

## 6. Phlebologisches Symposium

Am 27. November 2021 veranstaltete Juzo das 6. Phlebologische Symposium in Berlin als hybride Fortbildung mit dem Schwerpunkt „Gefäßkrankungen und ihre Therapien im interdisziplinären Kontext“. Unter der wissenschaftlichen Leitung von **Prof. Dr. med. Markus Stücker, Bochum**, wurde von namhaften Referent\*innen ein interdisziplinärer Bogen gespannt und dabei phlebologische Krankheitsbilder und ihre Behandlung aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen beleuchtet.

Da die Phlebologie ein umfangreiches Spektrum umfasst, das viele medizinische Fachgebiete vereint, suchen viele Patient\*innen mit phlebologischen Erkrankungen Ärzt\*innen der Allgemeinmedizin, Angiologie, Dermatologie, Orthopädie, Chirurgie, Inneren Medizin, Gynäkologie und nicht zuletzt Hausärzt\*innen auf. Aufgrund der längeren Lebenserwartung und dem damit einhergehenden Anstieg der älteren Bevölkerung werde auch die Zahl der Patient\*innen mit phlebologischen Beschwerden steigen, so Prof. Dr. med. Stücker.

Ein weiterer Fokus lag auf dem voluminösen Bein. Dabei ging es um Phleb-, Lymph- und Lipödeme sowie die Adipositas-assoziierte venöse Insuffizienz. Vorträge zur Diagnostik und Therapie infizierter Wunden und zu wichtigen Aspekten der Kompressionstherapie rundeten den Tag ab.

### I. Phlebologie interdisziplinär

**Peter Nolte, Meinerzhagen-Valbert** eröffnete den ersten Block mit einem Vortrag über „Stauungskomplikationen nach orthopädischer operativer Intervention“. Jedes Gewebetrauma, gerade im Bereich des ventromedialen Bündels (Flaschenhals) der Bein-Lymphgefäße, führe zu einer akuten Entzündung der umliegenden Gewebestrukturen und dadurch zu einem postoperatives Lymphödem, das Wundheilungsstörungen, Schmerzen und länger andauernde Immobilität mit sich bringe.

Präventiv sei die präoperative Risikostratifizierung sinnvoll, um z.B. erst in der Erhaltungsphase zu operieren und nicht mit unentstautem Bein. Behandlungsziele seien die Beseitigung des inflammatorischen Proteinstaus, Verhütung einer Protein-Reakkumulation, Rückbildung der bindegewebigen Proliferation durch Reduktion des vermehrten Ultrafiltrates, Steigerung des Lymphzeitvolumens, Entwicklung neuer Lymphabflusswege, Steigerung der Makrophagenaktivität und Fragmentation der Kollagenfasern. Diese seien mit KPE Phase 1, MLD mit anschließender lymphologischer Kompressionsbandagierung und zusätzlich apparativer intermittierender Kompressionstherapie zu erreichen. Gegebenenfalls sei noch KPE Phase 2 mit angemessener Kompression und weiterhin MLD nötig. Als Fazit sehe er eine verbesserte Wundheilung, rasche Mobilisation der Gelenke und zügige Mobilität der Patient\*innen bei gleichzeitig verringertem Risiko thromboembolischer Ereignisse, verminderter Schmerzbelastung und Medikation sowie rascher Reintegration ins Berufsleben.

Wie man venöse Symptome in der Schwangerschaft therapieren kann und welche Ergebnisse ihre Studie zum Thema Kompression in der Schwangerschaft lieferte war Inhalt des Vortrags von **Dr. med. Erika Mendoza, Wunstorf**.

Bereits bestehende venöse Symptome würden durch eine Schwangerschaft verstärkt. Unabhängig von einem Leiden bringe der Kompressionsstrumpf eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität. Als neue Indikation sei die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft hinzugekommen, unter denen ca. 50 bis 80% der Schwangeren leiden. Kompression verringere die Füllung der Wadenvenen, möglicherweise sei dadurch das zirkulierende Blutvolumen höher und mehr vorhanden für Kopf und Magen-Darm-Bereich. Die Studie zeigte signifikant weniger Übelkeit und Erbrechen sowie weniger Einschränkungen im Allgemeinen. Auch Schwindel und Müdigkeit verbesserten sich. Die Wirkung von Kompression sei der Wirksamkeit von Medikamenten in der Schwangerschaft überlegen.

**Giovanni Mosti, MD, Lucca, Italien**, sprach in seinem Vortrag „Phlebological diseases on patients with POAD – what now?“ über die Möglichkeit der Kompressionstherapie in Zusammenhang mit der pAVK. Allerdings wollten viele Ärzte hier die Kompressionstherapie nicht nutzen, weil sie fürchten, dass sich die Krankheit verschlimmere. Kompressionstherapie sei aber auch bei der pAVK sehr wichtig, weil Ödeme behandelt werden könnten und die Pumpfunktion zunehme. Auch antiinflammatorische Aspekte, Reduktion des venösen Rückstroms sowie Schmerzreduktion seien positive Effekte der Kompressionstherapie. Venöse Erkrankungen könnten ambulant/konservativ behandelt werden, auch wenn eine leichte arterielle Beteiligung vorliege. Bei einer mittelschweren arteriellen Erkrankung müsse der Kompressionsdruck reduziert

werden (nicht > 40 mm Hg). In allen Studien, in denen über die Behandlung von venösen Erkrankungen mit mäßiger arterieller Erkrankung berichtet wurde, wurde die Kompression mit reduziertem Druck von den Patient\*innen gut vertragen. Bei gemischten Ulzera behindere die arterielle Erkrankung die Heilung nicht, aber die Heilungszeit könne länger sein als beim reinen Ulcus cruris.

**Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Essen**, beschäftigte sich mit Diagnostik und Therapie von Wundinfektionen, wobei lokale Infektionen den Schwerpunkt darstellten. Zunächst müsse im Rahmen der bakteriologischen Diagnostik ein Abstrich und ggf. eine Biopsie/Exzision vorgenommen werden. Die Wundspülung könne mit physiologischer Kochsalz- oder Ringerlösung erfolgen. Mechanisches Debridement sei bei locker, chirurgisches Debridement bei stärker haftenden Belägen angezeigt. In Zukunft kämen vermehrt „smarte Diagnostik“ über smart dressings (intelligente Wundaufgaben) und Wearables, Biosensoren oder Implantate, die teilweise bereits gleichzeitig therapieren können, zum Einsatz. Systemische Antibiose solle nur bei systemischer Infektion verwendet werden. TILI (therapeutischer Index lokaler Infektionen) und W.A.R. (wound-at-risk) Score seien einfach anzuwendende Instrumente für die Wunddiagnostik des Infektionsrisikos im klinischen Alltag. Wundantiseptik sei ein wichtiger Bestandteil der Wundtherapie, die erste Wahl für chronische Wunden sei das Polihexanid PHMB. Wundantiseptik solle gezielt und zeitlich begrenzt eingesetzt werden.

## II. Moderne invasive Therapie der Varikose

Der Gefäßchirurg **Dr. med. Dr. med. univ. Dominic Mühlberger, Bochum**, referierte über den Stellenwert der extraluminalen Valvuloplastie (eVP). Dieses Verfahren unterscheide sich von den anderen Verfahren dieses Blocks dadurch, dass es die Venen nicht zerstöre, sondern erhalte. Das Prinzip der eVP bedeute die Venenklappen der Vena saphena magna (VSM) und Vena femoralis communis zu reparieren, indem eine Ummantelung von außen durchgeführt werde. Dadurch schließen die darunter liegenden Klappensegel wieder und die Venenklappe könne ihre Funktion wieder ausüben. Diese Therapie werde mit einer Kunststoffmanschette mit U-förmigem Ausschnitt durchgeführt, gehe nur bei bestimmten anatomischen Voraussetzungen und wenn der Rest der Vene auch erhaltenswert sei. Dr. Mühlberger stellte verschiedene Studien vor und verglich die Ergebnisse der angewandten Operationstechniken und die langfristigen Auswirkungen. Das Verfahren eigne sich zwar nur für ca. 10 bis 15% der Patient\*innen, aber sei in diesen Fällen sehr effektiv. Es sei tief und oberflächlich einsetzbar und führe zu einer Normalisierung der venösen Hämodynamik. Die Venenfunktion lasse sich wieder herstellen und durch den Erhalt der VSM könne diese noch als Bypassgefäß genutzt werden. In Zukunft werde es gegebenenfalls ein perkutanes, minimal invasives Vorgehen geben. Wenn möglich solle die Devise lauten: Venen reparieren, statt operieren.

**PD Dr. med. Lars Müller, Hamburg**, erläuterte die Technik der endovenösen Laserablation beim Crossen-Rezidiv. Die endovenöse thermische Ablation durch Laser- und Radiofrequenztechniken habe sich neben der konventionellen Operation mittlerweile als eine Standardmethode zur Behandlung der primären Varikose etabliert. Die endovenöse Therapie des Crossen-Rezidivs sei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle technisch möglich, die Datenlage in Bezug auf Langzeitergebnisse sei jedoch noch sehr limitiert. Besonders treffe dies für die technisch anspruchsvolleren Crossen-Rezidive mit kürzerem Stumpf zu, für welche bislang lediglich Fallserien dokumentiert worden seien.

**Dr. med. Tobias Hirsch, Halle**, stellte in seinem Vortrag die Methode der Akrylatverklebung bei der Therapie der Saphena-Venen vor und analysierte die aktuelle Datenlage. Die Akrylatverklebung der Stammvarikose stelle ein nützliches Add-on zu den etablierten Methoden der Varizentherapie dar, welches vergleichbare hohe Verschlussraten wie die thermischen Methoden ermögliche. Sie sei für viele Patient\*innen auch wegen des schonenden Eingriffs attraktiv, weil keine Tumeszens-Anästhesie nötig sei. Dadurch seien nur ein geringer Schmerz und keine Nervenschäden zu erwarten. Vorteilhaft sei dabei zudem, dass es keiner zusätzlichen Investition im Rahmen der technischen Ausstattung des Anwenders bedürfe und die Methode, bis auf eine Lernkurve an der Crosse, leicht erlernbar sei. Als Nebenwirkungen führte er auf, dass Kleber ein Implantat bleibe, das erst nach gewisser Zeit absorbiert werde, „Phlebitis“-artige Lokalreaktion/Reizzustand, nicht nur sichtbar, sondern auch schmerzhaft, generalisierte Urtikaria, vereinzelt Fremdkörpergranulom, EGIT (Thrombose durch Glue Kleber verursacht), Hyperpigmentierung.

**Dr. med. Univ. Renate Murena-Schmidt, Köln**, gab ein Update zur Sklerosierungstherapie. Ziel der Sklerotherapie sei die Umwandlung der Varizen in einen bindegewebigen Strang. Die Therapieziele stimmen mit denen anderer Verfahren überein und alle Indikationen seien vorhanden. Sie sprach über Diagnostik, Konzentration und Dosis des Sklerosierungsmittels, Schaumvolumen- und -qualität, Nebenwirkungen, Punktionstechnik und neue Studien zur UGFS (ultrasound-guided foam sclerotherapy) bei VSP und VSM.



### III. Das voluminöse Bein

„Wo endet das Phleb-Ödem, wo beginnt das Lymph-Ödem?“ fragte **Prof. Dr. med. Birgit Kahle, Lübeck**, in ihrem Vortrag und illustrierte anhand eines Fallbeispiels, dass es nicht nur aufgrund einer Blickdiagnose möglich sei, die unterschiedlichen Ödemarten voneinander zu unterscheiden. Dazu sei eine Abgrenzung in fünf verschiedenen Schritten nötig: Anamnese/sekundäre Ödeme, typisches klinisches Bild, Angio- bzw. Vaskulogenese, Genetik und Entzündung. Genetisch abgrenzbar sei das Phleb- vom Lymphödem, aber pathophysiologisch sei es nicht sicher. Ödempatient\*innen mit Hautveränderungen sollten phlebologisch und duplexsonographisch untersucht werden. Corona phlebectatica paraplantaris als Zeichen einer CVI sei ähnlich bedeutsam wie das Kaposi-Stemmer-Zeichen beim Lymphödem. Entzündliche Prozesse spielten sowohl bei der fortgeschrittenen CVI als auch bei Lymphödemen eine Rolle.

Über „Funktionelle venöse Insuffizienz als Folge der Adipositas“ informierte **Dr. Dr. med. univ. Hans Bayer, Freiburg**. Ab einem BMI von 30 beginne die Adipositas Grad 1. Deutschland und Großbritannien liegen in Europa an der Spitze der übergewichtigen Menschen. Bis zu einem Alter von 50 Jahren führen die Männer, ab 50 gebe es mehr adipöse Frauen. Der erhöhte intraabdominelle Druck schädige auf Dauer die Venenklappen. Chronisch venöse Insuffizienz und Übergewicht seien Volkskrankheiten, deren Inzidenz steige. „Phlebositas“ sei ein reales Phänomen. Die Adipositas korreliere mit dem CEAP. Muskel- und Knöchelpumpe seien protektive Faktoren, daher sei die Mobilität der Patient\*innen ganz entscheidend.

**Dr. med. Gabriele Faerber, Hamburg**, gewährte Einblicke in den aktuellen Stand der Lipödem-Leitlinie-Arbeit. Es bestehe weitgehender Konsens zu Definition, Diagnose und Differenzialdiagnose, medikamentöser Therapie, apparativer intermittierender Kompression, psychosozialen Aspekten und Liposuktion. In Arbeit seien gerade Themen wie Ätiopathogenese, Pathophysiologie und darauf aufbauend konservative Therapien wie Physiotherapie/MLD, Kompression, Ernährung und Gewichtsmanagement. Sie zeigte auf, wie das Lipödem im internationalen Vergleich eingeschätzt werde. In Diskussion seien aktuell der Ödembegriff und der Begriff der Inflammation.

### IV. Kompressionstherapie

Der technische Orthopäde **Dr. med. Dirk Theodor Schraeder, Geseke**, beleuchtete, was beim Kompressionsstrumpf und Diabetischen Fuß zu beachten sei. Beim Diabetischen Fußsyndrom sei man damit befasst die Spätfolgen, wie Neuropathie, Sensibilitätsstörung, sensomotorische, vegetative und motorische Störung, zu behandeln. Man müsse verhindern, dass aus normalen Deformitäten keine strukturellen Deformitäten entstehen. Man müsse der Frage nachgehen, welche Deformität der Mensch hatte, bevor er den diabetischen Fuß bekommen hat. Die eigentlichen Urthemen wie Orthopädieschuhtechnik, Einlagen- und Strumpfvorsorgung seien gerade bei Diabetikern „unsexy“, aber enorm wichtig. Er erläuterte, was bei der Verordnung zu beachten sei. Auch auf die Bedeutung von Zinkleimverband, Orthesen und Kompression ging er ein.

**Dr. med. Jana Ziob, Bonn**, sprach über „Kompression bei Psoriasis am Unterschenkel – pro und contra“. Die Psoriasis (Schuppenflechte) sei eine chronisch-entzündliche multifaktorielle Systemerkrankung, von der ca. 2-3 % der Bevölkerung in westlichen Ländern betroffen seien. Psoriasis-Patient\*innen weisen häufig – trotz adäquater Therapie – therapieresistente Hautveränderungen an den Unterschenkeln auf, welche die Lebensqualität der Betroffenen sehr stark einschränke. Klinische Beobachtungen zeigen, dass Patient\*innen von einer zusätzlichen Kompressionstherapie profitieren können. Hierbei könnten die erwiesene Verbesserung der Mikrozirkulation und die Freisetzung von antiinflammatorischen Mediatoren im Rahmen einer Kompressionstherapie einen hohen Stellenwert einnehmen.

Über „Venöse Hämodynamik der Beine im Wasser – und Kneipp hat doch recht!“ referierte **Cand. med. André Janssen, Lübeck**. Heutzutage gelte die Kompressionstherapie in der Behandlung von venösen Krankheitsbildern als elementar. Daher sei es von Interesse, ob der hydrostatische Druck in der Lehre der Hydrotherapie von Sebastian Kneipp tatsächlich einen Einfluss auf die venöse Hämodynamik habe, man sich diesen Effekt vielleicht auch in der Kompressionstherapie zu Nutze machen könne und ob Bewegungen im Wasser für Venenpatient\*innen besonders günstig seien. Die Ergebnisse einer Studie bei 19 Personen zeige, dass der Wasserdruck, der beim Stehen im Wasser auf das Gewebe und somit auch auf das Gefäßsystem wirke, einen erheblichen Einfluss auf die venöse Hämodynamik habe. Dieser Effekt sei deutlicher als beim Tragen von medizinischen Kompressionsstrümpfen, KKL 2, A-G. Dies lasse vermuten, dass Bewegungen im Wasser eine Kompressionstherapie bei Venenerkrankungen positiv ergänzen könnten.

## Raum für Diskussion, Vernetzung und einen interdisziplinären und interprofessionellen Wissenstransfer

An phlebologisch interessierte und tätige Ärzt\*innen, aber auch an Wundversorger, medizinisches Personal, Therapeut\*innen und Versorgungsfachkräfte des medizinischen Fachhandels gerichtet, bot die Veranstaltung über Ländergrenzen hinweg viel Raum für Diskussion, Vernetzung, Wissensvermittlung und auch Demonstration.

In den Pausen fand eine Ausstellung der Unternehmen biolitec® biomedical technology GmbH, Jena, ViALUX GmbH, Chemnitz, ELCAT GmbH, Wolfratshausen und Villa Sana GmbH & Co. med. Produkte KG, Weiboldshausen, statt. Karsten Wandslebe von Juzo stellte bei Praxisdemonstrationen die Medizinischen adaptiven Kompressionssysteme Juzo ACS Light und Juzo Compression Wrap vor. ViALUX zeigte, wie Vermessungen mit dem BodyLux Messgerät durchgeführt werden können.

Rund 80 Teilnehmende waren an dem Tag vor Ort mit dabei und weitere knapp 180 Teilnehmer\*innen aus Deutschland und acht weiteren Ländern (Österreich, Schweiz, Niederlande, Polen, UK, Spanien, Litauen, Mauritius) hatten sich für die Online-Formate (Livestream und Mediathek) angemeldet. Prof. Dr. med. Markus Stücker kündigte bereits mit großer Freude das nächste Phlebologische Symposium für 12.11.2022 in Böblingen an.

*Mehr zu den Veranstaltungen der Akademie finden Sie unter [juzo.de/akademie](https://juzo.de/akademie).*

**Bilder:** Juzo

**Bildunterschrift:**

**Bild 1: von hinten links:** Dr. med. Dr. univ. Dominic Mühlberger, Cand. med. André Janssen, Dr. med. Gabriele Faerber, PD. Dr. med. Lars Müller, Prof. Dr. med. Markus Stücker, Dr. med. Dirk Theodor Schraeder, Peter Nolte

**Es fehlen:** Dr. Dr. med. univ. Hans Bayer, Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Dr. med. Tobias Hirsch, Prof. Dr. med. Birgit Kahle, Dr. med. Erika Mendoza, Giovanni Mosti MD, Dr. med. univ. Renate Murena-Schmidt, Dr. med. Jana Ziob

**Bild 2:** Bei Praxisdemonstrationen zu Medizinischen adaptiven Kompressionssysteme wurden Juzo ACS Light und Juzo Compression Wrap vorgestellt.

**Bild 3:** 6. Phlebologische Symposium als hybride Veranstaltung.

