

Gefäßchirurgie 2014 · 19:616–617
DOI 10.1007/s00772-014-1321-2
Online publiziert: 13. November 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

T. Noppeney

Versorgungszentrum für Gefäßmedizin, Abteilung für Gefäßchirurgie Klinik Martha Maria, Nürnberg

Neues bei den Venen?

Den regelmäßigen Leser(inne)n der Zeitschrift *Gefäßchirurgie* wird es auffallen, dass ich diese Überschrift für ein Editorial bereits 2004 benutzt habe. Auch damals gab es „Neues bei den Venen“, 1998 war die Radiofrequenzablation (RFA) und 1999 die endovenöse Lasertherapie (ELT) zur Ausschaltung des oberflächlichen Refluxes zugelassen worden. Die Auseinandersetzungen, ob man eine Varizen ausschaltende Operation ohne Krossektomie bzw. Ligatur des saphenofemorale oder popliteale Übergangs durchführen darf oder nicht, wurden über lange Zeit mit missionarischem Eifer geführt. Mittlerweile haben wir Daten zu den endovenös-thermischen Ablationsverfahren vorliegen, die Nachbeobachtungszeiträume von 5 und teilweise mehr Jahren umfassen, die zeigen, dass auch ohne Krossektomie dauerhafte Erfolge in der Beseitigung der Varikose und des oberflächlichen Refluxes erzielt werden können. Für die Krossektomie liegt – nebenbei bemerkt – keine wissenschaftliche Evidenz vor, die durch prospektiv randomisierte Studien untermauert ist.

In den vergangenen 10 Jahren wurden weitere Therapieverfahren zur Ausschaltung der Varikose entweder wiederbelebt oder neu eingeführt. Dazu gehörte 2004 die Renaissance der Schaumsklerotherapie, die Einführung eines Strippingverfahrens ohne Krossektomie (ASFAL) 2007, die Einführung der Dampfablation 2009, die Entwicklung der mechanochemischen Ablation 2011 und als letzte Neuerung, die Ausschaltung des oberflächlichen Refluxes mit Cyanoacrylat-Kleber 2012. Nachdem das therapeutische Spektrum für den phlebologisch interessierten Arzt etwa 100 Jahre lang auf das Strippingverfahren und die Sklerotherapie mit flüssigen Agenzien beschränkt war, ergeben sich nun zahlreiche therapeutische Ansätze. Um die Wertigkeit der Verfahren

beurteilen zu können, ist es wichtig, dass der Gefäßchirurg bzw. Phlebologe mit allen Verfahren vertraut ist und die Grenzen der Anwendung einschätzen kann. Heute ist es von großer Bedeutung, das richtige Verfahren für die richtige Indikation auszuwählen. Wir werden Ihnen in diesem Heft drei Beiträge zur RFA, ELT und zur Ausschaltung des oberflächlichen Refluxes mit einem Kleber vorstellen.

» Heute ist es von großer Bedeutung, das richtige Verfahren für die richtige Indikation auszuwählen

Wir haben in den vergangenen 10 Jahren noch mehr Neuigkeiten erlebt. Es wurde über das Phänomen der Neovaskularisation als Ursache des Krosserezidivs geforscht und diskutiert, und wir haben in der Therapie der tiefen Venenthrombose durch die Einführung neuer oraler Antikoagulanzen eine weitere Entwicklung erlebt, die die Therapie sicherer gemacht und das Blutungsrisiko gesenkt hat.

Abschließend darf ich Sie noch einmal darauf hinweisen, dass die Diagnostik und Therapie von Venenerkrankungen einen wichtigen Teil der Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin darstellt, und möchte enden mit einem Zitat von Peter Gloviczki, der als Präsident des American Venous Forum formuliert hat:

„Venous surgery is no longer considered to be a stepchild of vascular surgery; it is, without doubt, an equal partner to arterial surgery.“



T. Noppeney

Korrespondenzadresse



Dr. T. Noppeney

Versorgungszentrum für Gefäßmedizin, Abteilung für Gefäßchirurgie Klinik Martha Maria
Obere Turnstr. 8,
90429 Nürnberg
tn@gefaesszentrum-nuernberg.de

Interessenkonflikt. T. Noppeney gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hier steht eine Anzeige.

