der Vena saphena magna das Foramen ovale durch eine Naht zu verschließen. Auf diese Weise soll eine natürliche Barriere geschaffen werden zur Verhinderung von Leistenrezidiven. Der Nahtverschluss des Foramen ovale ist technisch einfach durchführbar und ein wesentlicher Bestandteil der modernen Varizenchirurgie. Wesentlich schwieriger ist die Schaffung einer natürlichen Fasziensbarriere bei der Operation eines Leistenrezidivs. Oftmals finden sich dann ausgedehnte Vernarbungen, die eine übersichtliche Präparation der Fasziensöffnung erschweren und einen sicheren Nahtverschluss verhindern. In dieser Situation kann auf die Barriere-Operation zurückgegriffen werden, bei der die Faszienslücke mit einem dünnwandigen Kunststoffsegel abgedeckt wird. Van Rij et al. überprüften die Effektivität der Barriere-OP im Vergleich zur einfachen Recrossektomie in einer prospektiven Studie mit Randomisierung. Dabei zeigte sich ein hochsignifikanter Vorteil des Barriere-Verfahrens gegenüber der üblichen Vorgehensweise ohne Schaffung einer Barriere [2].

Die Barriere-Implantation dient zur Behandlung ausgedehnter Rezidive

Unsere eigenen Erfahrungen mit der Barriere-Operation umfassen einen Zeitraum von fast 20 Jahren, in dem wir mehrere Tausend Eingriffe vornahmen. In vielen Fällen behandelten wir Re-Rezidive oder Re-Re-Rezidive. In den letzten Jahren auch zunehmend Rezidive nach Laserablation, die perivenös ähnliche Vernarbungen aufweisen wie operative Rezidive.

Nach unseren Erfahrungen wird die Morbidität der Recrossektomie durch die zusätzliche Barriere-Implantation nicht wesentlich erhöht. In einer eigenen Studie aus dem Jahr 2016 [3] lag die Rate von Minor-Komplikationen (Hämatome, Parästhesien im Wundbereich) bei 5,8% und von Leisteninfekten bei 2,4%. Diese Komplikationsrate halten wir bei der Therapie von ausgedehnten Rezidiven für vertretbar. Weniger ausgedehnte Rezidive werden im interdisziplinären Venenzentrum des Katholischen Klinikums der Ruhr-Universität Bochum konservativ oder interventionell (Schaumverödung, Laser) behandelt.

Auf die Verwendung von Silikon-Patches sollte verzichtet werden

Die im Leserbrief von J. Fuchs zitierten hohen Komplikationsraten aus den Studien von De Maeseneer et al. sind mir bestens bekannt, schließlich wurde ich 2005 von der Autorin hinzugezogen, um an der Universität Antwerpen 2 Patienten zu operieren, die infolge von Barriere-Operationen Stenosen in der V. femoralis communis entwickelt hatten. Ich explantierte das Patch-Material und erweiterte die stenosierte Gefäßabschnitte mit Patch-Angioplastien. Die hohen Komplikationsraten waren vor allem auf das spezielle Silikon-Patch-Material zurückzuführen, das ausschließlich in dieser Arbeitsgruppe Anwendung fand. Infolge der aufgetretenen

Komplikationen wurde seinerzeit auf die weitere Verwendung von Silikon-Patches verzichtet. Die bei uns und anderen Arbeitsgruppen verwendeten Patches aus dünnwandigem Polytetrafluorethylen (PTFE) sind seit Jahrzehnten in der Gefäßmedizin etabliert und weisen keine vergleichbaren Komplikationen auf.

Aus der Sicht von Patienten hat die Rezidivfreiheit eine hohe Präferenz

Befragt man Patienten im Vorfeld einer anstehenden Varizenbehandlung nach deren Präferenzen und Erwartungen, so hat die Vermeidung von Rezidiven einen besonders hohen Stellenwert [4]. Die moderne Varizenchirurgie wird diesem Anspruch gerecht. Im Vergleich zu den konkurrierenden interventionellen Verfahren weist die Varizenoperation signifikant niedrigere Raten echter Rezidive (Same-Site-Rezidive) auf [5, 6, 7]. In einer aktuellen Metaanalyse verglichen Gasior et al. [8] verschiedene interventionelle Methoden mit der Crossektomie und Stripping-Operation und kamen zu der Schlussfolgerung, dass die Operation von allen Verfahren die niedrigste Rezidivrate aufweist. Im Vergleich zu den endovenösen Therapieoptionen geht dieser Vorteil nicht zulasten einer wesentlichen Erhöhung der Morbidität.

Fehlende Fasziensbarriere bei endovenöser Therapie

Bei der Frage, warum die endovenösen Verfahren im Vergleich zur Operation schlechter abschneiden, rückt ein wesentlicher Nachteil der endovenösen Therapie ins Blickfeld: die fehlende Möglichkeit einer definitiven Trennung des oberflächlichen vom tiefen Venensystem. Während die moderne Varizenchirurgie eine ordnungsgemäße Crossektomie und den Nahtverschluss des Foramen ovale beinhaltet, bleibt bei den endovenösen Verfahren nahezu regelhaft ein Saphenastumpf

unverschlossen zurück. Dieser Gefäßstumpf ragt durch das Foramen ovale hindurch in das oberflächliche Kompartiment hinein. Bei fortbestehender Mündungskappeninsuffizienz steht der Stumpf unter Druck und kann im Verlauf zum proximalen Insuffizienzpunkt einer Rezidivarikose werden. In vielen Fällen bildet dann die Vena saphena accessoria anterior die neue Ausstrombahn für den Reflux. Die Problematik des „endovenösen Saphenastumpfes“ ist zumindest im deutschsprachigen Raum bekannt. Von renommierten Phlebologen [9] wird an der Umsetzung einer „endovenösen Crossektomie“ im Rahmen der Lasertherapie gearbeitet. Bei anderen Verfahren, wie beispielsweise der Venenklebung mit Cyanoacrylat, ist dagegen die Umsetzung des Prinzips der Crossektomie technisch unmöglich, sodass im Langzeitverlauf mit hohen Rezidivraten zu rechnen ist [10].

Die Operation ist ein wichtiger Bestandteil im therapeutischen Spektrum des Phlebologen

Viele Wege führen nach Rom. Dieser alte Spruch gilt im besonderen Maße bei der Behandlung der Varikose. Heutzutage verfügen wir über eine Reihe unterschiedlicher Therapieoptionen, von der Sklerotherapie über die Katheterintervention bis hin zu den operativen Methoden einschließlich der Valvuloplastie. Diese Methodenvielfalt ist ein Vorteil, sie ermöglicht unter anderem eine individualisierte Behandlung, die sogenannte „Phlebologie à la carte“. Die moderne Phlebochirurgie hat in diesem Spektrum ihre Berechtigung vor allem bei fortgeschrittener Erkrankung. Die Recrossektomie mit Barriere-Implantation bietet bei großkalibrigen Leistenrezidiven eine gute Option, den proximalen Insuffizienzpunkt in der Leiste nachhaltig auszuschalten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Achim Mumme^{1,2}

¹ Klinik für Gefäßchirurgie, St. Josef-Hospital Bochum, Katholisches Klinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

² Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken, Katholisches Klinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Achim Mumme

St. Josef-Hospital Bochum, Katholisches Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Gefäßchirurgie
Gudrunstr. 56
44791 Bochum
Deutschland
achim.mumme@ruhr-uni-bochum.de

Literatur

- [1] Wolff EM, Mühlberger D, Hummel T et al. Recrossektomie und Barriere-Implantation. *Phlebologie* 2021; 50: 390–394
- [2] Van Rij A, Jones GT, Hill BG et al. Mechanical Inhibition of Angiogenesis at the Saphenofemoral Junction in the Surgical Treatment of Varicose Veins Early Results of a Blinded Randomized Controlled Trial. *Circulation* 2008; 118: 66–74. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.726869
- [3] Freis H, Geier B, Mumme A et al. Barrier Patch Implantation during Redo Surgery for Varicose Vein Recurrences in the Groin: 1-Year Results. *Ann Vasc Surg* 2016; 35: 98–103. doi:10.1016/j.avsg.2016.01.046
- [4] Shepherd AC, Gohel MS, Lim CS et al. The treatment of varicose veins: an investigation of patient preferences and expectations. *Phlebology* 2010; 25: 54–65. doi:10.1258/phleb.2009.009008

- [5] Eggen CA, Alozai T, Pronk P. Ten-year follow-up of a randomized controlled trial comparing saphenofemoral ligation and stripping of the great saphenous vein with endovenous laser ablation (980 nm) using local tumescent anesthesia. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2021. (In press).
- [6] Hamann SAS, Giang J, De Maeseneer M et al. Five Year Results of Great Saphenous Vein Treatment: A Meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017; 54: 760–770. doi:10.1016/j.ejvs.2017.08.034
- [7] Rass K, Frings N, Glowacki P et al. Same Site Recurrence is More Frequent After Endovenous Laser Ablation Compared with High Ligation and Stripping of the Great Saphenous Vein: 5 year Results of a Randomized Clinical Trial (RELACS Study). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 50: 648–656. doi:10.1016/j.ejvs.2015.07.020
- [8] Gasior SA, O'Donnell JP, Aherne TM et al. Outcomes of Saphenous Vein Intervention in the Management of Superficial Venous Incompetence: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Annals of surgery* 2021 (In press).
- [9] Hartmann K. Endovenöse (minimalinvasive) Verfahren zur Therapie der Varikose. *Der Hautarzt* 2020; 71 (1): 12–19
- [10] Mumme A. Nachteile des VenaSealTM-Closure-Verfahrens. *Gefäßchirurgie* 2021; 26: 479–480

Publikationshinweis

Leserbriefe stellen nicht unbedingt die Meinung von Herausgebern oder Verlag dar. Herausgeber und Verlag behalten sich vor, Leserbriefe nicht, gekürzt oder in Auszügen zu veröffentlichen.

Bibliografie

Phlebologie 2022; 51: 70–71

DOI 10.1055/a-1734-9700

ISSN 0939-978X

© 2022, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany