

Ambulatory phlebectomy

Citation for published version (APA):

de Roos, K-P. (2003). *Ambulatory phlebectomy*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2003

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

CHAPTER 9

GENERAL DISCUSSION
AND SUMMARY

After taking the patient history an inventory has to be made to estimate the extent of the venous problem. If there are only brush veins and reticular varicose veins there is no need for treatment unless these veins are cosmetically disturbing to the patient. If the patient complains about fatigue, heaviness or cramps LRR may reveal early venous insufficiency. If plethysmography indicates a venous refilling time of 20 seconds or more there still is no medical indication for therapy. If this VRT is shorter than 20 seconds adjuvant screening for deep venous insufficiency is in place. This may be done by measuring the Ambulatory Venous Pressure, which is still considered the golden standard. If there are no hemodynamic disturbances treatment is optional and dependant on the patient's wishes. If there are hemodynamic disturbances these will have to be corrected. Further investigation with a Doppler instrument is optional.

Some patients will present themselves with either Great or Short Saphenous Vein varicosis or varicosis of one of the side branches. These veins warrant further analysis. The first part should be through Doppler investigation. If SF- or SP junctions are competent therapy should be either CST or AP. If a reflux is detected in the SF junction this should be corrected through ligation and removal or obliteration of the GSV. If with a Doppler reflux in the knee pit (SP junction) is detected, this has to be confirmed with Duplex ultrasound. In cases of real reflux this can be treated with echo-guided SCT. First one has to be certain that there is no reflux in the *popliteal vein* (PV). In cases of incompetent PV adjuvant investigations will have to determine the AVP. If the AVP is normal AP or CST is the best therapy option. If the AVP is to high CT is the best option.

Chapter three explores the possibilities of compression therapy for both sclerotherapy and ambulatory phlebectomy. In the first study one hundred patients (120 legs) were treated for varicose veins of different calibers with CST. A special technique was used to make the firm cotton wool rolls which were placed over the treated areas. Additional compression was given by a combination of a class I medical compression hosiery and a class II compression hosiery. Patients were screened after therapy and side effects were noted. Furthermore in twelve patients the pressures directly underneath the cotton wool roles was measured. The mean interface pressure of all measuring sensors under these cotton wool rolls was measured to be 84 mm/Hg (range: 68 - 122 mm. Hg) with the additional use of compression with a class I and a class II medical compression stocking. By using these long cotton wool compression rolls, the compression

part of compression sclerotherapy becomes more effective and much easier to perform. Accurate fixation of these rolls however is paramount. This study proves the great effectiveness of a cotton wool roll compression right at the place of treatment.

The second study in this chapter describes the use of compression after CST and AP. The aim and mechanism of compression therapy is analyzed and clinical implications are discussed. Because of the possibility of blood loss from the ruptured part of the remaining vein some form of compression has to be applied after ambulatory phlebectomy. When firm cotton wool rolls as described in part one of this chapter are used the extravasate is pushed to the area just beside the rolls. Therefore 7-cm broad foam compression pads are proposed after which the treated area is bandaged using 10-cm broad adhesive tape. Over the bandage a compression class II hosiery is worn during the day to prevent edema formation in the distal “non-compressed” areas. There is no consensus in the literature on the duration of compression. Based on empirical evidence we advise five days of the combination and five subsequent days with only compression hosiery. The use of these broad compression pads after AP reduces hemorrhage and seems to enhance resorption of residual blood.

There is a surprisingly limited number of prospective studies on the effect or efficacy of surgery, compression sclerotherapy, and ambulatory phlebectomy. Hobbs and Rutgers provided evidence that the success of CST and surgery alone is limited. Side branch varicosities have been the best indication for CST. The poor long term result of CST however is the main reason to initiate the prospective randomized trial presented in chapter four. Ninety-eight legs with lateral accessory (semicirculatory) varicose veins were randomly allocated to either CST or AP. Eighty-two patients were included of whom sixteen were included with both legs. Two patients were lost to follow up. One recurrence occurred in the AP group at one and none at two years. In the CST group twelve recurrences at one year ($p < .001$) and eighteen at two years ($p < .001$) occurred. Some complications occurred significantly more in the AP group: blisters, telangiectatic matting, scar formation and bruising from bandaging. There was no significant difference in severity of complaints as a consequence of treatment for both treatment modalities ($p = .41$).

Our results show for the first time that AP is significantly more effective than CST for the treatment of varicose veins of the legs. Recurrence rates are significantly lower than for CST therapy. If varicose veins persist 4 weeks after com-

pression sclerotherapy, it can be argued that to reduce the risk of future recurrence AP should be considered as the better treatment option.

The first part of chapter five explores the theoretical background for the treatment of varicose veins of the foot. AP is an accepted therapy for varicose veins which has also been used for ankle and foot varicosities. After reviewing the relevant literature on the anatomy of the veins of the foot no indications were found that the venous anatomy of the foot holds major restrictions in the treatment of its varicosities. Venous surgery and compression sclerotherapy may be used successfully in special cases. Subsequently fourteen patients (19 feet) were treated for varicose veins of the foot with AP. All treated patients observed excellent results. No serious side effects were seen. AP is therefore a safe and elegant treatment option for varicose veins of the foot.

To shed a light on the patients view we initiated a survey. We investigated patient satisfaction and complaints as reported by the patient after AP for varicose veins in the ankle and foot region using a questionnaire. According to the results of the questionnaire fifty percent of the interviewed patient population is not completely satisfied. Most important factors that influence patient satisfaction are reported discoloration, persisting pain and perception of varicose veins after surgery. A disturbingly high number of patients (66%) reported to see recurrences after AP. These recurrences are not necessarily "real" recurrences but constitute a subjective result (i.e.: as perceived by the patient). With AP varicose veins are permanently eradicated. However when new varicose veins do occur in the same region patients tend to regard these as a failure of treatment, if they are not sufficiently informed about this possibility.

Based on the results of this study we argue that in informing the patient (verbally and in writing) more attention should be given not only to what complications may occur, but also to what in the perception of the patient are the most important complaints after a certain procedure. In the case of AP: discoloration, pain and "recurrences". To enhance the quality of information given to the patient and to avoid misunderstandings and/or disappointments the physician should base his patients education (also) on the priorities of problem solving patients report to adhere to, before treatment and most definitively after treatment. Although patients perceive "recurrent" varicose veins of the foot to be a nuisance, the fact that 85% of them still would like to be treated again with AP is nevertheless very encouraging.

Chapter six first describes a new indication for AP: a method to harvest a (varicose) vein for histological investigation. A case report of a patient with suspected Bockenheimers syndrome is presented. With the use of AP a varicose veins was harvested and histological examination confirmed the diagnosis. Using this technique fundamental histological studies can be performed to differentiate between primary varicose veins (e.g. Klippel-Trenaunay syndrome or Bockenheimer's syndrome) and secondary varicose veins.

The second part of this chapter gives detailed information on several other locations where AP can be applied. In theory there is no limitation to what part of the body this technique can be applied as long as there is proper knowledge on the anatomical structures adjacent to the vein that has to be removed. This is instructed through four case reports on patients with varicose veins on the face, the arms, the scrotum and the buttocks. AP is a safe and effective technique for removal of non-leg veins.

Every treatment option has the possibility of failure. A complication can be seen as a failure of therapy and may be unforeseen or even inevitable in some cases. In chapter seven first a report is given of a very rare complication: a traumatic neuroma. After disruption of a sensory nerve the axons distal to the point of transection undergo wallerian degeneration, whereas the axons and Schwann cells of the proximal stump proliferate. If scar formation prohibits reconnection of the two the proximal part may still grow out of the stump and form a disorganized tangle of nerve twiglets extending into the surrounding soft tissue, thus forming a traumatic neuroma.

A second case report describes the possibility of a pre-existing dermatosis to appear in an area where a varicose vein has been removed with AP. It has been reported earlier that after other surgical procedures pre-existent dermatoses may be triggered: the so-called Köbner phenomenon. However this is the first time vitiligo has appeared unforeseen, not only around the incisions of AP but also in skin covering the venous section that has been removed. This complication has not yet been described after AP. It may well be that the trauma inflicted by the needle during the administration of the local anesthesia, the dissection or the removal of the varicose vein has triggered this phenomenon in the reported patient. There is also the possibility that the injection of the lidocain - a neuro-active substance has provoked vitiligo. AP can instigate a Köbner phe-

nomenon as is demonstrated with this case report. The exacerbation of psoriasis or lichen planus after ambulatory phlebectomy therefore is possible.

In a letter to the editor we convey our concerns about the apparent low incidence rates of hematomas in review articles on the complications after AP. Based on our experience and previous studies we state that this is a side-effect inherent to the technique which should not be registered as a seldomly seen complication. A distinction should be made however because hemorrhages are also reported in the literature, sometimes combined with hematomas. Hemorrhage is a more severe loss of blood mostly due to inadequate bandaging and should be considered a real complication needing further action from the physician (i.e. renewal of the bandage or thrombectomy).

Education and continuing education of colleagues is a meaningful and responsible task that gives a lot of satisfaction, especially if one relates to the good response immediately after this education is finished. We were interested in the return of a training course we organized in 1994. Chapter eight states the results of this survey held among Dutch dermatologists who attended a workshop on AP five years earlier. The majority of attendees were satisfied about the way this workshop came up to their expectations. About one in three still uses this technique despite the fact that they believe it is time consuming. More than 35 % of respondents were not able to implement this newly acquired technique. Lack of time, in part because of growing waiting lists, is the main reason. Since there is a growing demand for (more labor-intensive) dermatological care and because education capacities are limited, the introduction of new treatment modalities such as AP, will become increasingly difficult.

To gain a clear understanding on the nature and dimension of phlebological care by dermatologists and the demand for education of phlebological subjects, we decided to perform an inquiry among all periphery-working Dutch dermatologists. The majority of respondents (91%) work intramurally and 86.3% work in some form of partnership with other dermatologists. On average the Dutch dermatologist works 0.85 fte (full time equivalent), women 0.73 fte and men 0.91 fte. The mean number of new patients per 1.0 fte was 2,465 and the mean number of new phlebological patients was 303, which is 12% of the total number of new patients per year.

Almost all respondents use Doppler to analyze their phlebologic patients; 80% of them sometimes use Duplex ultrasound. Almost 95% can offer compression

sclerotherapy; 44% ambulatory phlebectomy. Ninety-three percent of dermatologists work in cooperation with a surgeon, in which all surgical phlebological interventions can be offered to patients. Among respondents there is a great need for phlebological training.

The results of this inquiry for the first time gave us an insight into the nature and the extent of phlebological care by dermatologists. The phlebological part in dermatological practice with 12% of the new patients is high and in concordance with our own findings (chapter one). The amount of time spent on phlebological patients is comparatively larger than the time spent on a general dermatological patient because diagnostics procedures as well as treatment options in phlebology are more time consuming. In practice this means that phlebological patients are more time consuming than patients with a general dermatological problem.

WHERE TO END?

As stated time and again ambulatory phlebectomy is an elegant, efficient and efficacious technique to remove unwanted (varicose) veins. It has been proven to be more effective than compression sclerotherapy in cases of side branch varicosis and therefore probably also in other varicose veins. It is also proven very effective in varicose veins of the foot although in our opinion compression sclerotherapy can also be used here because there are no anatomic restrictions. Patient satisfaction is relatively poor although the majority of patients would choose this technique again.

With the material harvested with every ambulatory phlebectomy session histologic studies can be done without the necessity of adjuvant investigation (i.e.: biopsy). This technique can even be used to harvest part of the temporal artery in cases of suspected arteritis temporalis. This would lead to less visible scars without compromising material for the histopathologist.

New techniques such as laser therapy and minimal invasive endoscopic modalities may arise on the horizon for patients with varicose veins but ambulatory phlebectomy remains a method for the permanent removal of varicose veins that requires some skills, some practice, and only a small investment for equipment before starting with this procedure. With the proper appreciation from both patients and physicians, as well as proper reimbursement from the government this forty-year old technique may have an even more excellent future.

CHAPTER 10

SAMENVATTING

William Babcock (1872–1963) kan worden gezien als de grondlegger van de moderne flebologie. Hij zag het belang van het adequaat verwijderen van de insufficiënte v Saphena. Tournay kan wel gezien worden als de grondlegger van de moderne sclerocompressie therapie doordat hij een sclerosans combineerde met compressietherapie. Fegan zorgde voor nieuwe impulsen voor deze modaliteit toen hij de zogenaamde “empty vein technique” introduceerde om zo het contact tussen vene en sclerosans te verbeteren. Robert Muller (2 september 1919) voegde ambulante flebectomie aan het therapeutisch arsenaal toe omdat hij ontevreden was over zijn initiële resultaten na sclerocompressie therapie en de lelijke littekens na chirurgie.

Het eerste hoofdstuk geeft een historisch overzicht en een hypothese over de mogelijke oorsprong van spataders als ook een definitie van deze aders. Vervolgens worden ongepubliceerde gegevens gepresenteerd om de parameters voor de doelen van dit proefschrift aan te geven.

Gedurende een jaar (april 1997 - april 1998) werd van alle patiënten die een afspraak hadden gemaakt voor een flebologisch probleem, geregistreerd. Er werd een onderscheid gemaakt tussen ‘nieuwe’ patiënten (nooit eerder behandeld voor spataders) en ‘oude’ patiënten (laatste behandeling tenminste twee jaar geleden). Met behulp van deze inventarisatie kon worden berekend dat 11,9% van alle nieuwe patiënten zich presenteert met spataders. Het merendeel van deze patiënten, oud en nieuw, heeft grote varices, hetzij v Saphena Magna (GSV), v Saphena Parva (SSV) of zijtak varices. Omdat flebologische patiënten meer tijd vergen voor analyse en behandeling is de impact op de tijd die de dermatoloog te besteden heeft veel groter. Men heeft berekend dat een dermatoloog ongeveer twintig procent van zijn tijd besteedt aan problemen die gerelateerd zijn aan flebologie. Het introduceren van een nieuwe techniek, die in eerste instantie veel tijd vergt, in een dermatologische setting is zeer moeilijk. Wanneer deze techniek daarentegen minder recidieven veroorzaakt en meer tevreden patiënten oplevert, zal dit op de lange termijn eerder tijd opleveren.

De beperkingen van laser behandeling voor varices zoals die werden beschreven in de publicaties waarop hoofdstuk twee werd gebaseerd, zijn dramatisch veranderd. Door de verbeteringen van moderne lasermachines is deze modaliteit momenteel waarschijnlijk de beste behandelingsoptie voor ‘teleangiectatic matting’. Daarnaast zijn lasers en IPL succesvol ingezet bij de behandeling van een steeds grotere diversiteit aan varices en teleangiectasieën. Langere golf lengtes en pulsduur als ook geavanceerdere koeling zijn de belangrijkste doorbraken

geweest. Dit hoofdstuk beschrijft tevens een 'work-up' procedure voor patiënten met varices. Een beslisboom voor diagnostische verrichtingen en behandeling wordt aangereikt.

Na het afnemen van de anamnese wordt het flebologische probleem geïnventariseerd. Wanneer er alleen bezemrijs en reticulair varices zijn is er geen noodzaak te behandelen tenzij deze voor de patiënt cosmetisch storend zijn. Wanneer de patiënt over vermoeidheid, zwaar gevoel in de benen of krampen klaagt, kan een LRR beginnende veneuze insufficiëntie aan tonen. Indien de plethysmografie een veneuze hervullingstijd (VRT) weergeeft van 20 seconden of meer is er geen medische indicatie voor behandeling. Wanneer de VRT korter is dan 20 seconden is aanvullende screening voor diep veneuze insufficiëntie geïndiceerd. Dit kan door het meten van de Ambulante Veneuze Druk, hetgeen nog steeds wordt beschouwd als de gouden standaard. Indien er geen hemodynamische afwijkingen zijn, is de behandeling facultatief en afhankelijk van de wensen van de patiënt. Indien er hemodynamische afwijkingen zijn dienen deze te worden gecorrigeerd. Aanvullend onderzoek met behulp van een Doppler instrument is facultatief.

Soms presenteren patiënten zich met varices in het verloop van de v Saphena Magna of Parva dan wel van een van de zijtakken. Deze verdienen verdere analyse. Eerst zal door middel van Doppler-onderzoek moeten worden vastgesteld of de sapheno-femorale en parvo-popliteale crosse suffiënt is. Behandeling is dan ambulante flebectomie (AP) of sclerocompressie therapie (CST). Indien er reflux wordt geconstateerd in de SF crosse dient deze te worden geligeerd en de GSV te worden verwijderd of geoblitereerd. Indien met Doppler onderzoek een reflux in de knieholte (SP crosse) wordt geregistreerd, dient dit te worden bevestigd door middel van Duplex onderzoek. In die gevallen van daadwerkelijke reflux kan dit worden behandeld door middel van zogenaamde echosclerose. Eerst dient men een reflux in de v poplitea (PV) uit te sluiten. In gevallen van insufficiënte PV zal men de AVP moeten bepalen. Bij een normale AVP kan de behandeling geschieden door middel van AP of CST. Wanneer de AVP te hoog is, is compressie therapie de beste optie.

Hoofdstuk drie onderzoekt de mogelijkheden van compressie therapie voor zowel sclerocompressie therapie als ambulante flebectomie. In de eerste studie werden honderd patiënten (120 benen) met varices van verschillend kaliber behandeld door middel van sclerocompressie therapie. Een speciale techniek

werd gebruikt om een stevige wattenrollen te maken die op de behandelde gebieden werd bevestigd. Additionele compressie werd gegeven door middel van een combinatie van klasse I en II elastische kousen. Na de behandeling werden de patiënten gescreend en werden bijwerkingen geregistreerd. Bovendien werd bij twaalf patiënten de druk direct onder de watten rol gemeten. De gemiddelde gemeten druk onder alle druksensoren onder de wattenrollen in combinatie met de additionele compressie kousen (klasse I en II) was 84 mm Hg (spreiding: 68 - 122 mm Hg). Door gebruik te maken van deze lange wattenrollen wordt het compressieve deel van de sclerocompressie therapie veel effectiever en eenvoudiger te realiseren. Nauwkeurige fixatie van deze rollen is echter uitermate belangrijk. De studie bewijst de grote effectiviteit van stevige wattenrollen precies op de plaats van behandeling.

De tweede studie in dit hoofdstuk beschrijft het gebruik van compressie na sclero-compressie therapie en ambulante flebectomie. Doel en mechanisme van compressie therapie wordt geanalyseerd en de klinische implicaties worden besproken. In verband met het mogelijke bloedverlies vanuit het geruptureerde deel van de resterende varix is er enige vorm van compressie noodzakelijk na ambulante flebectomie. Wanneer de stevige wattenrollen zoals beschreven in deel een van dit hoofdstuk worden toegepast, wordt het extravasaat naar het gebied direct naast de rol gedrukt. Vandaar dat het voorstel wordt gedaan om 7-cm brede schuimpelottes aan te brengen na de behandeling, die worden gefixeerd met behulp van 10-cm brede kleefpleister. Daarover wordt overdag een klasse II elastische kous gedragen om oedeemvorming in het distale, niet behandelde deel, tegen te gaan. Er is in de literatuur geen consensus over de duur van compressie. Gebaseerd op empirische gronden adviseren wij de gecombineerde compressie gedurende vijf dagen gevolgd door vijf dagen elastische kous. Het gebruik van deze drukpelottes na ambulante flebectomie vermindert hematoomvorming en lijkt de resorptie van resterend bloed te verbeteren.

Er is een opvallend beperkt aantal prospectieve studies naar het effect of de doeltreffendheid van chirurgie, sclerocompressie therapie of ambulante flebectomie. Hobbs en Rutgers leverden het bewijs dat het succes van sclerocompressie therapie en chirurgie alleen slechts beperkt is. Zijtak varicose zijn altijd de beste indicatie geweest voor SCT. De slechte resultaten op lange termijn zijn echter de belangrijkste reden geweest om een prospectieve gerandomiseerde studie te starten die in hoofdstuk vier wordt beschreven. Achtennegentig benen met varicose van de laterale accessoire vene (semicircularia varicose) werden gerandomiseerd

voor ambulante flebectomie dan wel sclerocompressie therapie. Er werden tweëntachtig patiënten geïncludeerd van wie zestien met beide benen. Twee patiënten konden niet worden vervolgd. In de ambulante flebectomie groep ontstond een recidief na een jaar en geen na twee jaar. In de CST groep ontstonden twaalf recidieven na één ($p < 0,001$) en achttien na twee jaar ($p < 0,001$). Sommige bijwerkingen traden significant meer op in de AP groep zoals: blaren, teleangiectatic matting, littekens en klachten als gevolg van de verbanden. Er was geen significant verschil in de ernst van de klachten als gevolg van de behandeling ($p = 0,41$). Onze resultaten tonen voor het eerst aan dat AP significant effectiever is voor de behandeling van zijtakvaricose dan CST. Het aantal recidieven is significant lager dan bij CST. Indien het scleroseren van zijtakvaricose na twee pogingen niet succesvol is, dient men te kiezen voor een andere behandeling. Ambulante flebectomie is dan een goede keuze.

Het eerste deel van hoofdstuk vijf onderzoekt de theoretische achtergrond van de behandeling van varices aan de voet. AP is een geaccepteerde therapie voor varices die ook wordt toegepast voor enkel en voetvarices. Onderzoek van de relevante literatuur over de anatomie van het veneuze stelsel van de voet leverde geen aanwijzingen op dat deze belangrijke beperkingen voor de behandeling ervan met zich meebrengt.

Veneuze chirurgie van sclerocompressie therapie kunnen succesvol worden gebruikt in speciale gevallen. Vervolgens werden veertien patiënten (19 voeten) behandeld voor voetvarices door middel van AP. Bij alle patiënten werden excellente resultaten geboekt.

Er werden geen serieuze bijwerkingen waargenomen. AP is derhalve een veilige en elegante behandelingsoptie voor voetvarices.

Om de zienswijze van de patiënt te belichten werd een enquête gestart. Wij onderzochten de tevredenheid van de patiënt en de eventuele klachten zoals deze door de patiënt werden gerapporteerd. De resultaten van de enquête laten zien dat de helft van de geïnterviewde patiënten niet geheel tevreden is over de behandeling. De belangrijkste factoren die de patiënttevredenheid beïnvloeden zijn: gerapporteerde verkleuringen, aanhoudende pijnklachten, en de waargenomen recidieven. Een verontrustend aantal patiënten rapporteert het zien van recidieven na AP. Deze recidieven zijn niet noodzakelijkerwijs 'echte' recidieven maar vormen een subjectief resultaat. door middel van AP worden varices permanent verwijderd. Wanneer de patiënt vooraf niet wordt geïnformeerd over de mogelijkheid dat in hetzelfde gebied opnieuw varices kunnen ontstaan, wordt dit door

de patiënt ervaren alsof dit het gevolg van het mislukken van de operatie. Gebaseerd op deze resultaten stellen wij dat bij het mondeling en schriftelijk informeren van de patiënt niet alleen voldoende aandacht gegeven wordt aan alle mogelijke complicaties, maar ook aan wat in de ogen van de patiënt meest belangrijke klachten kunnen zijn die na een bepaalde behandeling kunnen optreden. In het geval van AP is dat: verkleuringen, pijn en “recidieven”. Om de kwaliteit van de informatie aan de patiënt te vergroten maar ook om misverstanden en/of teleurstellingen te voorkomen zou de behandelaar de patiënteninformatie mede moeten baseren op de problemen die volgens de patiënt zouden moeten worden verholpen. Dit is van belang voor de behandeling maar zeker na de behandeling. Alhoewel patiënten aangeven deze recidieven als vervelend te ervaren is het feit dat 85% van hen zich, indien nodig, weer op deze manier zouden willen laten behandelen zeer bemoedigend.

Hoofdstuk zes beschrijft allereerst een nieuwe indicatie voor AP: een methode om een varix te oogsten voor histologisch onderzoek. Er wordt een casus gepresenteerd van een patiënte die verdacht werd van het syndroom van Bockenheimer. Met behulp van de AP wordt een deel van een varix geoogst waarna histologisch onderzoek de klinische diagnose bevestigd. Met deze methode kan fundamenteel histologisch onderzoek worden verricht om te differentiëren primaire (bijvoorbeeld Syndroom van Klippel Trenaunay, of Bockenheimer) en secundaire varices.

Het tweede deel van dit hoofdstuk geeft gedetailleerde informatie over verschillende gebieden waar AP kan worden toegepast. Er is geen theoretische beperking in de gebieden die kunnen worden behandeld door middel van AP, zolang er voldoende kennis is van de anatomische structuren in de nabijheid van de te behandelen vene. Dit wordt toegelicht aan de hand van vier casus van patiënten met varices in het gelaat, de armen, het scrotum en de nates. AP is een veilige en effectieve techniek voor het verwijderen van varices en venen op plaatsen anders dan aan de benen.

Iedere behandelingsmodaliteit bergt de mogelijkheid in zich te mislukken. Een complicatie kan worden gezien als het falen van de behandeling, kan onvoorzien zijn en zelfs onvermijdelijk. In dit hoofdstuk zeven wordt eerst een zeldzame complicatie beschreven: het traumatisch neuroom. Wanneer sensibele zenuwvezels worden geruptureerd zal het distale deel zogenaamde Walleriaanse degeneratie vertonen terwijl de axonen en Schwann cellen van het proximale deel zullen

prolifereren. Indien littekenvorming een nieuwe verbinding in de weg staat kan uit het proximale deel de proliferatie doorgaan waardoor een ongeorganiseerde kluwen van zenuwtwijgjes ontstaat dat zich in het omliggende weefsel uitbreidt. Hierdoor ontstaat het traumatisch neuroom.

Een tweede casus beschrijft de mogelijkheid dat een pre-existente dermatose kan ontstaan in een gebied waar eerder een varix is verwijderd met behulp van AP. Het is eerder in de literatuur beschreven dat een chirurgische ingreep een pre-existente dermatose kan luxeren: het zogenaamde Köbner fenomeen. Het is echter voor het eerst dat vitiligo onverwacht optreedt niet alleen rond de incisies maar ook in het gebied waar de varix is verwijderd. Het is voor het eerst dat dit is beschreven na AP. Mogelijk dat het trauma als gevolg van de infiltratieanesthesie, de dissectie of het verwijderen van de varix dit fenomeen heeft veroorzaakt bij de gepresenteerde patiënte. Ook zou het toedienen van lidocaïne, een neuro-actieve stof, de vitiligo heeft veroorzaakt. Met deze casus is de mogelijkheid van het Köbner fenomeen na AP aangetoond. De exacerbatie van huidziekten als psoriasis en lichen planus na AP behoort daarmee ook tot de mogelijkheden.

In een brief aan de redactie spreken wij onze bezorgdheid uit over de kennelijk lage incidentie van hematomen na AP. Gebaseerd op onze ervaring en eerdere studies stellen wij dat dit een bijwerking is die inherent is aan de behandeling en geen zeldzame bijwerking. Er zou niettemin een kanttekening gemaakt moeten worden omdat in de literatuur bloedingen soms in combinatie met hematomen worden gerapporteerd. Bij bloedingen is er een uitgesproken bloedverlies, doorgaans als gevolg van inadequaet verbinden en zou moeten worden beschouwd als een echte complicatie die ingrijpen van de arts noodzakelijk maakt (zoals: opnieuw aanleggen van het verband, thrombectomie).

Onderwijs en nascholing van collega's is een belangrijke verantwoordelijke taak die veel voldoening geeft vooral wanneer men afgaat op de reactie direct na de scholingsactiviteit. Wij waren geïnteresseerd in het rendement van een nascholing die wij in 1994 hadden georganiseerd. Hoofdstuk acht geeft de resultaten van de enquête weer die werd gehouden onder Nederlandse dermatologen die vijf jaar eerder een workshop over AP hadden bijgewoond. Het merendeel van de deelnemers was tevreden over manier waarop deze workshop voldeed aan hun verwachtingen. Ongeveer eenderde past de geleerde techniek nog steeds toe ondanks het feit dat men vindt dat het een tijdrovende techniek betreft.

Meer dan 35 % van de respondenten was niet in staat deze pas geleerde techniek te implementeren in de praktijk. Gebrek aan tijd, deels door de toegenomen wachtlijsten wordt als belangrijkste oorzaak opgegeven. Vanwege de groeiende vraag naar (meer arbeidsintensieve) dermatologische zorg en omdat onderwijscapaciteit beperkt is zal de introductie van nieuwe behandelingsmodaliteiten zoals AP in toenemende mate bemoeilijkt worden.

Om een meer helderheid te verschaffen over de aard en dimensies van flebologische zorg door dermatologen als ook de behoefte aan onderwijs over flebologische onderwerpen, werd besloten een schriftelijke enquête te verrichten onder alle perifere werkende Nederlandse dermatologen. De meerderheid van de respondenten (91%) werkt intra-muraal en 86,3% werkt op een of andere manier samen met andere dermatologen. Gemiddeld werkt de Nederlandse dermatoloog 0,85 fte (full time equivalent), vrouwen 0,73 fte en mannen 0,91 fte. Het gemiddeld aantal nieuwe patiënten per 1,0 fte was 2.465 en het gemiddeld aantal nieuwe flebologische patiënten was 303, hetgeen 12% van het total aantal nieuwe patiënten per jaar betekent.

Vrijwel alle respondenten gebruiken Doppler om hun flebologische patiënten te analyseren; 80% gebruikt soms Duplex. Bijna 95% heeft sclerocompressie therapie in het pakket; 44% ambulante flebectomie. Drieënnegentig procent van de dermatologen werkt in samenwerking met een chirurg, waarbij alle chirurgisch flebologische therapieën kunnen worden aangeboden. Onder de respondenten is er een grote vraag naar flebologische onderwijs.

Deze enquête biedt voor het eerst een beter inzicht in de aard en uitgebreidheid van de flebologische zorg door Nederlandse dermatologen. Het flebologisch deel van de dermatologische zorg, 12% van het aantal nieuwe patiënten, is groot en komt overeen met de resultaten uit onze eigen praktijk (hoofdstuk 1). De hoeveelheid tijd die aan flebologische patiënten moet worden besteed is groter dan de tijd die aan algemene dermatologische patiënten moet worden besteed omdat de diagnostische procedures als ook de behandelopties in de flebologie veel tijdrovender zijn. In de praktijk betekent dit dat flebologische patiënten veel tijdrovender zijn dan algemene dermatologische patiënten.

WAAR EINDIGT DIT ALLES?

Zoals keer op keer is aangegeven de ambulante flebectomie is een elegante, efficiënte en doeltreffende techniek om ongewenste (variceuze) venen te verwijderen. Het is bewezen meer effectief dan sclerocompressie therapie in gevallen van zijtak varices en daarmee waarschijnlijk ook bij andere varices. Het is bewezen zeer effectief te zijn bij de behandeling van voetvarices, hoewel wij van mening zijn dat in deze gevallen sclerocompressie therapie eveneens toegepast zou kunnen worden, vooral omdat er geen anatomische restricties zijn. De patiënttevredenheid is relatief slecht hoewel het merendeel van de patiënten deze techniek weer zou kiezen.

Bij iedere ambulante flebectomie komt materiaal beschikbaar waarmee histologische studies zouden kunnen worden uitgevoerd. Waarschijnlijk kan deze techniek eveneens worden gebruikt om een biopsie te verrichten bij verdenking op arteriitis temporalis. Ook hier zou een minder zichtbaar litteken het gevolg kunnen zijn.

Nieuwe technieken zoals laser therapie en minimaal invasieve endoscopische modaliteiten mogen dan aan de horizon gloren, de ambulante flebectomie blijft een methode voor de permanente verwijdering van varices die enige vaardigheid, wat oefening en slechts een kleine investering voor materiaal behoeft voordat men met deze techniek kan starten.

Met de juiste waardering van zowel patiënten als artsen, als ook een adequate vergoeding van de overheid zou deze veertig jaar oude techniek wel eens een uitstekende toekomst tegemoet kunnen gaan.