

## Die Rezidiv-Varikose – eine leidige Geschichte für Patient und Chirurg

In Folge handelt es sich um folgende Begriffe:

REVAS ( Recurrent varicosis after surgery)

besser

REVAT (Recurrent varicosis after treatment)

Bei jedem 5. Patient, der wegen Krampfadern zur weiteren Abklärung in die Praxis kommt, wurde schon einmal (oder mehrfach) ein Eingriff am trans- und/oder extrafaszialen Venensystem vorgenommen, sei es durch Sklerosierung, neue interventionelle, thermische Methoden oder klassische Operation,- State of the Art - mit Krossektomie und Stripping-Verfahren.

In der Fachliteratur wird die Inzidenz der Rezidiv-Varikose mit bis zu 60% angegeben. Neue Studien über vergleichende Ergebnisse von OP und endovenös-thermischen Verfahren ergeben Rezidive durch Rekanalisation bis 24 %. (Flessenkemper et.al.)

Eine „Rezidiv-Varikose“ nach OP gibt es theoretisch nicht, wenn fachgerecht operiert wurde, es sei denn, es wurden taktische oder OP-technische Fehler gemacht- die Varize war eventuell doppelt angelegt und nur der eine variköse Strang wurde entfernt.

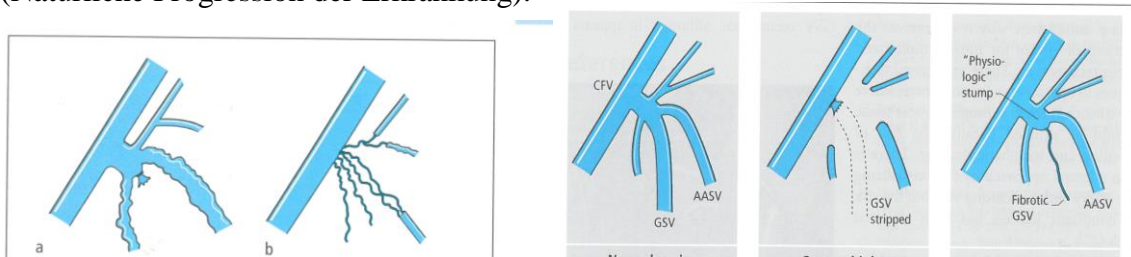
Die (chirurgische) Therapie der primären und sekundären Varikose bezieht sich auf die Sanierung des venösen Rezirkulations-Kreislauf nach Hach, solange nicht schon eine sekundäre Leitveneninsuffizienz, sei es durch Obstruktion oder Reflux, vorliegt.

Der venöse Rezirkulations-Kreislauf besteht aus einem Netzwerk kommunizierender Röhren kleinen und grossen Kalibers, - Stamm- und Perforans-Venen – und dem tiefen Venensystem.

Seitenast- und retikuläre Varizen haben bezüglich der Hämodynamik kaum Einfluss.

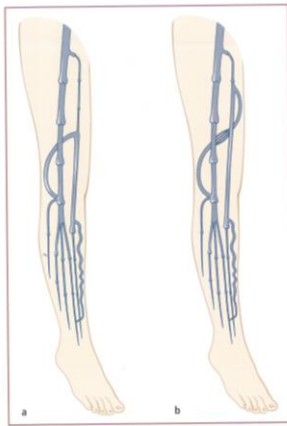
Ein pathologischer Rezirkulations-Kreislauf nach einem Eingriff am Venensystem liegt dann vor, wenn eine Stammvarikose zumindest segmental beteiligt ist (sapheno-femoral oder sapheno-popliteal) oder in Verbindung mit einer Perforans-Insuffizienz.

Ursachen einer sogenannten Rezidiv-Varikose sind nicht nur, wie erwähnt, die inkorrekte Operation, sondern auch das sogenannte inguinale Varizenbeet, die sekundäre Varikose bei sekundärer Popliteal- und Femoralvenen-Insuffizienz (Leitvenen!) sowie spontane Neubildung von Krampfadern ausserhalb des therapierten Rezirkulations-Kreislauf. (Natürliche Progression der Erkrankung).



Das Phänomen „Rezidiv“ ist, nach der Arbeit von Noppeney et al. qualitativ und quantitativ diagnostisch abhängig von der Art der Nachuntersuchung (klinisch, Doppler-/Duplex-Sonographie) und vom Zeitpunkt der Untersuchung im Abstand zur vorausgegangenen Intervention.

Das Rezidiv der Krosse



Dies liegt nur vor, wenn die Krossektomie vorgenommen wurde. Andere, z.B. endovenös-thermische Verfahren oder die CHIVA-Methode führen nicht zu Krossen-Rezidiv sondern zu einer Rekanalisation.

Klinisch zeigen sich erneut Krampfadern am Oberschenkel oder ein Fortschreiten der Symptome einer chronischen venösen Insuffizienz

Duplex-onographisch lassen sich am ligierten Saphena-Stumpf pathologische Refluxe und Varizenkonvolute nachweisen.

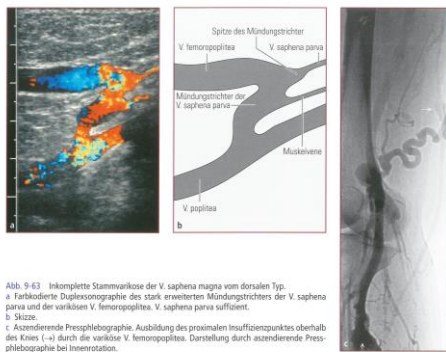
Im Phlebogramm lassen sich drei Formen von Rezidiv differenzieren:

Belassener Saphena-Stumpf

Inguinales Varizenbeet

Neo-Angiogenese

Belassener Stumpf der VSM



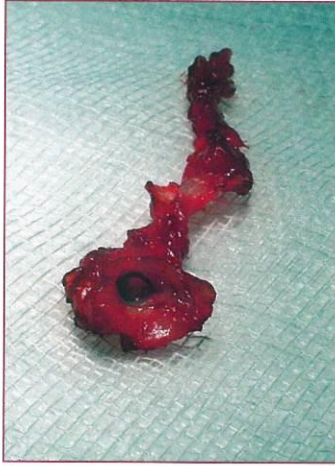
Bei einem langen Stumpf kann in Ausnahmefällen ein Hybrideingriff mit Radiowelle und Sklero-Therapie diskutiert werden.

Bei kurzem Stumpf ist dies nicht möglich.

Droht durch massiven Reflux eine sekundäre Leitveneninsuffizienz und Persistenz oder Zunahme der chronischen venösen Insuffizienz, besteht Indikation zu einer Zweit-OP.



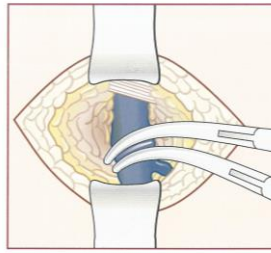
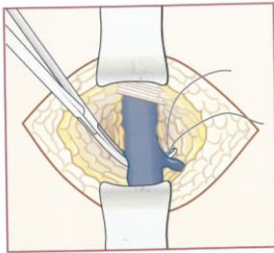
Bewährt hat sich der Zugang von cranial im Sinne der präfemorale Saphena-Stumpfligatur nach Hach oder von lateral (nach Li)



Bei sehr kurzem Stumpf empfiehlt sich die Saphena-Stumpfdissektion nach Hach, um Verletzung der V. femoralis zu vermeiden.

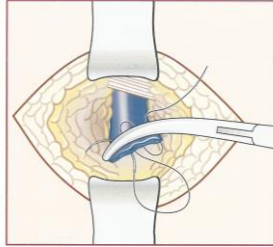
Der Zugang von medial (nach Halliday) hat sich wegen Gefahr von Lymphbahnverletzungen und Nachblutung in den Narben nach Vor-OP nicht bewährt.

#### Inguinales Varizenbeet



Klinisch zeigt sich keine Rezidiv-Varikose, allenfalls feine retikuläre Äste.  
Duplex-sonographisch stellen sich diffuse Refluxe über dem Stumpf dar.  
Es besteht keine hämodynamische Relevanz.  
Eine Indikation zu erneuter OP ergibt sich nicht.

## Neoangiogenese



Bei kurz unterbundenem Saphena-Stumpf bilden sich aus dem freiliegenden Endothel kleinste Gefäße ohne hämodynamische Relevanz.

Therapeutische Konsequenz liegt nicht vor.

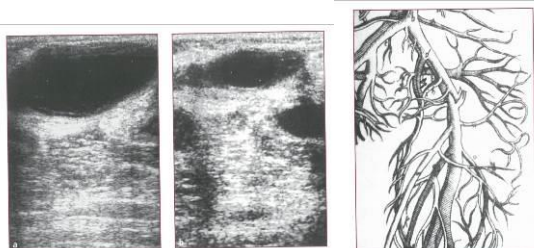
Um diese diagnostische Phänomen möglichst zu vermeiden, empfiehlt sich bei der Operation das Endothel mittels Diathermie zu zerstören und die präfemorale Ligatur mit nicht resorbierbarem Fadenmaterial vorzunehmen.

Beschrieben wurde auch die komplette Exzision der sapheno-femorale Mündung mit Naht der V. femoralis.

Langzeitergebnisse für besseres Outcome liegen nicht vor.

Ein zusätzliche Barriere mittels Kunststoffpatch ist nicht notwendig und wegen Verbleib von Fremdkörper kontraindiziert.

## Rezidiv-Varikose des Saphena-Stamm



Nach Op-technisch korrekt vorgenommener Krossektomie und Stripping der VSM kommt es zu einem echten Rezidiv nur bei gedoppelt angelegter VSM mit variköser Degeneration.

Eine Rezidiv-Stammvarikose ohne Krossenanschluss ist nur möglich über eine proximale Verbindung zu einer refluxiven V. perforans, meist auf Höhe Dodd, Hunter und Boyd.

Die operative Korrektur erfolgt hier über subfasziale Perforans-Dissektion und Stripping der distal persistierenden VSM.

Rezidiv-Varikose vom retikulären Typ

Für im Zeitverlauf nach einer Krossektomie und Stripping-OP auftretende retikuläre Varikose besteht ohne transfasziale Kommunikation kein Interventionsbedarf.

Besteht aus ästhetischen Gründen der Wunsch zur Therapie empfiehlt sich hier die (Schaum-) Sklero-Therapie und Mini-Phlebektomie.

Zusammenfassend besteht eine Indikation für eine erneute Intervention oder OP nur bei hämodynamisch relevantem Reflux, bei Progredienz der trophischen Störungen und/oder der Leitveneninsuffizienz, somit klinischem Stadium Grad II oder mehr.

Konservative Therapie ist die Domäne des Stadium Grad I-II.