

# Was bietet die Phytotherapie bei chronisch venöser Insuffizienz?

Andy Suter

## Einleitung

Die chronisch venöse Insuffizienz (CVI) ist eine Gefässerkrankung, die fälschlicherweise meist als kosmetisches Problem wahrgenommen wird. Die Behinderung für den Patienten durch eine CVI und die sozioökonomischen Kosten werden zudem meist unterschätzt.

Die Ursache der CVI liegt in der Ausweitung der Venen, sodass die Venenklappen nicht mehr richtig schliessen und das venöse Blut nicht mehr vollständig herzwärts transportiert wird. Dies löst in der Vene selber eine Reihe von physiologischen Veränderungen aus: Es werden vermehrt Entzündungsmediatoren freigesetzt, und lysosomale Enzyme, die die Venenwände mitschädigen können, werden gebildet. In der Vene selber entsteht ein Bluthochdruck, der das Endothel der Venen weiter schädigt, und es kommt zur Bildung von Läsionen. Durch diese Läsionen diffundiert Flüssigkeit, was schliesslich zur klassischen Ödembildung im Knöchelbereich führt. Dazu permeiert durch die Läsionen noch Fibrinogen, was zur Bildung einer Fibrinogenmanschette mit einer O<sub>2</sub>-Unterversorgung führt, womit sich die Mikrozirkulation im betreffenden Gewebe verschlechtert (1).

Alles in allem präsentiert sich die CVI auf der physiologischen Ebene als multifaktorielle Krankheit, deren Genese bis heute noch nicht genau verstanden wird: In der Fachliteratur werden etwa fünf Hypothesen dazu diskutiert (2).

Für den einzelnen Patienten präsentiert sich die Erkrankung primär durch Schwellungen, Kribbeln, Schmerzen, Juckreiz und Spannungsgefühle in den Beinen. Wird die CVI nicht genügend behandelt, besteht die Gefahr eines Ulcus cruris, was sozioökonomisch auch die grössten Folgekosten der Venenerkrankungen nach sich zieht. Für Europa und die USA wurde errechnet, dass zirka 2,5 Prozent des jährlichen gesamten Gesundheitsbudgets für die Behandlung von Ulcus cruris ausgegeben



Blütenstand der Rosskastanie



Früchte der Rosskastanie

werden; am Beispiel von Frankreich macht dies jährlich 1 Milliarde Euro aus (3).

Epidemiologische Studien zeigen, dass die CVI weitverbreitet ist, generell kann in der westlichen Welt von einer Rate von 20 bis 25 Prozent aller Frauen und 10 bis 15 Prozent aller Männer ausgegangen werden (4). Die Krankheit ist meist altersabhängig, wobei mit zunehmendem Alter die Auftretenshäufigkeit der Männer sich jener der Frauen angleicht. Weitere Risikofaktoren sind Vererbung, Übergewicht, Nikotinkonsum, Schwangerschaft und Beruf (5).

Obwohl die CVI sehr häufig ist und die volkswirtschaftlichen Folgekosten bei unterlassener Behandlung gross sind, werden heute in Europa nur etwa 20 Prozent der Patienten mit Symptomen überhaupt behandelt (6).

Da es sich bei der CVI um eine multifaktorielle Krankheit handelt, bietet sich die Phytotherapie wegen ihres Vielstoffcharakters als ideale pharmakologische Therapie an.

In der Folge wird gezeigt, welche Pflanzen aus unserem Kulturkreis für die Behandlung der CVI infrage kom-

men und gut dokumentiert sind. Allgemein kann eine Wirkung der Präparate nach zwei bis drei Wochen Anwendung erwartet werden. Die längste klinische Anwendungsdauer umfasst zwölf Wochen, Erfahrungswerte zeigen aber, dass Langzeittherapien meist sehr gut vertragen werden.

## Steinklee

*(Melilotus officinalis)*

Der Steinklee, auch Honigklee genannt, ist eine 30 bis 100 cm hohe Pflanze, die bevorzugt an sonnigen Unkrautfluren, Ufern und Schuttplätzen vorkommt. Medizinisch verwendet werden die frischen oder getrockneten Blätter oder die blühenden Triebe. Die Pflanze hat eine positive Monografie der Kommission E und der ESCOP und ist für die symptomatische Behandlung von Venenbeschwerden wie Krampfadern, schmerzhaften und schweren Beine indiziert. Als hauptwirksame Inhaltsstoffe werden Coumarinderivate, insbesondere die Melilotoside, diskutiert. Die tägliche Dosierung soll einer Coumarinmenge von 3 bis 30 mg entsprechen.

Es gibt nur wenige Daten aus klinischen Studien, die zudem älteren Datums sind. Sie zeigen eine positive Wirkung auf die Symptome der CVI und zudem eine gute Verträglichkeit. Vorsicht ist bei Patienten mit gleichzeitiger Antikoagulanstherapie geboten, da Melilotuspräparate deren Wirkung potenzieren können (7, 8). In der Schweiz gibt es kein zugelassenes Fertigpräparat mit Steinklee als Inhaltsstoff.

## Mäusedorn

*(Ruscus aculeatus)*

Der Mäusedorn, auch bekannt unter dem englischen Namen «Butcher's broom», ist eine Heilpflanze, die seit dem Mittelalter bekannt ist und die in den Fünfzigerjahren eine Renaissance erlebt hat. Ursprünglich wurde die Pflanze dank ihren spitzen Blättern dazu gebraucht, um Fleischwaren auf Märkten abzudecken oder zum Säubern von Schneidebrettern der Metzger. Die Pflanze stammt aus dem Mittel-

meerraum, bei uns wächst sie im südlichen Tessin, mittlerweile ist sie aber auch eine beliebte Zierpflanze. Für diese Pflanze respektive den Wurzelstock liegen auch eine positive ESCOP- und Kommission-E-Monografie vor zur Behandlung oder unterstützenden Therapie von Venenbeschwerden. Die Monografien bescheinigen *Ruscus* eine sehr gute Verträglichkeit. Die charakteristischen Inhaltsstoffe sind Saponine des Ruscogenin-Typs, eine Tagesdosis sollte daher auf 7 bis 11 mg Gesamtruscogenin eingestellt sein (9, 10).

Es gibt lediglich eine plazebokontrollierte klinische Studie mit Mäusedorn (11). Sie zeigt eine signifikante Verbesserung der Symptomatik der CVI sowie das Erreichen eines signifikant geringeren Knöchel- und Beinumfangs. In der Schweiz zugelassen sind für die symptomatische Behandlung von venöser Insuffizienz ein Kombinationspräparat mit *Ruscus* und Hesperidin, einem Flavonolglykosid, ein Präparat mit getrocknetem Wurzelpulver für oralen Gebrauch sowie ein Monopräparat als Salbe.

### Rotes Weinlaub

*(Folia vitis viniferae)*

Eine Pflanze mit einer langen Tradition bei Venenbeschwerden ist das rote Weinlaub, das in der französischen Pharmakopöe positiv monografiert ist (12), eine ESCOP- oder Kommission-E-Monografie gibt es hingegen nicht für das Weinlaub. Eine Suche in der Medline-Datenbank zeitigt drei klinische Studien. Sie zeigten, dass die Symptome und die Ödeme, hervorgerufen durch die CVI, durch die Gabe eines Weinlaubfertigpräparates signifikant reduziert werden konnten (13, 14). Als wirkungsaktive Inhaltsstoffe werden Flavonol-Glykoside und Glukoronide angesehen. In der Schweiz ist dazu ein gut beworbenes orales Präparat zugelassen, das Topikum ist als Kosmetikum auf dem Markt.

### Arnika

*(Arnica montana)*

Der topische Einsatz von Arnika ist bei uns eher bekannt für die Linderung von rheumatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Arthrosen oder bei Sportverletzungen. In Deutschland hingegen werden Arnikasalben oder -gels auch für die symptomatische Behandlung der CVI eingesetzt. Arnika ist stark entzündungshemmend und durchblu-

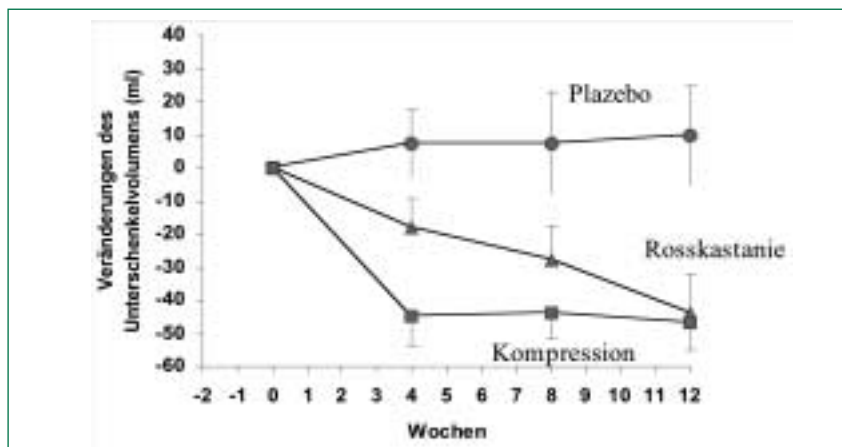


Abbildung: Vergleich eines Roskastanienpräparats (100 mg Aescin/Tag) gegenüber Placebo ( $p < 0,05$ ) und Kompressionstherapie bei 240 Patienten mit CVI.

tungsfördernd (14) und eignet sich daher gut zur Behandlung von Symptomen der CVI. Dies wurde auch in zwei klinischen Studien bestätigt: Sowohl die Symptomatik als auch die Reduktion der Venenkapazität und die venöse Ausströmgeschwindigkeit wurden signifikant verbessert (16).

### Roskastanie

*(Aesculus hippocastanum)*

Die am besten dokumentierten pflanzlichen Heilmittel bei leichten bis mittleren Formen der CVI sind Präparate der Roskastanie. Als hauptwirksamer Inhaltsstoff wird Aescin angesehen, ein Triterpensaponingemisch aus mehr als 20 verschiedenen Saponinen (17). Die Monografien der ESCOP und der Kommission E (18, 19) empfehlen beide eine tägliche Menge von 50 bis 150 mg Aescin. Diese Menge wird nur mit festen oralen Formen erreicht, normale Tinkturen und topische Produkte haben meist geringere Tagesdosen. Pharmakologisch konnten eine Reihe von Wirkungsweisen identifiziert werden: Roskastanie wirkt antiinflammatorisch, gefässabdichtend, ist ödemprotektiv und verbessert die Fließgeschwindigkeit des Blutes (20).

Für Roskastanie gibt es sogar eine Cochrane-Review, in der 1146 Patienten mit leichter bis mittlerer CVI aus 14 randomisierten klinischen Studien analysiert wurden. Es zeigte sich, dass Roskastanie im Vergleich zu Placebo signifikant die Ödeme und daher auch die Oberschenkel- und Knöchelumfänge reduzierte und zudem Schmerzen, Müdigkeit, Spannungen und Krämpfe verringerte, dies bei einer sehr guten Verträglichkeit (21).

Eine Studie im Vergleich zu Kompressionstherapie (Klasse II) und zu Placebo zeigte zudem, dass nach zwölf Wochen mit einem Roskastanienextrakt mit 100 mg Aescin pro Tag die gleiche Wirkung wie unter Kompressionstherapie erreicht wurde (22).

In der Schweiz sind mehrere Roskastanienprodukte als Topika und feste Formen auf dem Markt. Für die Produktfamilie des Schweizer Roskastanienpräparates Aesculaforce, das als einziges Produkt auch in der SL vertreten ist, wurde zudem in einer Review deren gute Wirksamkeit und Verträglichkeit nachgewiesen (23).

### Fazit

Die Phytotherapie offeriert eine Reihe von interessanten Therapieoptionen bei leichten bis mittleren Veneninsuffizienzen. Präparate dieser Pflanzen sind meist sehr gut verträglich und gerade für Patienten mit schlechter Compliance bei Kompressionstherapie eine gute Alternative.

Interessant wären Langzeitstudien und gesundheitsökonomische Studien, die aufzeigen könnten, wie stark der Einsatz von pflanzlichen Präparaten das Auftreten von Ulzera verhindern oder vermindern kann und welche Einsparungen für das Gesundheitssystem damit erreicht werden könnten. ■

Anschrift des Referenten:

**Andy Suter**  
Bioforce AG  
Postfach  
9325 Roggwil  
E-Mail: a.suter@bioforce.ch

### Literaturreferenzen:

1. Reich S, Altmeyer P, Stückener M. Evidenzbasierte Daten zur Wirksamkeit der Pharmakotherapie bei chronisch venöser Insuffizienz. *Vasomed*. 2007; 19: 79–83.
2. Abbade LP, Lastória S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol*. 2005 Jun; 44(6): 449–56. Review.
3. Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem. *Int Angiol*. 1998 Sep; 17(3): 161–7.
4. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2003 Jul–Aug; 54 Suppl 1: S19–31.
5. Beaglehole R. Epidemiology of varicose veins. *World J Surg*. 1986 Dec; 10(6): 898–902.
6. Jantet G. Chronic venous insufficiency: world-wide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized Flavonoids. *Angiology*. 2002 May–Jun; 53(3): 245–56.
7. ESCOP Monograph (2003). *Meliloti Herba* (Melilot). ESCOP Monographs Second edition, 2003; 320–3.
8. Commission E monographs. The complete German Commission E monographs. Translation by Blumenthal M et al, American Botanical Council, Austin 1998, p. 218–219.
9. ESCOP Monograph (2003). *Rusci Rhizoma* (Butcher's Broom). ESCOP Monographs Second edition, 2003; 437–444.
10. Commission E monographs. The complete German Commission E monographs. Translation by Blumenthal M et al, American Botanical Council, Austin 1998, p. 99–100.
11. Vanscheidt W, Jost V, Wolna P, Lücker PW, Müller A, Theurer C, Patz B, Grütner KI. Efficacy and safety of a Butcher's broom preparation (*Ruscus aculeatus* L. extract) compared to placebo in patients suffering from chronic venous insufficiency. *Arzneimittelforschung*. 2002; 52(4): 243–50.
12. Bézanger-Beauquesne L, Pinkas M, Torck M. *Vitis vinifera*. Les plantes dans la thérapeutique moderne. 2nd ed., Editeur Maloine, Paris 1986, p. 443.
13. Kieseewetter H, Koscielny J, Kalus U, Vix JM, Peil H, Petrini O, van Toor BS, de Mey C. Efficacy of orally administered extract of red vine leaf AS 195 (*folia vitis viniferae*) in chronic venous insufficiency (stages I–II). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arzneimittelforschung*. 2000 Feb; 50(2): 109–17.
14. Schaefer E, Peil H, Ambrosetti L, Petrini O. Oedema protective properties of the red vine leaf extract AS 195 (*Folia vitis viniferae*) in the treatment of chronic venous insufficiency. A 6-week observational clinical trial. *Arzneimittelforschung*. 2003; 53(4): 243–6.
15. Klaas CA, Wagner G, Laufer S, Sosa S, Della Loggia R, Bomme U, Pahl HL, Merfort I. Studies on the anti-inflammatory activity of phytopharmaceuticals prepared from Arnica flowers. *Planta Med*. 2002 May; 68(5): 385–91.
16. Uehlecke B. Local application of arnica in patients with chronic venous insufficiency due to venous varicosis. (Abstract) 3rd annual symposium on complementary health care. *Forsch Komplementärmed* 1996; 3: 327.
17. Yoshikawa M, Murakami T, Matsuda H, Yamahara J, Murakami N, Kitagawa I. Bioactive saponins and glycosides. III. Horse chestnut. (1): The structures, inhibitory effects on ethanol absorption, and hypoglycemic activity of escins Ia, Ib, IIa, IIb, and IIIa from the seeds of *Aesculus hippocastanum* L. *Chem Pharm Bull* (Tokyo). 1996 Aug; 44(8): 1454–64.
18. ESCOP Monograph (2003). *Hippocastani semen* (Horse chestnut seed). ESCOP Monographs Second edition, 2003; 248–256.
19. Commission E monographs. The complete German Commission E monographs. Translation by Blumenthal M et al, American Botanical Council, Austin 1998, p. 393–394.
20. Klemm J. Strömungsgeschwindigkeit von Blut in varikösen Venen der unteren Extremitäten. Einfluss eines Venentherapeutikums. *Münch med Wschr* 1982; 124: 579–582.
21. Pittler MH, Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25; (1): CD003230. Review.
22. Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. *Lancet*. 1996 Feb 3; 347(8997): 292–4.
23. Suter A, Bommer S, Rechner J. An open study to assess the safety and efficacy of *Aesculus hippocastanum* tablets (Aesculaforce 50 mg) in the treatment of chronic venous insufficiency. *J Herb Pharmacother*. 2004; 4(2): 19–32.