

Golf bringt Venenfitness, aber was tun bei manifester Varikosis?

Von Peter G. Friedl und Eberhard M. Rappold

Der positive Effekt auf die periphere arterielle Durchblutung und den venösen Rückstrom bei Sportarten mit kontinuierlicher Belastung der Muskulatur ist hinreichend bekannt. Neben Walking, Radfahren, Wandern ist das Golfen einer dieser bevorzugten sportlichen Aktivitäten. Wie sich Golfen jedoch auf eine bereits bestehende Varikosis auswirkt, und was Golfer gegen Venenprobleme tun können, beschreibt dieser Beitrag.

Ähnlich dem Walking wird auch beim Golfen durch das Gehen und beim Schwingen mit dem Golfschläger die Funktionsfähigkeit der Venen über die Aktivierung der Muskelpumpe gefördert. Die Beinmuskulatur wird beim Gehen angespannt und auf diese Weise wird Druck auf die Venen ausgeübt. Bei Venengesunden kommt es so über gesunde, verschlussfähige Venenklappen zu einem geregelten Blutrückfluss von der Peripherie zum Herzen hin.

Doch was geschieht mit Golfspielern, die von einem Venenleiden betroffen sind? (Abb. 1) Immerhin handelt es sich beim Venenleiden um eine Volkskrankheit: etwa 20 Millionen Bundesbürger haben Schätzungen zufolge ein behandlungsbedürftiges Beinvenenleiden. Deshalb ist auch mit einer hohen Anzahl aktiver Golferinnen und Golfer zu rechnen, die



Abb. 1: Venenkranker Golfer

eine manifeste Venenerkrankung aufweisen. Trotz der Bewegung können während und nach einer vier bis fünf Stunden dauernden Golfrunde bei einer nicht adäquat versorgten venenkranken Person durchaus gravierende Probleme auftreten. Neben einer schmerzhaften Weichteilgewebsschwellung kann es durch Stauungsphänomene in den unteren Extremitäten bei manifester Varikosis, aber auch bei einer Schwäche des tiefen Venensystems (Leitveneninsuffizienz), zu Venenwandentzündungen (Thrombophlebitiden), oder sogar bei einer Thrombophlebitis insuffizienter Muskelvenen zur Thrombose des tiefen Venensystems kommen. Im schlimmsten Fall droht als Konsequenz der tiefen Venenthrombose eine lebensbedrohliche Lungenembolie.

Diagnostik bei Venenerkrankungen

Neben der klinischen Untersuchung haben sich die Doppler- und die Farbduplexsonographie als die wichtigsten instrumentellen Untersuchungen durchgesetzt. Vor allem die Farbduplexsonographie vermittelt verlässliche Informationen über die Situation im epifaszialen Venensystem und kann über die Dynamik des tiefen Venensystems Aufschluss geben. Die Phlebographie als invasive und strahlenbelastende Untersuchung hat mittlerweile an Bedeutung abgenommen und wird nur bei besonderen Fragestellungen eingesetzt. Zur Quantifizierung der Venendruckpathologie kommen zwei physikalische Messungen in Frage: Die Pumpfunktion der



Muskulatur wird mit der Photoplethysmographie erfasst, die venöse Kapazität der extra- und intrafaszialen Venen wird durch die Venenverschlussplethysmographie bestimmt. Beide Untersuchungen werden für die Routinediagnostik nur fakultativ eingesetzt.

Vorbeugende Maßnahmen

Als vorbeugende Maßnahmen bei venengesunden Personen wird beim Golfsport folgendes empfohlen:

- Übermäßige, direkte Sonneneinstrahlung auf die Beine (Hitze) soll vermieden werden.
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr, im Zweifel eher mehr, während der Golfrunde achten.
- UV-Licht-protective Salben und Cremes für beide Unterschenkel verwenden.
- Beine regelmäßig kalt duschen, an den Füßen beginnend bis zu den Oberschenkeln aufwärts.
- Kompressive Unterschenkelstrümpfe (Running Socks) zur Verbesserung der Venendrainage sowie der arteriellen Ruhe- und Maximaldurchblutung tragen.

Therapiestrategien bei Venenkranken

Als konservative Maßnahmen zur Verbesserung der Symptomatik, also gegen Schweregefühl, periphere Ödeme und Wadenschmerzen, bewähren sich folgende Maßnahmen:

- Kompression mit Kompressionsstrümpfen unterschiedlichen Anpressdrucks zwischen

30 und 60 mm/Hg in Abhängigkeit von der Schwere und Art der Venenerkrankung
 – Medikamentöse Therapie mit Kapseln, Sprays und Salben auf der Basis von rotem Weinlaub, Rosskastanie, Arnika oder Mäusedorn.

Interventionell operative Verfahren

Diese dienen der Wiederherstellung einer suffizienten, venösen Drainage durch Ausschalten transfaszialer Refluxes, sowie der Entfernung irreversibel geschädigter epifaszialer Venenanteile. Ein optimales kosmetisches Ergebnis ist durch stadienadaptierte minimal invasive Verfahren zu erwarten. Als Goldstandard gilt auch heute noch die komplette Sanierungsoperation mit Ausschaltung des Rezirkulationskreises durch Crossektomie, partielle Saphenektomie, selektive Perforansdissektion und Exhaïrese der konjugierenden Seitenäste durch Mini-plebektomie. Die partielle Saphenektomie bis zum distalen Insuffizienzpunkt, der durch Farbduplexsonographie bestimmt wird, erfolgt bei uns mittels Kryoverfahren. Dieses

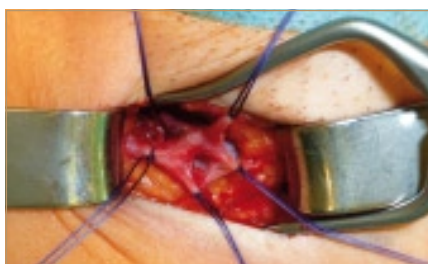


Abb. 4: Intraoperativer Crosssensitus



Abb. 5: Intraoperativ in die Magna eingeführte Kryosonde



Abb. 6: Zustand nach Magna-Kryo-exhaïrese (ohne Schnitt am Bein)



Abb. 2: Kryosonde



Abb. 3: Zugang zur Magnacrosse

minimal invasive Verfahren hat sich bestens bewährt: Seit 1993 wurden über 16.000 Eingriffe mit diesen Verfahren in der ATOS-Klinik erfolgreich und komplikationslos durch uns durchgeführt. Die erkrankte Stammvene wird dabei stadiengerecht ohne weitere Inzision im distalen Ober-/Unterschenkelbereich behutsam entfernt. Der Rest der gesunden Vene bleibt erhalten (siehe Abb. 2 bis 6).

Alternativ zu Crossektomie und Venenexhaïrese werden in den letzten Jahren auch endoluminale nicht resizierende Verfahren eingesetzt. Dabei handelt es sich um Kathetersysteme, bei denen durch Laserenergie oder Radiowellenenergie an der Katheterspitze Wärme erzeugt wird. Durch die intravasale Wärme kommt es zu einer Okklusion des Gefäßlumens. Auf eine Crossektomie wird bei diesen Verfahren verzichtet. Über den nachhaltigen Erfolg dieser Verfahren ist zur Zeit noch keine Aussage möglich, da nur kurze Nachbeobachtungszeiten und noch wenig randomisierte kontrollierte Vergleichsstudien zum Standardverfahren, wie oben beschrieben, publiziert sind.

Die für den Patienten sichtbaren Seitenäste, und Besenreiser werden nach den oben beschriebenen differenten Stammvenensa-

nierungen durch gesonderte Inzisionen im Sinne einer Mini-plebektomie und zusätzlicher intravasaler Sklerosierungstherapie – sei es mit Schaum oder flüssig – beseitigt.

Fazit

Die heute zur Verfügung stehenden Verfahren zur Beseitigung der Varikosis sind in erfahrener Hand sicher und erzielen bei minimaler Invasivität sehr gute funktionelle und kosmetische Langzeitergebnisse. Durch die Beseitigung der pathologischen Refluxes normalisiert sich der venöse Rückfluss sowohl im verbliebenen epifaszialen als auch im subfaszialen Venensystem. So ist auch bei einem früher Venenkranken mit einer positiven Leistungssteigerung beim Golfspiel zu rechnen. ::

Literatur beim Verfasser

Dr. Peter G. Friedl
 Dr. Eberhard M. Rappold
 Chirurgische Gemeinschaftspraxis
 in der ATOS Klinik Heidelberg

peter.friedl@atos.de