

De behandeling van varices

C. Dekkers*

Varices (spataderen) is een progressieve levenslange aandoening die in een aantal gevallen op den duur overgaat in chronisch veneuze insufficiëntie (CVI). Een *ulcus cruris venosum* is de ernstigste manifestatie van CVI. In de Westerse landen wordt de prevalentie van *ulcus cruris venosum* geschat op 0,3% bij de bevolking boven de 18 jaar (NVDV, 2005). Er kunnen klachten zijn van jeuk, een zwaar, vermoeid gevoel in de benen of pijn in de benen. Oppervlakkige spataderen zijn goed te zien. Samen met spataderen kunnen huidafwijkingen ontstaan. Als de terugstroom van bloed vanuit de benen naar het hart steeds minder wordt, kan pitting oedeem ontstaan. Door de stuwning kan de huid van het onderbeen rood en schilferig worden (eczeem) of verkleuren. Soms kan de spatader gaan ontsteken. Er ontstaat dan een rode, gezwollen, pijnlijke, harde streng op de plek van de spatader (trombophlebitis).

Wat zijn varices

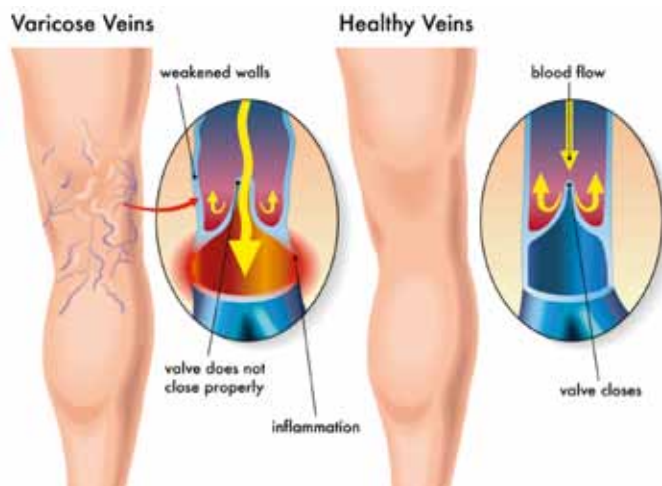
Varices zijn uitgezette en meestal gekronkelde venen met vaak insufficiënte kleppen en een abnormale, soms retrograde bloedstroom (figuur 1). Varices komen vooral voor in de onderste extremiteiten, in het gebied van de vena saphena magna en de vena saphena parva. Varices van de benen kunnen worden onderscheiden in primaire varices (varices met onbekende oorzaak) en secundaire varices (varices als gevolg van een veranderde drukverhouding in het veneuze systeem, meestal op basis van een doorgemaakte diep veneuze trombose). Men onderscheidt naar lokalisatie: stamvarices, zijtakvarices, reticulair varices en teleangiëctasieën.

Diagnostiek

Diagnostiek van varices berust op anamnese en een duplexonderzoek. Spataderen zijn eenvoudig te herkennen,

maar als er grotere spataderen zijn dan is er aanvullend onderzoek nodig. Spataderen aan de buitenkant van het been kunnen namelijk het gevolg zijn van lekkende kleppen in de diepte. Dit moet eerst onderzocht worden, dit onderzoek wordt flebodiagnostiek genoemd. Tijdens dit onderzoek wordt gekeken waar de spataderen zitten, wat voor soort spataderen het zijn en wat de beste behandeling is.

Het onderzoek naar spataderen wordt uitgevoerd in een staande houding, want dan vullen ze zich en zijn ze goed zichtbaar. Eerst wordt gekeken waar de spataderen lopen en of het grote of kleinere zijn. De volgende stap is het onderzoeken van de twee grote stamaderen: de vena saphena magna in de liesplooi (figuur 2) en de vena saphena parva in de knieholte (figuur 3). Met behulp van een Duplexapparaat (echo-Doppler) (foto 1) wordt gekeken naar de kleppen in de aderen en naar de stroomrichting van het bloed. Er wordt dus een beeld gemaakt waarin zowel informatie over anatomie van het veneuze systeem,



Figuur 1. Varices



vena saphena magna (VSM)

Figuur 2.



vena saphena parva (VSP)

Figuur 3.



Foto 1. Duplex apparaat

als over de flow in dit systeem wordt gegeven. Met het Duplexapparaat kan men ook zien of er vaten dicht zitten met stolsels (trombose) en of het diepe systeem goed is.

Classificatie

Varices worden zowel naar klinische manifestatie als naar etiologie ingedeeld.

1. Klinische manifestatie: conform de anatomische basisindeling onderscheidt men: oppervlakkige en diepe, perforerende en communicerende venen. Daarnaast maakt men onderscheid in stamvarices (foto 2), zijtakvarices, reticulaire varices (foto 3) en bezemrijsvarices (foto 4).



Foto 3. Reticulaire varices



Foto 2. Stamvarices

2. Etiologie: primaire varices en secundaire varices. Classificatie van varices vindt plaats volgende de CEAP classificatie (tabel 1). Daarbij staat de C voor klinische (clinical) classificatie, de E voor etiologische classificatie, de A voor anatomische classificatie en de P voor pathofysiologische classificatie. In de dagelijkse praktijk wordt door velen slechts geclassificeerd binnen het C-segment. Een patiënt met ulcus cruris als gevolg van CVI op basis van varices wordt dus geclassificeerd als C6.



Foto 4. Besenreis varices



Foto 5. Het scleroseren van een spatader

Behandeling van varices Elastische kousen en drukverbanden (ambulante compressietherapie)

Soms wordt er voor gekozen om varices niet te behandelen. Bijvoorbeeld omdat het diepe systeem niet goed is. Of omdat de behandeling niet of nog niet kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld tijdens een zwangerschap of kort na een diep veneuze trombose. In deze gevallen kunnen de klachten aanzienlijk afnemen door het dragen van therapeutisch elastische kousen. De hieronder beschreven behandelingen zijn er allemaal op gericht om de varix uit te schakelen en daardoor de afvoer te verbeteren. De terugvloed van het bloed wordt overgenomen door de vele andere vaten aan de 'buitenkant' van het been en binnen in het been.

Scleroseren

Bij scleroseren worden de varices ingespoten met een irriterende vloeistof (aethoxysclerol) (foto 5). Deze stof veroorzaakt een ontstekingsreactie van de vaatwand. Vervolgens gaat er een drukverband (compressieverband) of een elastische kous omheen waardoor de vaatwanden tegen elkaar aan worden gedrukt. De beschadigde vaatwanden plakken vervolgens aan elkaar en het vat zit dicht. Een variant van het scleroseren is het foamscleroseren. Hiervoor wordt de scleroseringsvloeistof met lucht gemengd zodat een schuim ontstaat. Dit schuim maakt een beter contact met de vaatwand. Hiermee zijn ook grotere vaten zoals de stamaderen dicht te krijgen.

Muller procedure of ambulante flebectomie volgens Muller
De Muller procedure is bedoeld voor grote zijtak spataderen die oppervlakkig gelegen zijn. De spatader wordt afgetekend. Onder lokale verdoving door middel van

injecties met verdovingsvloeistof worden kleine sneetjes gemaakt naast het vat. Vervolgens wordt met een haakje de spatader naar buiten getrokken (foto 6,7). De sneetjes genezen heel mooi. Om bloeduitstortingen tegen te gaan wordt een drukverband aangelegd.

Endoveneuze technieken

Dit is de nieuwste methode om de grote stam spataderen (vena saphena magna en vena saphena parva) te behandelen zonder dat er geopereerd hoeft te worden. Endoveneus betekent dat het vat van binnenuit dichtgebrand wordt. Er zijn verschillende technieken, met laser, radiogolven, stoom en bevriezen (EVLV). De methode is steeds hetzelfde: het vat wordt aangeprikt onder controle van het Duplexapparaat. Er wordt een buisje opgeschoven in het vat en via deze buis wordt het vat van binnenuit beschadigd. Uiteindelijk verschrompelt het vat en zit helemaal dicht. De nieuwste en beste techniek is de VNUS closure methode. Dit werkt met radiogolven, hetzelfde principe als in de magnetron.

Opereren

De grote stamspataderen (vena saphena magna en vena saphena parva) kunnen ook operatief verwijderd worden. Dit wordt gedaan door de vaatchirurg onder algehele narcose of met een ruggenprik. Deze ingreep is steeds minder vaak nodig vanwege de nieuwe endoveneuze technieken, maar het gebeurt nog steeds. Sommige vaten zijn namelijk niet geschikt voor de endoveneuze technieken, bijvoorbeeld als ze te kronkelig zijn of te dicht onder de huid lopen. Bij een crosssectomie wordt de inmonding van de VSM of de VSP in het diepe adersysteem opgezocht via een sneetje in de lies, respectievelijk de knieholte. Daarna wordt de verbinding van de VSM, dan wel de VSP,



Foto 6 en 7. Ambulante flebectomie volgens Muller: de spatader wordt aangehaakt en uit de huid verwijderd in korte stukjes

C	E	A	P
Clinical status (kliniek)	Etiologie	Anatomie	Pathofysiologie
C0 geen zichtbare afwijkingen			
C1 teleangiëctasieën of reticulair venen	Ec congenitaal	As superficiael	Pr reflux
C2 varices	Ep primair	Ap perforerend	Po obstructie
C3 oedeem	Es secundair (posttrombotisch)	Ad diep	Pr,o combinatie
C4a pigmentatie, eczeem	En geen veneuze oorzaak bekend	An geen veneuze locatie bekend	Pn geen veneuze pathofysiologie bekend
C4b lipodermatosclerose, atrofie blanche			
C5 genezen ulcus			
C6 actief, veneus ulcus			
S symptomatisch			
A asymptomatisch			

Tabel 1. CEAP classificatie
CEAP classificatie (Bron (1))

met de diepe ader doorgesneden en worden alle zijtakken afgebonden met hechtingen. Een crosssectomie van de VSM in de lies wordt vaak gecombineerd met strippen. Bij strippen wordt in de stamader een draad opgevoerd van de lies naar de knie. De VSM wordt vast gemaakt aan het uiteinde van deze draad en vervolgens binnenste buiten er uit getrokken (strippen).

Combinatie van operatie, andere technieken en scleroseren
Vaak wordt een combinatie van de diverse technieken toegepast om het beste resultaat te verkrijgen. Dit gebeurt in meerdere etappes. Er wordt begonnen met het aanpakken van de grotere spataderen door middel van de beschreven operatieve en endoveneuze methodieken en de schuimsclerose. Daarna kunnen de resterende spataderen met bijvoorbeeld scleroseren worden behandeld.

Complicaties

Een goed uitgevoerde behandeling van spataderen kent weinig risico's. In enkele gevallen kan een beperkte aderontsteking ontstaan. Na een operatie kan er bloed uit een geopereerde ader lekken waardoor er een haematoom ontstaat. Bij het inspuiten van spataderen kunnen bruine verkleuringen van de huid en onderhuidse knobbeltjes optreden. Deze afwijkingen trekken soms pas na maanden weg. Wanneer de injectievloeistof naast het bloedvat terecht komt, kan de huid ter plaatse beschadigd worden. Bij een (te) strak verband kunnen blaren van de huid

ontstaan. Zeldzaam is het optreden van trombose of longembolie na de behandeling van spataderen.

Tot slot

Op basis van literatuur stelt het CVZ (college voor zorgverzekeringen) vast dat er weliswaar een relatie is tussen de aanwezigheid van C2 varices en beenklachten, maar dat beenklachten ook voorkomen bij mensen zonder varices en dat van de mensen met varices een aanzienlijk deel geen beenklachten heeft. Derhalve is besloten dat voor de C1 varices (bezemrijsvarices of teleangiëctasieën) en C2 varices (varices zonder bijkomende verschijnselen) geen medische noodzaak bestaat tot invasieve behandeling. De behandeling van deze varices wordt dan ook niet meer vergoed.

Literatuur

1. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor dermatologie en Venereologie. 2007 **Richtlijn diagnostiek en behandeling van varices.**
2. College voor zorgverzekeringen. 2011 **Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen.**

Figuur 1,2 en 3 en foto 2 bron: www.huidziekten.nl

* Corien Dekkers MANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg, poli dermatologie, Amphia Ziekenhuis, Breda