

Behandlung von Besenreiser- varizen mit dem Laser

Die Besenreiservarikosis ist zwar nur ein ästhetisches Problem und meist asymptomatisch, aber der Wunsch nach Beseitigung von Besenreiservarizen ist gross. Ob die Lasertherapie der konventionellen Sklerosierungsbehandlung überlegen ist, konnte bisher nicht abschliessend geklärt werden. Dennoch ist die Laserbehandlung vonseiten der Patienten sehr gefragt und steht hoch im Kurs. Wann sollte man lasern und wann spritzen? Lesen Sie dazu eine persönliche Betrachtung der Autorin.

BETTINA RÜMMELEIN



Bettina Rümmelein

Besenreiser ärgern unzählige Frauen und Männer, besonders im Frühjahr und Sommer. Schätzungsweise 80 Prozent der Bevölkerung sind in unterschiedlichem Umfang betroffen. Obschon die Behandlung im Herbst und Winter ideal ist, wird die Therapie oft erst im Frühjahr angefragt. Wir unterscheiden blaue Besenreiser, bei denen es sich um die venösen Schenkel von Kapillaren handelt, und rote Besenreiser. Der Durchmesser der blauen Besenreiser beträgt meist 1 bis 2 mm und die Flussgeschwindigkeit des Blutes ist gering. Die roten Besenreiser sind dagegen dilatierte arterielle Schleifen von Kapillaren mit einem Durchmesser unter 1 mm, die oberflächiger als die blauen liegen. Das transportierte Blut ist besser oxygeniert und damit heller. Beim geringsten Zweifel, ob ein zusätzliches Varizenleiden besteht, sollte eine phlebologische Untersuchung mit Ultraschall empfohlen werden. Wenn keine klinischen Bedenken bestehen oder der Phlebologe grünes Licht gibt, kann die Therapie begonnen werden.

Bei grösseren Besenreisern ist die Sklerosierung – gegebenenfalls auch mit Schaum – zu empfehlen

(Abbildung 1). Dabei gilt: Je geringer der Venendurchmesser, desto geringer sollten auch Konzentration und Menge des Sklerosierungsmittels gewählt werden. In den Leitlinienempfehlungen (1) wird 0,25 bis 0,5 % Polidocanol empfohlen beziehungsweise bis 0,5 % Polidocanol-Schaum. Für die Verträglichkeit der Behandlung ist neben der Trefferqualität des behandelnden Arztes auch die Menge des Verödungsmittels entscheidend. Die offizielle Empfehlung liegt hier bei maximal 2 ml Verödungsmittel beziehungsweise 10 ml Schaum. Aus meiner persönlichen Erfahrung verwende ich nur die Hälfte dieser Menge pro Sitzung. Unter 1 ml kommt es zu deutlich weniger Nebenwirkungen wie Schwellung und Schmerzen als unter 2 ml. Zu den absoluten Kontraindikationen einer Sklerotherapie gehören eine bekannte Allergie auf das Verödungsmittel, akute tiefe Beinvenenthrombosen, Lungenembolie, lokale oder generalisierte Infektionen und Immobilität. Schwangerschaft und Stillzeit stellen relative Kontraindikationen dar, ebenso akute superfizielle Thrombosen sowie ein schlechter Allgemeinzustand. Gefürchtete Nebenwirkungen sind Nekrosen (Abbildung 5).



Abbildung 1: Sklerosierung bei grösseren Besenreisern



Abbildung 2: Kontrolltermin nach 2 Monaten



Abbildung 3: Lasertherapie Fussinnenkante



Abbildung 4: Kontrolltermin nach 2 Monaten

Lasertherapie von Besenreisern

In der Praxis wünschen sich die Patienten oft eine Lasertherapie für Besenreiser und fragen nach den Behandlungsmöglichkeiten. Rötliche Gefässe können mit einem Alexandritlaser (755 nm), einem KTP-Laser (532 nm), einem gepulsten Farbstofflaser (585 nm) oder mit Diodenlasern (800–983 nm) behandelt werden. Auch IPL-Geräte (Intense pulsed light) werden für die feinen Gefässe eingesetzt. Man bedient sich hierbei des Prinzips der selektiven Photothermolyse. Zielchromophor ist das Rot in den Erythrozyten. Bei sehr feinen Gefässen – auch einem «Matting» – kann eine Behandlung mit Laserverfahren versucht werden. Dabei ist das Risiko der unspezifischen Mitreaktion von Hautpigment zu beachten. Der Patient darf also nicht gebräunt sein und sollte zu den Hauttypen I bis III gehören. Die Impulse werden entlang des Gefässes gesetzt. Meist sieht man eine spontane Kontraktion und innerhalb weniger Minuten entwickelt sich eine Rötung und Schwellung. Für die Behandlung von bläulichen, also tieferen Gefässen ist ein lang-gepulster Nd:YAG Laser (1064 nm) erforderlich, weil nur dieser die nötige Eindringtiefe hat. Zudem ist die Absorption durch Melanin gering,

was den Laser auch für dunkle Hauttypen geeignet macht (Abbildung 3). Das klinische Ergebnis von Nd:YAG-Lasertherapie und Sklerotherapie ist nahezu gleich (2). In der Praxis ergänzen sich beide Verfahren hervorragend (3). Hervorzuheben ist, dass eine Behandlung mit einem lang-gepulsten Nd:YAG Laser alles andere als schmerzlos ist. Es bedarf einer starken Kühlung (z.B. Luftkühlung). Ideal zu behandeln sind Gefässe von rund 1 mm Stärke. Bei dickeren Gefässen kann durch unspezifische Gewebeerhitzung auch eine Hautverletzung mit konsekutiver Vernarbung entstehen, weshalb hier eine Injektionstherapie bevorzugt werden sollte. Wie bei der Sklerotherapie ist auch beim Laserverfahren in der Phase der Rötung (Entzündung) die UV-Exposition streng zu meiden wegen der Gefahr postinflammatorischer Hyperpigmentierungen. Der Vorteil der Lasertherapie besteht darin, dass das Verfahren komplett unblutig ist und keinerlei Verbände benötigt werden. Zudem handelt es sich um ein physikalisches Verfahren. Somit besteht kein Allergierisiko, kein Risiko für ein ungeborenes Kind, und auch die Stillzeit ist keine Kontraindikation. Der Nachteil ist der Schmerz bei der Behandlung. ▲

Kontaktadresse:

Dr. med. Bettina Rümmelein
Fachärztin Dermatologie FMH
Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft
für medizinische Laseranwendungen (SGML)
Privatpraxis im Medical Center See-Spital
Grütstrasse 55, 8802 Kilchberg (ZH)
Tel. 043 343 93 01, Fax 043 343 93 02
E-Mail: praxis@dr-ruemmelein.ch

Interessenkonflikte: keine

Referenzen:

1. Breu FX et al.: 2nd European Consensus Meeting on foam Sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany. Vasa 2008; 37 Suppl 71: 1–29.
2. Meesters AA et al.: Transcutaneous laser treatment of leg veins. Lasers in Medical Science 2014; 29: 481–492.
3. Moreno-Moraga J et al.: 1064 nm Nd:YAG long pulse laser after polidocanol microfoam injection dramatically improves the result of leg vein treatment: A randomized controlled trial on 517 legs with a three-year follow-up. Phlebology 2014; 29: 658–666.



Abbildung 5: Nekrose/Narbe nach Sklerosierung von Besenreiservarizen