

Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum

Die neue Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP), Version 8-2008

Guidelines for Diagnosis and Therapy of Venous Ulcers (Version 8-2008),
German Society of Phlebology

Autor

G. Gallenkemper

Institut

Koordinator der Expertenkommission zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft: Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1119687
Online-Publikation: 16. 3. 2009
Akt Dermatol 2009; 35:
221–224 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. med. Georg Gallenkemper
Praxis für Gefäßmedizin
Neue Linner Straße 86
47799 Krefeld
webmaster@phlebology.de

Zusammenfassung

▼
Ulcera cruris verursachen erhebliche Kosten im Gesundheitssystem und gehen mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität für die Betroffenen einher. Zur Optimierung von Diagnostik und Therapie wurde bereits 1996 von der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie die erste Leitlinie zur Behandlung des Ulcus cruris venosum veröffentlicht. Nach mehreren Überarbeitungen wurde im Frühjahr 2008 die neueste Fassung als S3-Leitlinie publiziert. In dieser Fassung sind aktuelle

Studienergebnisse aufgegriffen, welche die Bedeutung der Kompressionstherapie weiter aufwerten, endoluminale Therapieverfahren bewerten und auch die Bedeutung moderner Wundauflagen im Therapiekonzept darlegen. Die bisher alternative CEAP-Klassifikation wird zum Standard erhoben. Da Ulcera cruris eine hohe Rezidivrate zeigen, wird auch für die Zeit nach Abheilung eine Fortführung der phlebologischen Betreuung im Rahmen eines individualisierten Behandlungskonzeptes gefordert.

Einleitung

▼
Die erste Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie wurde im Jahre 1996 veröffentlicht und war die Ausgangsbasis für bislang zwei Überarbeitungen. Die erste Überarbeitung mündete in der ersten S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Die Arbeiten zu dieser nach Evidence based Medicine (EbM)-Maßstäben erarbeiteten Version begannen im Frühjahr 2002 und endeten nach zahlreichen Diskussionen in den eingebundenen Expertengremien im Frühjahr 2004. Schließlich wurde die Leitlinie auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) im Mai 2004 publiziert. Die in der zweiten Version vorgesehene Überarbeitung und die zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse führten zu einer Revision der bis Anfang 2008 publizierten Artikel zum Thema im Frühjahr 2008 und zu einer umfassenden Überarbeitung der zweiten Leitlinienversion, die nach ausführlicher Diskussion in der Expertenkommission und danach im Vorstand und Beirat der DGP im Konsens beschlossen und für die Veröffentlichung freigegeben wurde. Diese

letzte, neue Version ist auf der Internetseite der DGP unter der URL: <http://www.phlebology.de> und auf den Leitlinienseiten der AWMF unter der URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/037-009.htm> seit August 2008 veröffentlicht und somit öffentlich einsehbar.

Die neue Version der Leitlinie umfasst folgende Kapitel:

- I. Vorbemerkungen
- II. Definitionen
- III. Epidemiologie und sozioökonomische Daten
- IV. Pathophysiologie
- V. Diagnostik
- VI. Therapeutisches Vorgehen
 - VI.1. Medizinische Kompressionstherapie
 - VI.2. Operative Therapie
 - VI.3. Sklerotherapie
 - VI.4. Lokaltherapie
 - VI.5. Physikalische Therapie
 - VI.6. Systemische medikamentöse Therapie
 - VI.7. Schmerztherapie
 - VI.8. Behandlung exogen hemmender Einflüsse und von Komplikationen
- VII. Körperbild, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung, Depressionen und Angst
- VIII. Wiederholungsbegutachtungen (Reassessment) und Nachfolgebehandlung

- IX. Implementierung der Leitlinie in den klinischen Alltag
- X. Verantwortlichkeit der Entwicklung der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum
- XI. Anmerkungen zur Aktualisierung 2008
- XI. Anlagen

In den Anlagen finden sich

- ▶ die Liste der Referenzquellen/Literatur, die mehr als 600 Literaturstellen aufweist,
- ▶ das Kapitel 5.4 des Leitlinienmanuals der AWMF und der ÄZQ mit der Klassifikation der Evidenz von Referenzquellen, die zur Evaluierung der Evidenz der Literatur verwendet wurde,
- ▶ die revidierte Version der „CEAP-Klassifikation“ (C = Klinische Zeichen, E = Etiology, A = Anatomie, P = Pathophysiologie) der Chronischen Venösen Insuffizienz (CVI),
- ▶ die Stadieneinteilung der Chronischen Venösen Insuffizienz – CVI – nach der Widmer’schen Klassifikation,
- ▶ die „Nomenclature of the veins of the lower limbs: An international interdisciplinary consensus statement“,
- ▶ eine Tabelle: Wachstumsfaktoren, in denen die auf die Wundheilung Einfluss nehmenden Wachstumsfaktoren näher erläutert werden,
- ▶ sowie eine Liste wichtiger Internet-Links in Bezug auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum.

Folgende neuen Aspekte wurden in die neue Leitlinie aufgenommen



1. Epidemiologie und sozioökonomische Daten

Das Ulcus cruris venosum stellt mit 57–80% aller chronischen Ulzerationen die häufigste Ursache nicht spontan abheilender Wunden (arterielle Ulzerationen 4–30%, gemischt arterio-venöse Ulzerationen ca. 10%, übrige Formen ca. 10%). Die neuesten Studien lassen darauf schließen, dass der Anteil von Ulzerationen multifaktorieller Genese ansteigt.

Aufgrund der vorhandenen Datenlage kann die jährliche Inzidenz venöser Ulzerationen auf 15–30 pro 100 000 Personen geschätzt werden.

Nicht-Heilen ist mit folgenden Faktoren assoziiert: frühere chirurgische Eingriffe, Anwesenheit von insuffizienten Venae perforantes, Reflux in den Leitvenen, höheres Patientenalter, Rezidiv-Ulkus, Ausmaß des Ödems, Dauer der CVI, Dauer des aktuellen Ulkus, Größe des Ulkus. Die initiale Größe des Ulkus ist der beste Indikator der Zeit bis zur Abheilung.

Die beachtliche sozioökonomische Bedeutung der Chronischen Venösen Insuffizienz ist bedingt durch die hohe Anzahl der Erkrankten, die Kosten der Untersuchungen und Behandlungen, die Verschlechterung der Lebensqualität und die Einbuße von Arbeitsfähigkeit während der Erkrankung. Das Problem ist verschärft durch die Tatsache, dass die Erkrankung progredient verläuft und zu Rezidiven neigt. Schätzungen der jährlichen Gesamtkosten der CVI variieren zwischen 600 bis 900 Millionen € in Westeuropäischen Ländern, entsprechend 1–2% des gesamten Gesundheitssystem-Budgets, bis 2,5 Milliarden € (3 Milliarden US \$) in den USA. Viele der Kostenangaben basieren auf Schätzungen und Vergleiche sind schwierig, weil es keine allgemein gültige bzw. anerkannte Definition der Kosten gibt.

2. Diagnostik

Zur Beschreibung der Ursache und Ausprägung der venösen Insuffizienz soll nun regelhaft die CEAP-Klassifikation verwendet werden, auch die empfohlene Diagnostik ist nun CEAP-Stadien adaptiert. Als Standard-Diagnostikum bei abgeheilten und aktiver Ulzeration ist die (farb-kodierte) Duplex-Sonografie anzusehen. Bzgl. der Anamneseerhebung und auch weitergehender serologischer Diagnostik wird auf den hohen Prozentsatz von Ulcus cruris venosum-Patienten mit Thrombophilie verwiesen.

3. Therapeutisches Vorgehen

3.1 Kompressionstherapie

Die Kompressionstherapie ist weiterhin zusammen mit der Bewegung Grundlage nicht invasiver Maßnahmen. Sie kann alleine bzw. in Kombination mit invasiven Maßnahmen angewendet werden. Es konnte in verschiedenen unabhängigen Studien gezeigt werden, dass eine konsequente Kompressionstherapie die Abheilung von venösen Ulzera beschleunigt und die Rezidivrate deutlich reduziert. Mit zunehmendem Arbeitsdruck der Kompressionsverbände und/oder Kompressionsstrümpfe steigt dabei die Abheilungs- und sinkt die Rezidivrate. Beim Ulcus cruris venosum hat sich der Kompressionsstrumpf zunehmend auch primär in der Therapie bewährt. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass die Lebensqualität (LQ) während einer Kompressionstherapie verbessert ist.

3.2 Operative Therapie

Die Ausschaltung epifaszialer Varizen an Beinen mit venöser Ulzeration führt im Vergleich zur rein konservativen Therapie zu einer beschleunigten Abheilung der Ulzerationen, zu einer höheren Abheilrate und zu einer verringerten Rezidivrate. Vom theoretischen Standpunkt ist es bezüglich der Verbesserung der Hämodynamik unerheblich, welches invasive Verfahren genutzt wird, um epi- und transfasziale Refluxwege auszuschalten. Prinzipiell kommen folgende Verfahren in Frage:

1. Die chirurgische Entfernung und/oder Unterbrechung mittels Skalpell, Ligatur, Kryosonde, Zange, Sonden. Hierzu liegen die meisten und langjährigsten Erfahrungen vor.
2. Die verschließenden/sklerosierenden Verfahren durch Verwendung endovaskulärer Laser, endovaskulär applizierter Hoch- (Radio-)Frequenz und durch endovaskuläre Applikation von irritierenden chemischen Substanzen (Sklerotherapie im engeren Sinne). Bei den sklerosierenden Verfahren liegen die meisten und langjährigsten Erfahrungen bei der endovaskulären Applikation von irritierenden chemischen Substanzen vor.

Vom praktischen Standpunkt hat jedes Verfahren Vor- und Nachteile bezüglich der Belastung durch Einbringen potenziell gefährlicher Chemikalien, durch evtl. notwendige lokal und/oder systemisch wirkende Analgetika bzw. Narkotika, die Länge des operativen Eingriffes und das Ausmaß der Gewebetraumatisierung. Das intra- und perioperative Risiko im Rahmen operativer Verfahren bei multimorbiden Patienten ist von nicht unwesentlicher Bedeutung bei der Abwägung von Vor- und Nachteilen im Rahmen der Behandlung von venösen Beinulzera. Je höher die Komorbidität der betroffenen Patienten ist, desto eher sollte an die Möglichkeit geringerer invasiver Verfahren in der Beseitigung oberflächlicher wie transfaszialer Refluxstrecken gedacht werden. Bzgl. der operativen Behandlung des Ulcus cruris-Bereiches selbst ist die sogenannte „Shave“-Therapie weiterhin die operative Methode der Wahl des therapieresistenten Ulcus cruris venosum.

3.3 Lokalthherapie

Eine optimierte kausale Therapie und eine die Wundheilung nicht störende (z.B. durch Traumatisierung des Wundbettes) Wundaufgabe reichen in der Regel aus, um die Wundheilung anzuregen und das Ulkus zum Abheilen zu bringen. Eine prinzipielle Überlegenheit einer bestimmten Wundaufgabe gegenüber anderen wurde bislang nicht gefunden. Ein genereller Vorteil von Wundaufgaben, die ein sogenanntes „feuchtes Wundmilieu“ (feuchte Wundbehandlung) ermöglichen, ist belegt. Einigkeit herrscht allgemein über die Anwendung feuchthaltender Verbände und auch über die Notwendigkeit eines entsprechenden Gleichgewichts im Feuchtigkeitsgehalt des Verbandes. Es besteht zudem Evidenz, dass die Schmerzhaftigkeit venöser Ulzera unter hydrokolloidalen und Schaumstoff-Wundverbänden geringer ausgeprägt ist.

Zahlreiche neue Aspekte und Lösungsvorschläge bzgl. der Lokalthherapie werden kritisch betrachtet: kollagenhaltige Wundaufgaben, Amelogenin, (Manuka) Honig, Wasserstoffperoxid, Applikation von polarisiertem, polychromatischem, nicht-kohärentem Licht, Applikation gepulster elektromagnetischer Felder oder von gepulstem Gleichstrom, Applikation von Ultraschall und die Topische Unterdruckbehandlung TNP.

3.4 Systemische medikamentöse Therapie

Auch für Iloprost in Kochsalz als Infusion über 3 Wochen und für Rosskastanienextrakt wurde eine in RCTs nachgewiesene Verbesserung der Abheilung nachgewiesen. Diese war zuvor schon bekannt für: ASS, Pentoxifyllin, Prostaglandin E1, Diosmin-/Hesperidin, Kumarin-/Troloxerutin, Sulodexide.

3.5 Schmerztherapie

Ein signifikanter Anteil von Patienten ($\frac{2}{3}$ aller Patienten mit venöser Ulzeration) leidet an ausgeprägten Schmerzen, sie weisen dadurch eine ausgeprägte Minderung ihrer Lebensqualität auf. Schmerz liegt bei den subjektiv empfundenen Leiden dabei an erster Stelle. Folgen dieser Schmerzen sind Einschränkungen der Motilität wie Mobilität und Einschlaf- wie Durchschlafstörungen. Es treten ausgeprägte Einschränkungen des Soziallebens und des Berufslebens auf, so müssen die Hälfte der Patienten ihre Berufstätigkeit krankheitsbedingt niederlegen und noch mehr sind in der Ausübung ihrer Freizeitaktivitäten behindert, auch sind Körperbild und vitale Körperdynamik negativ beeinflusst. 50% aller Patienten mit starken Schmerzen durch venöse Ulzerationen nehmen aber nur milde oder gar keine Analgetika ein. Die komplexe, kausale Therapie der venösen Erkrankung mit dem Ziel der Abheilung der Ulzeration ist die effektivste Schmerztherapie. Eine die kausale Therapie begleitende, dem Typ und der Stärke der Schmerzen des Patienten angepasste Schmerztherapie ist aber indiziert, um die schmerzbedingte Mobilitätseinschränkung, Schlafstörungen und andere schmerzbedingte Lebensqualitätseinschränkungen zu verbessern. Bezüglich der Schmerzreduktion im Rahmen der Lokalbehandlung sei auf die diesbezüglichen Empfehlungen weiter oben verwiesen; eine adäquate Lokalthherapie wird zugleich schmerzlindernd sein. Die Art des Wundverbandes entscheidet auch über die Schmerzen beim Verbandwechsel. Hier haben sich Verbände in Bezug auf Wundschmerz und Wundumgebungstraumatisierung überlegen gezeigt, die wenig adhäsiv sind.

3.6 Behandlung exogen hemmender Einflüsse und von Komplikationen

Eine an die jeweilige individuelle Situation angepasste nicht medikamentöse und ggf. zusätzlich medikamentöse Thromboseprophylaxe ist von herausragender Bedeutung bei Ulcus cruris-Patienten, da tiefe Venenthrombosen an den Beinen mit einer gravierenden Verschlechterung bezüglich der Schwere der Venösen Insuffizienz verbunden sind. Die Abheilung bestehender Ulzerationen verschlechtert sich, die Rezidivquote abgeheilte Ulzerationen erhöht sich. Zu bedenken ist hierbei, dass ein hoher Anteil der Patienten mit venöser Ulzeration an einer hereditären Thrombophilie leidet. Weiter zu bedenken ist, dass vorangehende Phlebothrombosen an sich mit einem gegenüber Venengesunden deutlich (~8-fach) gesteigerten Risiko, erneut Phlebothrombosen zu erleiden, verbunden sind.

4. Körperbild, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung, Depressionen und Angst

Die zustimmende Körperbewertung und die vitale Körperdynamik sind bei Patienten mit venösem Ulkus durch das venöse Ulkus ausgeprägt zum Negativen hin verändert. Die Beeinträchtigung ist fast so stark wie bei psychosomatischen Erkrankungen, wobei festgestellt werden muss, dass rein somatische Erkrankungen das Körperbild im Vergleich am geringsten und psychosomatische Erkrankungen am stärksten negativ beeinträchtigen. Im Erwerbsleben stehende Patienten mit venöser Ulzeration leiden signifikant weniger an der Beeinträchtigung der vitalen Körperdynamik als Patienten, die nicht erwerbstätig sind. Dies spricht dafür, alles zu tun, was möglich ist, um die Erwerbstätigkeit zu erhalten bzw. sie wiederherzustellen.

Etwa $\frac{1}{4}$ aller Patienten mit venösen Ulzerationen leiden an Depressionen und Angst, wobei diese Problematik mit der Stärke des Wundschmerzes und Wundgeruches korreliert.

5. Wiederholungsbegutachtungen (Reassessment) und Nachfolgebehandlung

Infolge der ausgesprochen hohen Rezidivquote venöser Ulzerationen (60–75%) ist in Abhängigkeit von der Sanierung des zugrunde liegenden Krankheitsbildes eine konsequente Weiterbetreuung des Patienten auch nach der Abheilung der Ulzeration(en) wünschenswert. Eine allgemeingültige Standardlösung zur Förderung der Compliance gibt es nicht, es müssen Personen- und Situations-bezogene Lösungen gesucht werden. Die Betreuung von Patienten mit einem aktiven oder abgeheilten Ulcus cruris venosum in darauf spezialisierten Einrichtungen reduziert die Rezidivhäufigkeit.

Hinweis

Die vollständige Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie ist auf der Internetseite der DGP einsehbar unter: <http://www.phlebologie.de/leitlinien-der-dgp.html> und auf der Internetseite der AWMF unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/037-009.htm>, inklusive der Literaturliste.

Abstract**Guidelines for Diagnosis and Therapy of Venous Ulcers (Version 8-2008), German Society of Phlebology**

▼
Venous leg ulcers cause a high amount of expenses in the National Health System and reduce the quality of life in the patient considerably. To improve the diagnostic and therapeutic algorithm a guideline for the treatment of chronic venous leg ulcers was published by the German Phlebological Society already in

1996. Several revisions have lead to the recent S3-guideline published in spring 2008. In this version recent study results have been incorporated stressing the importance of a compression therapy, evaluating the established endoluminal procedures and pointing out the value of modern wound dressings. The formerly competing CEAP-Classification has been declared as the new standard. Because of the high risk of recurrence of venous leg ulcers a continued and individualized phlebological follow-up treatment has been postulated.