

Krampfadern entfernen

Kein Stripping, immer ambulant, mit Radiowellen

Die Therapie von Krampfadern erfolgte lange Zeit als sogenanntes Stripping, ein für die Patienten recht unangenehmes Verfahren. Dr. Lothar Müller, Leiter der Abteilung für endovasculäre Venenchirurgie im Kölner Gefäßzentrum Rudolfplatz, erläutert für ORTHOpress moderne Alternativen.

Herr Dr. Müller, endovasculäre Venenchirurgie, was müssen wir uns darunter vorstellen?

Dr. Müller: Endovasculär bedeutet „von innen im Gefäß“, das heißt, wir brauchen die erkrankten Venen nicht mehr mittels großer Schnitte freizulegen, sondern können sie, eben von innen, mit Kathetern behandeln. Als Zugang ist nur ein winziges Schnittchen, mehr ein Stich als ein Schnitt, nötig. Aufgesucht werden die Venen mittels Ultraschall. Die modernen hochauflösenden Ultraschallgeräte erlauben uns eine äußerst zuverlässige Darstellung der Gefäße, die dann unter Kontrolle des Ultraschalls punktiert werden.

Welche Kathetertechniken verwenden Sie?

Dr. Müller: Hauptsächlich den Radiowellenkatheter Venous Closure Fast, manchmal auch das neue Klebersystem Venaseal. Beide Systeme führen zu einem zuverlässigen Verschluss der erkrankten Venen, der Körper besorgt



Dr. Lothar Müller

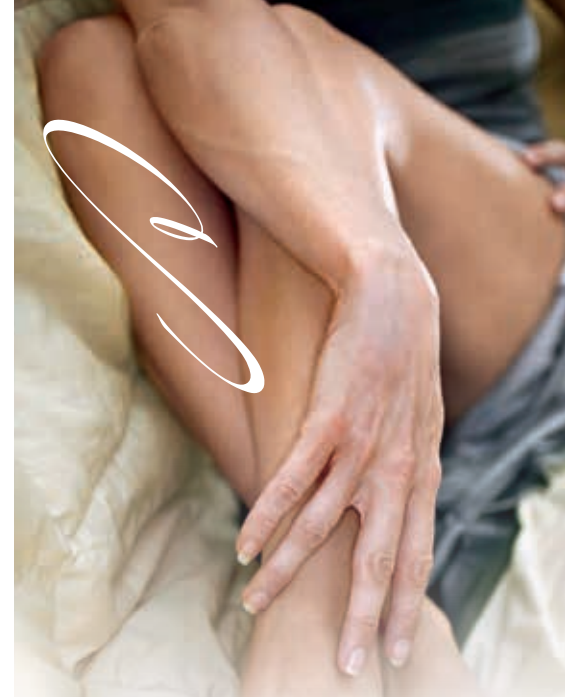
den Rest und baut die Gefäße ab. Ein invasives und das Gewebe stark traumatisierende Herausziehen (Stripping) der Venen ist somit überflüssig geworden. Nur die kosmetisch sehr störenden Seitenäste werden noch über winzige Schnittchen „herausgehäkelt“. Man nennt das Miniphlebektomie. Diese Eingriffe können dabei grundsätzlich in örtlicher Betäubung erfolgen. Viele Patienten entscheiden sich aber für die sehr angenehme Kurzschlafnarkose.

Kann der Patient nach der OP sofort wieder laufen?

Dr. Müller: Er oder sie kann und soll unmittelbar nach dem Eingriff wieder laufen. Antithrombosespritzen sind nur in Ausnahmefällen nötig. Bei örtlicher Betäubung kann der Patient 15 Minuten nach dem Eingriff die Praxis wieder verlassen. Kompressionsstrümpfe müssen übrigens auch deutlich kürzer getragen werden als nach einer Strippingoperation. In der Regel reicht da eine Woche bis zu 10 Tagen.

Noch immer werden Krampfadern stationär operiert, was halten Sie davon?

Dr. Müller: Eine stationäre Operation bei Krampfadern ist heutzutage aus medizinischer Sicht nicht mehr zu rechtfertigen. Selbst beim Stripping ist immer – ich betone immer – ein ambulantes Vorgehen möglich. Es gibt aber Kliniken, die nur von Krampfaderoperationen leben und deshalb die Patienten zu mehrtägigen stationären Aufenthalten bewegen. Medizinisch ist dies nicht zu begründen.



Übernehmen die Krankenkassen die Behandlungskosten der Katheteroperation?

Dr. Müller: Alle privaten und mittlerweile sehr viele gesetzliche Kassen, Tendenz steigend, zahlen die OP in vollem Umfang. Da ist viel im Fluss. Gerade steht ein Vertrag mit der Techniker Krankenkasse, das Radiowellenverfahren betreffend, vor dem Abschluss. Für Selbstzahler kostet in unserem Zentrum der Eingriff an einem Bein ca. 1380 Euro, werden beide Beine in einer Sitzung behandelt, ungefähr 1900 Euro.

Wie sind die Langzeitergebnisse?

Dr. Müller: Mehrere Studien haben ergeben, dass die Langzeitergebnisse des Radiowellenkatheters denen beim Stripping ebenbürtig, wenn nicht überlegen sind. Die Therapieleitlinien beispielsweise in Großbritannien haben das Venous-Closure-Verfahren an die erste Stelle, also vor das Stripping, gesetzt.

Viele Ärzte raten ihren Patienten dennoch immer noch zu Stripping.

Dr. Müller: Ich würde Patienten raten, sich eine Zweitmeinung zu holen. So kann unter Umständen manch großer Schnitt vermieden werden.

Herr Dr. Müller, wir danken für das interessante Gespräch!

Weitere Informationen

Tel.: 0221 / 92475-11
www.angio-koeln.de

Maßanzug für den Leistenbruch

Keine Operation nach Schema F

Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass es nicht ein „bestes und richtiges“ Verfahren bei der Operation von Leistenbrüchen gibt. Nur ein den individuellen Bedingungen angepasstes Verfahren führt langfristig zu schmerzfreier, voller Belastbarkeit der Patienten. Dr. Isabell Wieber vom Kölner Hernienzentrum Rudolfplatz nimmt Stellung zur Leistenbruchchirurgie heute.

Frau Dr. Wieber, wie kann der Patient herausfinden, welches Verfahren für ihn geeignet ist?

Dr. Wieber: Im Gespräch mit dem Spezialisten wird der Patient über die Möglichkeit unterschiedlicher Verfahren aufgeklärt. Er sollte darauf achten, dass nicht nur ein Verfahren angeboten wird. Prinzipiell ist zwischen endoskopischen und offenen Verfahren zu unterscheiden. Beide werden in den Leitlinien als Verfahren der ersten Wahl genannt. Es sind die individuellen Bedingungen, wie z. B. Voroperationen in der Leiste oder am Darm, eine stark adipöse Bauchdecke oder die Beanspruchung der Bauchwand, die schließlich in Absprache mit dem Patienten das Verfahren bestimmen.

Neuere Untersuchungen haben besonders gute Ergebnisse für die TIPP-Technik gezeigt. Diese Technik wird nur von wenigen Hernienspezialisten angeboten. Dabei ist es möglich, genau auf Beschaffenheit der Bauchwand und Größe des Bruches operativ zu reagieren. Dabei wird ein Netz genau unter den Bruchlücken unter die Muskulatur gelegt. Die Muskulatur kann als plastische Deckung über dem Netz als zusätzliche Stabilisierung modelliert werden. Durch die Unter-

suchungen konnte insbesondere gezeigt werden, dass die Patienten weniger unter chronischen Schmerzen zu leiden hatten.

Braucht jeder Patient mit Leistenbruch ein Netz?

Dr. Wieber: Nein. Durch die Einführung der Netztechniken konnte zwar die Rate erneut auftretender Brüche deutlich gesenkt werden, aber das bedeutet nicht, dass kleine Brüche oder z. B. die „Sportler-Leiste“ nicht auch mit einem Nahtverfahren bzw. mit muskulärer Deckung sehr gut zu versorgen sind. In diesen Fällen ist ein endoskopisches Verfahren, bei dem die Bruchversorgung ausschließlich mit Netz möglich ist, oft eine Überbehandlung. In diesen Fällen kann mit offenen Verfahren besser auf das spezielle, individuelle Problem reagiert werden. Besonders bei der sogenannten „Sportler-Leiste“, bei der oft ein richtiger Bruch noch nicht eingetreten ist, geht es meist nur darum, den geschwächten Teil der hinteren Bauchwand muskulär zu decken. Damit kann eine rasche und volle Wiederherstellung der Belastbarkeit erreicht werden. Zur Qualitätskontrolle werden bei uns alle Hernienoperationen in einem Register (Herniamed) erfasst und die Patienten ein und fünf Jahre nach der Operation erneut untersucht.

Frau Dr. Wieber, herzlichen Dank für das aufschlussreiche Gespräch!



Dr. Isabell Wieber

Weitere Informationen

Tel.: 0221 / 924 75 - 28
www.hernien-nrw.de