

Varices en neo-varices

Dr. K.P. de Roos, M.T.W. Gaastra

De richtlijn Varices dateert uit 2014 en is onderdeel van de overkoepelende richtlijn Veneuze pathologie. In 2016 werd het addendum Neo-varices aan de richtlijn toegevoegd. In 2018 werd de samenvatting van Varices herzien, waarbij de tekst inhoudelijk niet gewijzigd is. Een samenvatting van het addendum Neo-varices is toegevoegd.

Inleiding

In 2007 kwam de eerste richtlijn Diagnostiek en behandeling van varices tot stand door een gezamenlijk initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), in nauwe samenwerking met De Hart&Vaatgroep en de patiëntenvereniging van mensen met een hart- en vaatziekte. In 2012 werd de herziening in gang gezet. Aan de start van dit traject werd een Invitational Conference gehouden, waarbij de aanwezige stakeholders partijen (inclusief verzekeraars en industrie) werden gehoord over ervaren knelpunten en aandachtspunten voor de te ontwikkelen richtlijn. Na deze bijeenkomst zijn de uitgangsvragen voor de richtlijn vastgesteld, afgestemd op het beschikbare budget vrijgemaakt uit SKMS-gelden van de NVDV en NVvH. Dezelfde partijen zijn in de commentaarfase aan het einde van het traject wederom geconsulteerd. In 2016 werd hier het addendum Neo-varices aan toegevoegd, dat hoofdstuk 7 'Recidief varices na operatie' van de overkoepelende richtlijn vervangt.

Epidemiologie

Zowel bij mannen als bij vrouwen komen klachten ten gevolge van spataderen zeer frequent voor (tot 25% van de mensen). De prevalentie is hoog en neemt toe met de leeftijd; boven de 80 jaar drie kwart van de bevolking (vooral op het noordelijk halfrond). Vrouwen hebben eerder last van varices, maar de distributie van meer uitgebreidere varices is gelijk verdeeld over de geslachten. Klachten van en over spataderen staan in de top 10 van meest voorkomende problemen bij de huisarts. Chronische veneuze ziekte in combinatie met een al dan niet aanwezig ulcus cruris komt voor bij circa 1% van de bevolking, maar bij personen ouder dan 80 jaar is de prevalentie 4-5%. Bij vrouwen zou een ulcus cruris twee tot drie keer zo vaak voorkomen in alle leeftijdsgroepen. Onbehandeld kunnen varices leiden tot een ulcus cruris, een ernstige complicatie. 50% van de ulcera aan de onderbenen wordt veroorzaakt door oppervlakkige veneuze insufficiëntie. Dit geeft een medische noodzaak aan de behandeling van veneuze pathologie. Doel van de behandeling van veneuze ziekte is het verbeteren van de veneuze hemodynamiek en daarmee de kwaliteit van leven.

Klinisch beeld

Patiënten met varices worden in ontspannen staande houding onderzocht. Hierbij dienen beide, volledig ontblote benen onderzocht te worden. Er wordt gelet op de klinische verschijnselen van veneuze insufficiëntie: teleangiëctasieën, reticulair venen of andere varices, oedeem, huidveranderingen passend bij veneuze ziekte, een genezen of actief ulcus cruris. Bij tekenen van ernstige chronische veneuze ziekte wordt tevens de buik geïnspecteerd vanwege de mogelijke aanwezigheid van veneuze tekening op de buikhuid. Bij het lichamelijk onderzoek is het van belang dat men door inspectie en palpatie een goede indruk krijgt van de locatie van de afwijkingen en de

bereikbaarheid voor specifieke therapie. Voorts moet men alert zijn op de tekenen van arteriële insufficiëntie, orthopedische, reumatologische en neurologische pathologie (spierpompfunctie).

Varices worden zowel naar klinische manifestatie als naar etiologie ingedeeld.

– Naar klinische manifestatie. Conform de anatomische basisindeling onderscheidt men: oppervlakkige en diepe, perforerende en communicerende venen. Daarnaast maakt men onderscheid in stamvarices, zijtakvarices, reticulair varices en bezemrijvarices.

– Naar etiologie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in primaire en secundaire varices. Vanwege de consequenties wordt insufficiëntie van het diepe systeem apart benoemd. De CEAPclassificatie wordt hierbij gehanteerd. C = 'clinical' (klinisch beeld); E = 'etiology' (etiologie); A = 'anatomy' (anatomische distributie); P = 'pathophysiology' (pathofysiologische disfunctie). De basis-CEAP-classificatie is weergegeven in tabel 1.

De VCSS ('venous clinical severity score') is in 2000 geïntroduceerd en is opgebouwd uit onderdelen van de CEAP-classificatie. De VCSS werd ontwikkeld als aanvulling op de relatief statische CEAP-classificatie om seriële beoordeling bij een patiënt mogelijk te maken (zie tabel 2). De VCSS is een dynamisch instrument waarmee men de klinische ziektelast en behandelresultaten van veneuze ziekte longitudinaal en in respons op behandeling kan meten.

Tabel 1. Basis CEAP-classificatie.

C	E	A	P
Klinische beeld	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 C4b lipodermatosclerose, atrofie blanche	En: geen veneuze oorzaak bekend	An: geen veneuze locatie bekend	Pn: geen veneuze pathofysiologie bekend
C5 genezen ulcus			
C6 actief, veneus ulcus			
S symptomatisch			
A asymptomatisch			

Tabel 2. Gereviseerde VCSS-classificatie.

Klinische determinant	Afwezig (0)	Licht (1)	Matig (2)	Ernstig (3)
Pijn	geen	af en toe	dagelijks, maar niet beperkend	dagelijks en beperkend
Varices	geen	enkele	kuit of dij	kuit of dij
Oedeem	geen	rond de enkel	onder de knie	rond knie en hoger
Pigmentatie	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
Ontsteking	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
Induratie	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
Aantal actieve ulcera	geen	1	2	3 of meer
Duur ulcus duur	geen	< 3 mnd	3-12 mnd	> 1 jaar
Omvang ulcus	geen	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Compressietherapie	geen	intermitterend	vrijwel altijd	continu

Klinisch diagnostiek

Kwantificeren van het klinisch beeld met de CEAP leidt alleen tot juiste classificatie indien deze in zijn geheel wordt ingevuld. Dit is in de praktijk vaak niet haalbaar. Indien niet de volledige CEAP wordt gebruikt, wordt daarom aanbevolen tijdens het eerste bezoek ten minste de C van de CEAP-classificatie vast te leggen, in ieder geval aangevuld met de VCSS om de visuele symptomen te kwantificeren. In combinatie met duplexonderzoek (zie onder) leidt dit tot een correcte diagnose. Indien de VCSS wordt gebruikt, verdient het aanbeveling tijdens de follow-up (na behandeling) bij elk bezoek de dynamische VCSS te bepalen. De VCSS en ziektespecifieke kwaliteit-van-levenscores (QOL) geven samen inzicht in de ziektelast en effecten van behandeling zoals door de patiënt ervaren. Deze uitkomstmaat is in toenemende mate van belang omdat blijkt dat ziektelast niet altijd strookt met de aantoonbare klinische uitkomsten. Traditionele klinische onderzoeken zoals van Trendelenburg en Perthes zijn onvoldoende betrouwbaar gebleken en hebben geen plaats meer bij het in kaart brengen van veneuze insufficiëntie in het algemeen en van varices in het bijzonder.

Aanvullende diagnostiek

Doppler en plethysmografie hebben geen plaats meer in de diagnostiek van varices en veneuze ziekte. Bij verdenking op pathologie wordt altijd een duplexonderzoek verricht. Hiermee wordt zowel het oppervlakkige als het diepe systeem in kaart gebracht. Zo nodig wordt hiermee ook het infra-inguinale femoropopliteale traject, indien mogelijk met gastrocnemius vene, in beeld gebracht. Duplexonderzoek voor chronische veneuze ziekte (CVD) bestaat uit drie componenten, te weten visualisatie van veneuze flow, uitsluiten van reflux door middel van provocatietesten en beoordelen van comprimeerbaarheid. Duplexonderzoek naar reflux dient stand te worden verricht en kan worden uitgelokt door verhoging

van de intra-abdominale druk (Valsalvamaanoeuvre/manuele of cuffcompressie) en loslating van druk distaal van het gemeten segment. Als afkappunt voor competente klepsluiting wordt hierbij 500 milliseconde aangehouden voor alle venen van de onderste extremiteiten, behoudens het iliofemorale traject waar een afkappunt van 1 seconde geldt. Langere tijden duiden op pathologische reflux. Hemodynamische consequenties zijn te verwachten bij axiale insufficiënte stamvenen (incl. VSMAA, VSMAF) met een diameter van ten minste 3 mm. Van de insufficiënte stamvene dienen ten minste de refluxduur en diameter (halverwege het bovenbeen) te worden vastgelegd. Indien bij centraal veneuze vaatpathologie (supra-inguinaal) het duplexonderzoek niet-conclusief is en men behandeling overweegt, bestaat er een indicatie voor geavanceerde beeldvorming (MRV, CTV). De keuze hiertussen is sterk afhankelijk van de lokale expertise. Indien ook MRV en CTV niet toereikend zijn, kan flebografie of IVUS de centraal veneuze obstructie mogelijk zichtbaar maken. Bij bekkenvarices is flebografie het eerst aangewezen diagnostisch onderzoek.

Behandeling

VSM-insufficiëntie

De vena saphena magna (VSM) en parva (VSP) kunnen niet los gezien worden van de daarmee verbonden venen zoals crosse, zijtakken, perforante venen. De behandeling van varices moet daarom in principe op alle aangetaste en nog aangesloten venen aangrijpen. Alle technieken zijn effectief en veilig. De endoveneuze thermische technieken zijn qua effectiviteit gelijk aan strippen onder algemene of spinale anesthesie, maar genieten de voorkeur doordat ze patiëntvriendelijker zijn. Foamsclerose is in vergelijking met de andere technieken minder effectief, maar is uitermate geschikt bij erg kronkelige venen, venen met een kleine diameter of bij recidief varices. Een keuze voor een van de behandelingen of voor een combinatie dient geïndividualiseerd per patiënt te worden afgewogen. Indien toch de keuze wordt gemaakt voor chirurgie, verdient het aanbeveling deze onder tumescent anesthesie en duplexgeleid te verrichten. Chirurgie heeft bovenal een plaats bij sterk gedilateerde crosse-insufficiënties (bijvoorbeeld > 1,5 cm doorsnede).

VSP-insufficiëntie

Eerste keus in de behandeling van VSP-insufficiëntie zijn de minimaal invasieve endoveneuze technieken (thermische ablatie of foamsclerose). Bij de keuze voor thermische ablatie heeft een meer proximale aanprikplaats (halverwege de kuit) de voorkeur, vanwege een verhoogd risico op zenuwbeschade bij lager aanprikken. In specifieke casus kan chirurgie nog steeds geïndiceerd zijn. Indien wordt gekozen voor chirurgie hoort dit in geoefende handen thuis. Dit geschiedt onder geleide van duplex.

Zijtakvarices

Bij de behandeling van geïsoleerde zijtakinsufficiëntie behoren (foam)sclerocompressietherapie en ambulante flebectomie tot de mogelijkheden. Voor de toepassing van thermische ablatie bij zijtakken is nog onvoldoende bewijs voorhanden. Bij een groter kaliber varices wordt ambulante flebectomie geadviseerd vanwege een betere effectiviteit en lagere complicatiegraad. Over het beste moment om zijtakvaricose te behandelen (al dan niet gelijktijdig met staminsufficiëntie, als eerste of als tweede) kan geen aanbeveling worden gedaan. De keuze voor het soort behandeling en het moment van behandeling hangt af van de klinische kenmerken, de ervaring van de behandelaar en de voorkeur van de patiënt. Bij een relatief groot kaliber zijtakvaricose (bijvoorbeeld > 5 mm) met een relatief kort

traject stamvaricose, of beperkte diameter van de VSM en sufficiëntie crosse gaat de voorkeur uit naar behandeling van de zijtak en afhankelijk van het effect hiervan op de staminsufficiëntie eventueel aanvullende behandeling van de stamvaricose. Bij een relatief klein kaliber zijtakvaricose en een relatief lang traject stamvaricose is de volgorde van behandeling bij voorkeur eerst de stam en na evaluatie van het resultaat daarvan de zijtak. Afhankelijk van de uitgebreidheid van de afwijkingen, maximale dosis lidocaïne en de voorkeur van de patiënt kan voor een dubbelzijdige behandeling in een sessie worden gekozen.

Insufficiënte venae perforantes

Het selectief behandelen van insufficiënte venae perforantes bij patiënten met primaire varices wordt niet aanbevolen. Wel kan selectieve behandeling van venae perforantes als behandeling van het ulcus cruris venosum bijdragen aan een betere genezing en verlaging van de kans op een recidief.

Neo-varices

Inleiding

Het opnieuw ontstaan of persisteren van varices na voorafgaande behandeling is een regelmatig voorkomend probleem voor patiënten en behandelaars. Uit eerdere publicaties wordt het voorkomen geschat tussen 7 en 65% (1–3). De prevalentie is onder andere afhankelijk van het gebrek aan uniformiteit over de definitie en de duur van de follow-up.

De precieze oorzaak van neo-varices is nog niet compleet opgehelderd. Er kan een onderverdeling worden gemaakt in vier groepen van neo-varices:

1. recidief in engere zin: primaire neovascularisatie of neo-reflux;
2. neo-varices op basis van progressie van de ziekte;
3. neo-varices vanuit resterende reflux;
4. gemengde groep.

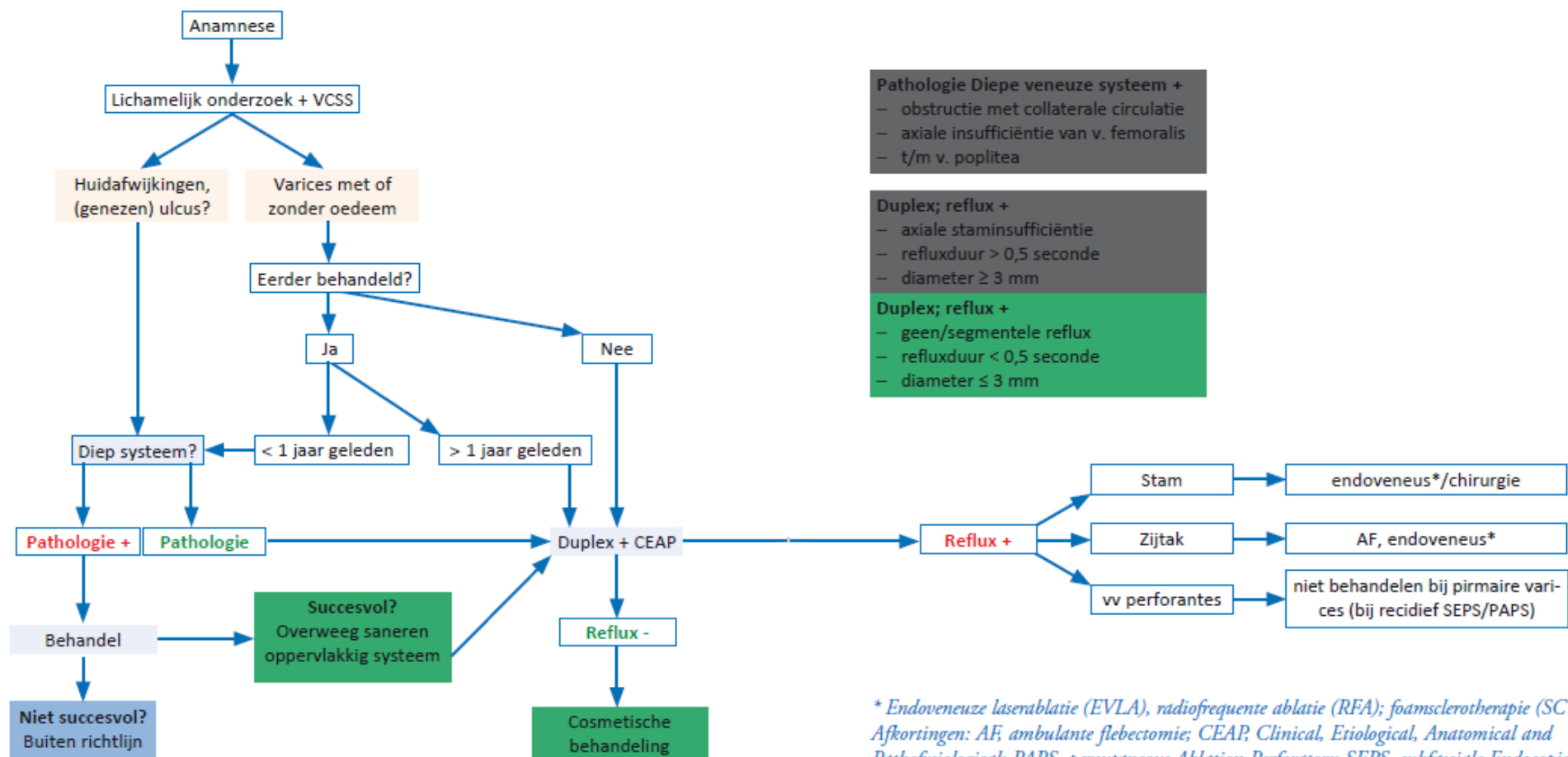
Diagnostiek

Reflux bij neo-varices kan betrouwbaar worden aangetoond met duplexonderzoek. Het geeft meestal zowel voldoende anatomische als hemodynamische informatie om de bron van reflux in kaart te brengen. Het is daarom een obligaat onderdeel in de analyse van de patiënt met verdenking van neo-varices.

Behandeling

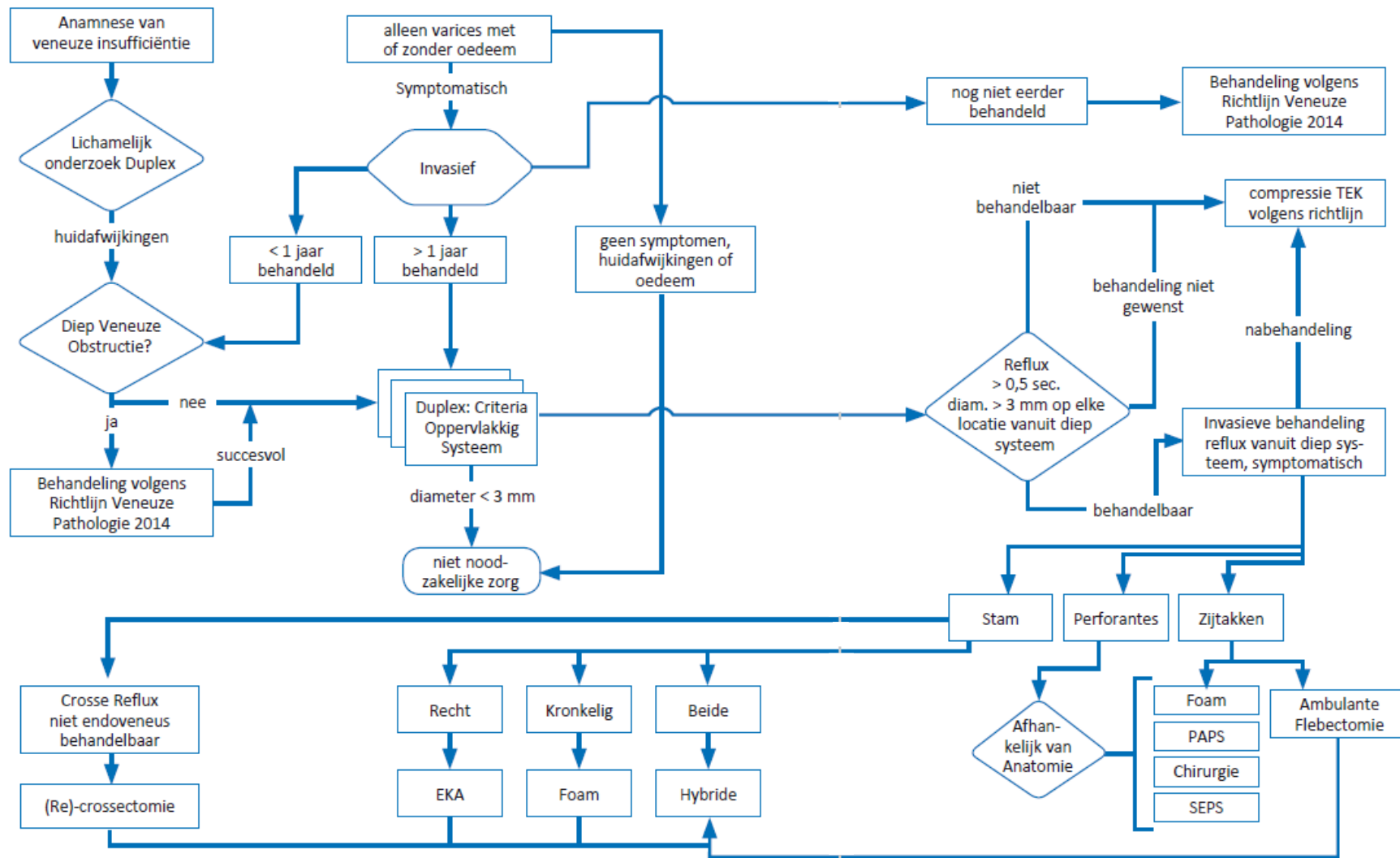
De behandeling van symptomatische neo-varices moet bestaan uit het opheffen van alle bronnen van reflux vanuit het diepe systeem die kunnen bijdragen tot veneuze hypertensie. Het doel van de behandeling is klachten en verschijnselen passend bij veneuze hypertensie te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren. De behandeling van neo-varices vereist een ruime ervaring en deskundigheid in de (differentiaal) diagnostiek en behandeling van veneuze ziekte.

Omdat neo-varices vaak een gecompliceerd beeld laten zien, is eenduidig advies welke behandeling de voorkeur heeft, niet te geven. Er zijn vaak verschillende bronnen van reflux en er kan sprake zijn van een diep veneuze obstructie. De locatie met de maximale reflux is niet altijd het meest craniaal gelegen. Vaak is een combinatie van behandelingen geïndiceerd.



* Endoveneuze laserablatie (EVLA), radiofrequente ablatie (RFA); foamsclerotherapie (SCT).
 Afkortingen: AF, ambulante flebectomie; CEAP, Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological; PAPS, percutaneous Ablation Perforators; SEPS, subfasciale Endocopic Perforator surgery; VCSS, venous clinical severity score.

Figuur 1. Stroomdiagram diagnostiek en behandeling van varices.



Figuur 2. Beslisboom behandeling neo-varices.