

Der Fall des Monats

Die Therapie des gemischten arterio-venösen Ulcus cruris (mixtum) - immer noch eine Herausforderung!

Patienten, die unter einem gemischten arterio-venösen Ulcus cruris leiden, verweilen oft lange erfolglos in der Behandlung bei Haus- und diversen Fachärzten, oft bleiben monate- oder gar jahrelange Therapieversuche frustan für Arzt und Patient. Die Crux liegt leider auch heute noch in dem Kardinalsfehler, die Wunde als rein äußerliches Problem mit diversen Salben, Wundauflagen etc. zu behandeln, ohne die Grunderkrankungen, die zum Ulcus geführt haben, zu berücksichtigen. Dass eine feuchte Wundbehandlung zu erfolgen hat bzw. trockene Kompressen und Puder tabu sind, dürfte sich weitgehend durchgesetzt haben.

Das spezifische Problem beim Ulcus mixtum besteht im Fehlen einer spontanen Heilungs-Tendenz bzw. in den nachgerade konträren Therapieansätzen beim arteriellen oder venösen Ulcus (Stichwort: Bein nachts tieflegen oder hochlagern?!?).

Jedoch: Selbst bei Überwindung der diagnostischen Hürde der Klärung der multifaktoriellen Ulcusgenese - die Therapie ist oft langwierig: „The 36-week healing rates for severe arterial-venous chronic ulcers were 23 %, despite an aggressive approach to correct arterial disease“(1). Dabei gibt es valide Daten zur primären Notwendigkeit der arteriellen Rekonstruktion im Hinblick auf die zu erwartende Ulcusheilung - in Abhängigkeit vom venösen Problem (2):

1. arterielle Intervention + Varikose-Therapie -> 95% Abheilung
2. arterielle Intervention + sekundärer Reflux der tiefen Vv. -> 57% Abh.
3. arterielle Intervention + PTS nach TVT -> 41% Abh. (aber: 13% Amputations-Rate!)
4. ohne arterielle Rekonstruktion (+ alle Venenleiden) -> 0% (25% Amputationen!!)

Ein weiteres Problem (in unserer Leitlinien-geprägten Zeit) beschreibt Prof. Partsch aus Wien: „Aufgrund der außergewöhnlichen Komplexität dieser Patienten gibt es keine generellen Therapieprotokolle und die Patienten werden nach individuellen Gesichtspunkten behandelt“ - auf Deutsch: Jeder macht, was er gerade für richtig hält! (3)

Wir sahen daher die Notwendigkeit, einen Lösungsansatz zu erarbeiten, der zumindest eine grob schematisierte Herangehensweise ermöglicht:

1. Individualisierung des Patienten durch subtile Analyse: Entwicklung des Beschwerdebildes über die Jahre, Risikofaktoren (KHK, Diab.



Dr. Ulrich Ruppe



71-jährige Patientin mit „typischerweise atypisch“ gelegenen Ulcus cruris arterio-venosum (mixtum) bei Aufnahme (Bild: Dr. Ruppe)

- mell., VHF), Eigen- und Familien-Anamnese (Operationen? Thrombosen? Thrombophilie?) -> Therapie der Risikofaktoren, Sekundärprophylaxe
2. Diagnose, präzisiert nach arterieller und venöser Komponente (1. + Duplex-Sono)
 3. Perfusions-Verbesserung (arteriell) z.B. durch Prostaglandine i.v. - sofort beginnen!
 4. Lokalthherapie des Ulcus: Diese ist auf den „evidence-based“-aktuellen Stand zu bringen, einschließlich mikrobiologischer Abklärung der (häufigen) Superinfektion
 5. Angiographie zur Klärung der Indikation zur Revaskularisierung (Bypass? / PTA?) einschließlich eines internistischen Konzils zur Optimierung der kardiologischen, diabetologischen usw. Therapie sowie Klärung von Kontraindikationen zur OP. Darauf folgend die definitive arterielle Versorgung. Bei fehlender Rekonstruktionsmöglichkeit als ultima ratio: Fortsetzung der Prostaglandin-Infusionen.
 6. Venöse Entstauung: Sie ist immer der zweite Schritt nach der Verbesserung des arteriellen Einstroms. Der Beginn der entstauenden Therapie muss behutsam, nach Verträglichkeit analog der arteriellen Perfusion erfolgen: zunächst durch einfaches Hochlagern der Extremität, dann durch nicht-elastische Kompression (\downarrow des Ruhe-p, \uparrow des Übungs-p) bei gleichzeitiger Physiotherapie des OSG zur Reaktivierung der Waden-Muskelpumpe. Hervorragende Hilfe leistet auch die apparative pneumatische Kompression, die wohl dosiert in Intensität und Dauer langsam gesteigert werden kann. In gewissem Maße wird dabei parallel auch die arterielle Perfusion verbessert.
 7. Kompression: Nach Erreichen einer stabilen Arterialisierung der Extremität (die peripheren Dopplerdrucke sollten ca. 80-100 mmHG erreichen) muss die konsequente elastische Kompression mittels Kurzzugbinden (Pütterverband), bzw. medizinischen Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse II erfolgen. Ein Problem sind die gewickelten Verbände gerade bei Selbstanlage durch den Patienten, oft finden sich in der Folge Abschnürungen, die im ungünstigsten Falle zu tiefen Abschnürungen führen können („Michelin-Männchen-Syndrom“). Eine elegante Lösung bei persistierendem Ulcus sind die mehrlagigen Strümpfe, bei denen der Klasse-II-Kompressionsstrumpf über einen Unterstrumpf auf das Bein gezogen wird.
 8. Venöse Sanierung: Dazu gehören 1. die epifasziale Refluxsanierung durch Varizen-OP: Stripping, endovaskuläre Techniken, Schaum-Sklerosierung, mikrochirurgische Exhairese, Perforansligatur. Hier besteht ggf. eine der seltenen Indikationen zur Endoskopischen Subfaszialen Perforans-Dissektion (ESPD nach Hauer, 1985). 2. die Ulcus-Sanierung bei konservativ therapie-refraktären Befunden: Ulcus-



Dieselbe Patientin nach erfolgreicher Verbesserung des arteriellen Einstroms (Prostaglandine i.v.)
(Bild: Dr. Ruppe)

Shaving, paratibiale Fasziotomie, Fasziektomie, plastische Deckung (z.B. mash-graft-Plastik).

9. Abheilung. Diese Phase kann man auch als Stabilisierung bezeichnen („die Mühen der Ebene“). Bei diesen kritischen Patienten sind eine engmaschige Überwachung und die sofortige Intervention bei jedweder Verschlechterung eines arteriellen oder venösen Durchblutungsparameters, einschließlich der strengen Überwachung des Kompressionstherapie-Regimes des Patienten, zwingend erforderlich.

Ohne diesen nachgerade aggressiven Ansatz in der angiologisch-phlebologischen Überwachung der Patienten mit gemischt arteriell-venösen Ulcera und ohne konsequente Therapiefortsetzung sowie bestmögliche Therapie der Begleiterkrankungen (insbesondere bei Diabetes) ist mit rasch rezidivierenden Ulcera zu rechnen.

Literatur:

Ghauri A.S.: The diagnosis and management of mixed arterial - venous leg ulcers, Eur J Vasc Endovasc Surg, 16 (4) :350-5,1998

Treiman G.S. et al.: Factors influencing ulcer healing in patients with combined arterial and venous insufficiency, J Vasc Surg 33:1158-64, 2001

Partsch H.: International Venous Digest, Vol.VI, N° 08, 2002

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Ruppe, Praxis für Chirurgie und Gefäßmedizin, Ärztezentrum Hellersdorf "Helle Mitte" / Gesundheitszentrum am Potsdamer Platz Hellersdorfer Str. 237, 12627 Berlin www.GefaesszentrumBerlin-HelleMitte.de, www.gzpp.de



Und nach konsequenter Therapie mit Medizinischen Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse II (Bild: Dr. Ruppe)

Wussten Sie schon...

... dass auch Internisten Phlebologie betreiben dürfen?

Bei Verdacht auf Vorliegen einer tiefen Beinvenenthrombose ist im hausärztlichen Versorgungsbereich diagnostisch in der Regel wenig abzurechnen. Mit der Versichertenpauschale sind die meisten Untersuchungen und Beratungen abgegolten.

Labortechnisch wäre noch der D-Dimer-Schnelltest nach GO-Nr. 32027 (15,30 Euro) zu berechnen. Interessant ist jedoch, dass Facharztinternisten, die sich im Rahmen ihres Versorgungsauftrages für die hausärztliche Versorgung entschieden haben,

dennoch automatisch Zugriff auf das Kapitel 30.5 Phlebologie haben.

Das ergibt sich aus der Präambel zum hausärztlichen Versorgungsbereich, Absatz 5, im EBM. In diesem Kapitel enthalten sind der Phlebologische Basiskomplex (GO-Nr. 30500) und die Verdünnung von Varizen (GO-Nr. 30501).

Im Zusammenhang mit der Behandlung des postthrombotischen Syndroms ist die Kompressionstherapie nach der GO-Nr. 02313 zu berechnen.

Im obligaten Leistungsanteil sind hier neben der reinen Kompressionstherapie noch die Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung sowie alle weiteren vier Wochen gefordert.

Die Leistung nach der GO-Nr. 02313 ist je Sitzung und je Bein berechnungsfähig, also zweimal je Patientenkontakt.

(Quelle: Ärzte Zeitung-Newsletter vom 6. Juli 2012)

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

- ✓ Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird in den nächsten Tagen den Entwurf zur Änderung der Verordnung über das Verfahren zum **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) vorlegen. Im Vorfeld haben die AOK Bayern und der Landesverband Bayern der Betriebskrankenkassen Änderungswünsche angemeldet.
- ✓ Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat sich dafür ausgesprochen, die für die **medizinische Grundversorgung** notwendigen Leistungen zu definieren. Die Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Dermatologen (AGuD) hat dazu bereits eine Neubewertung des Umfangs dermatologischer Leistungen vorgenommen. Danach soll der Katalog von Selbstzahlerleistungen (sog. Individuelle Gesundheitsleistungen - IGeL) erheblich ausgeweitet werden.

Industrieticker



Compressana Cool Bein- und Venenspray erleichtert das Tragen von Kompressions- und Stützstrümpfen in der Sommerzeit und wirkt wie eine erfrischende Dusche für die Beine. Das neue Compressana Schaumspray

kann direkt auf Strümpfe aufgetragen werden, ohne Rückstände zu hinterlassen. Die wertvollen Inhaltsstoffe pflegen die Haut mit angenehm frischem Duft und geben ein glattes geschmeidiges Hautgefühl. Informationen unter www.compressana.de



Sportler stehen auf Kompression. Viele tragen Ihre Kompressionsstrümpfe auch nach dem Sport, damit die Beine wieder schneller frisch, erholt und fit sind. Speziell für diese Anforderungen hat Ofa Bamberg die neuen **O-motion recovery & business socks** entwickelt. Sie werden an die individuellen Maße der Sportler angepasst und passen durch ihre dezente Optik auch ideal zum Business- oder Freizeit-Outfit. www.omotion.eu



Die **medi** **Patienteninformationen Venensystem und Lymphsystem** (Abreißblöcke mit 50 Merkblättern) veranschaulichen Anatomie, Behandlungsschritte und die Therapie mit medizinischen Kompressionsstrümpfen. Sie wurden konzipiert, um die Patienten-Compliance zu steigern, unterstützen den Arzt im Patientengespräch und sparen Zeit. Kostenfreie Bestellung bei Simone Wolf, Telefon 0921/912-1131, E-Mail s.wolf@medi.de.



JOBST® Elvarex® Soft ist ab sofort auch als Bermuda- und Caprihose erhältlich. Zweiteilige Versorgungen (z.B. Bermudahose + Oberschenkelstrumpf) bieten insbesondere

Patienten mit Bewegungseinschränkungen ein vereinfachtes Anziehen und somit eine höhere Selbstständigkeit. Für weitere Informationen senden Sie uns bitte eine E-Mail an folgende Adresse: jobst.gmbh@bsnmedical.com.



Lymphologie-Medizinposter von Bauerfeind: Behandelnde Ärzte und Therapeuten können mit Hilfe dieser neuen Übersicht zur Anatomie und Pathologie des Lymphsystems und der passenden VenoTrain-Kompressionstherapie ihren Patienten ein

grundlegendes Verständnis zu ihrem Befund vermitteln. Das Poster steht zum Download unter www.lymphportal.de bereit und kann unter Tel. 0800-001 05 60 kostenfrei bestellt werden.

Terminhinweise

- 31.08 - 02.09.2012, Berlin 85. Jahrestagung Norddeutsche Dermatologische Gesellschaft www.ndg2012.mci-berlin.de
- 12. - 15.09.2012, Mainz 41. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Angiologie www.angiologie2012.de
- 19. - 22.09.2012, Lübeck 54. Jahreskongress Deutsche Gesellschaft für Phlebologie www.dgp-luebeck.de