

Claudicatio venosa bei Langstreckenläufern*

Claudia Stautner-Brückmann¹, Rene Gordon Holzheimer²
¹Gefäßpraxis im Tal München, ²Chirurgische Praxisklinik Sauerlach



Claudia Stautner-Brückmann

*Ein Beitrag der 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Zusammenfassung

Wir berichten über einen Langstreckenläufer, der nach einer Laufstrecke von etwa einem Kilometer über Schmerzen in der rechten Wade verbunden mit einem Taubheitsgefühl klagte, das nach Belastungsende rasch aufhörte. Die daraufhin durchgeführten orthopädischen und neurologischen Untersuchungen waren ohne pathologischen Befund. Auch fand man keine arterielle Durchblutungsstörung oder ein Entrapment als Ursache der Beschwerden. Bei fehlender klinisch sichtbarer Varikosis und ohne Hinweis auf stattgehabte Thrombose zeigt die Duplexsonographie nur rechts eine Varikosis der V. saphena parva. Diese wurde operiert. Der Patient konnte wenige Wochen nach dem Eingriff bereits wieder beschwerdefrei sein Trainingsprogramm aufnehmen.

Schlüsselwörter: Claudicatio venosa-Insuffizienz der Vena saphena parva

vasomed 21 (2009) 227-228

Summary

We report a case of a long distance runner who complained numbness and pain in the lower leg after running about one kilometer. By stopping the exercise the pain vanished rapidly. The orthopedic and neurological examinations did not reveal any disturbances. Arterial occlusive disease and arterial entrapment could be excluded. The ultrasound demonstrated an enlarged insufficient saphenopopliteal junction without clinical signs of varicosis and no history of venous thrombosis. After operation of the smaller saphenous vein the patient was free of pain and could run a long distance without disturbance after a few weeks later.

Key words: venous claudication-insufficiency of the smaller saphenous vein

vasomed 21 (2009) 227-228

Resume

Nous relatons ici le cas d'un coureur de fond qui, après un parcours d'environ un kilomètre, se plaignait de ressentir des douleurs et un engourdissement du mollet droit qui disparaissaient rapidement après l'arrêt de l'effort. Les examens orthopédiques et neurologiques pratiqués pour ces raisons ne révélèrent aucune anomalie. On ne trouva non plus aucune pathologie artérielle occlusive ni aucun „vol“ artériel à l'origine de ces troubles. En l'absence de varices cliniquement visibles et d'antécédents de thrombose, l'ultrasonographie duplex ne montra qu'une dilatation avec insuffisance de la saphène externe droite dont le patient fut opéré. Quelques semaines plus tard, celui-ci put reprendre son entraînement sans problèmes.

Mots-clés: claudication veineuse, insuffisance de la veine saphène externe

vasomed 21 (2009) 227-228

Einleitung

Schmerzen in der Wadenmuskulatur treten bei Sportlern häufig auf. Meist sind sie Folge eines Traumas. Nicht selten sind sie muskulär bedingt (Zerrung, Muskelfaserriss). Auch häufig spielen neurogene Problematiken eine Rolle. Insbesondere müssen auch vaskuläre Ursachen in die Differentialdiagnosen miteinbezogen werden.

Kasuistik

Anamnese

Wir berichten über einen 34-jährigen trainierten Langstreckenläufer, der bei seiner Vorstellung über einen seit mehreren Mona-

ten bestehenden Schmerz in der rechten Wadenmuskulatur klagte. Dieser war sicher belastungsprovozierbar und verbunden mit einem Taubheitsgefühl im rechten Fuß. Die Beschwerden traten immer nach einer Laufstrecke von ca. einem Kilometer auf. Nach dem Stehenbleiben kam es zu einem raschen Verschwinden der Beschwerden.

Befunde

Differentialdiagnostisch dachte man zuerst an eine Claudicatio spinalis, wobei anamnestisch bereits das rasche Abklingen der Beschwerden eher dagegen sprach. Die schon auswärts durchgeführten orthopädischen Untersuchungen einschließlich MRT

der Wirbelsäule und des Beines waren bis auf eine kleine Meniskusläsion ohne pathologischen Befund. Die Meniskusläsion war in keinen Zusammenhang mit der Beschwerdesymptomatik zu bringen.

Als weitere Differentialdiagnose wurde an eine vaskuläre Ursache wie Claudicatio bei einer arteriellen Durchblutungsstörung gedacht. Bei fehlenden vaskulären Risikofaktoren, tastbaren Fußpulsen, normalem Knöchel-Arm-Index (ABI 1,05) und unauffälligem arteriellen Gefäßsystem in der duplexsonographischen Darstellung, sowohl der Aorta abdominalis, der Becken- als auch der Beinarterien, konnte diese Möglichkeit ausgeschlossen werden. Auch fand sich so-

wohl duplexsonographisch als auch im vorliegenden MRT kein Anhalt für eine cystische Adventitiadegeneration, was auch aufgrund der Anamnese nicht zu erwarten war. Bei dieser Erkrankung ist die Gehstrecke, bedingt durch unterschiedliche Füllungsstände der Zyste, sehr variabel. Das ebenso in die Überlegung mit einbezogene Entrapmentsyndrom konnten wir duplexsonographisch durch Provokationsmanöver (Ventral- und Dorsalflexion im Sprunggelenk gegen Widerstand) nicht sichern. Ein Kompartmentsyndrom war auch schon vor Vorstellung bei uns ausgeschlossen worden.

In die weitere Diagnose wurde dann die venöse Claudicatio einbezogen. Bei klinisch nicht sichtbaren Varizen und fehlenden klinischen Zeichen der chronisch venösen Insuffizienz wurde eine Sonographie durchgeführt. Die Duplexsonographie der Bein-gefäße zeigte ein völlig unauffälliges Venensystem links mit intakten Stamm- und Leitvenen, rechts waren die Leit- und Stammvenen unauffällig bis auf eine auf 63 mm maximal dilatierte Vena saphena parva mit Reflux. Es fand sich kein Anhalt für eine abgelaufene Thrombose oder insuffiziente Perforansvenen.

Therapie und Verlauf

Unter der Annahme einer Claudicatio venosa, die man laut Literatur überwiegend beim schweren postthrombotischen Syndrom findet, wurden mit dem Patienten die Therapieoptionen diskutiert. Das permanente Tragen eines Kompressionstrumpfes wurde nicht gewünscht und von ihm mit Nichtvereinbarkeit mit dem Sport abgelehnt. Auch eine Sklerotherapie wurde nicht akzeptiert, sodass man sich nach intensiver Diskussion der Problematik zur Operation entschloss. Die Vena saphena parva wurde unterbunden und ein segmentales Venenstripping durchgeführt. Wie bereits sonographisch zeigte sich auch makroskopisch die Vene erweitert.

In der Histologie wurden Zeichen der Phleboklerose beschrieben.

Der Patient überstand die Operation gut und konnte bereits drei Wochen später sein Trainingsprogramm wieder aufnehmen. Seit mittlerweile zwei Jahren läuft der Patient mehr als 20 Kilometer täglich ohne Beschwerden. Bis jetzt ergibt sich nach der Operation duplexsonographisch kein Anhalt für ein Rezidiv oder eine Varikose an anderer Stelle.

Diskussion

Die venöse Claudicatio wird in der Literatur mit 8 % bei chronisch venöser Insuffizienz und postthrombotischem Syndrom angegeben (4). Möglicherweise kommt ihr noch eine größerer Bedeutung zu, da in einer Arbeit bei 43 % der Patienten nach tiefer Beinvenenthrombose eine solche Symptomatik beschrieben wird (3), was den Autoren sehr hoch gegriffen scheint. Die klinischen Symptome unseres Patienten sind in Einklang mit den Symptomen, die in der Literatur beschrieben wurden. Die venöse Claudicatio ist durch belastungsabhängige Schmerzen in der Wade gekennzeichnet, die so intensiv sein können, dass der Patient sich sogar hinsetzen muss (7). Eine arterielle Durchblutungsstörung besteht dabei nicht. Es handelt sich überwiegend um junge Menschen mit abgelaufener tiefer Beinvenenthrombose. Als Ursache werden Perforansvenen diskutiert, die erst bei Belastung dekomensieren (7). Die Diagnose Claudicatio venosa wird durch Laufbandtests, Phlebographie, Phletismographie und Dopplersonographie bestätigt (1, 2, 9). Die Duplexsonographie stellt heutzutage die wichtigste Methode dar, um den venösen Reflux zu dokumentieren (5). Der verminderte Rückstrom über die V. saphena parva – in diesem Fall verbunden mit insuffizienten Perforansvenen bei Belastung – führt über Erhöhung des intramuskulären Druckes und einem intramuskulären Ödem zu einem verminderten Blutfluss, einem Ödem und einem Anstieg von Laktat (6).

Von einigen Autoren wurde die Fasciotomie vorgeschlagen (6), um der Druckerhöhung entgegenzuwirken, andere empfehlen kontrolliertes Gehtraining (7), was sicher bei unserem trainierten Patienten keinen Erfolg gebracht hätte, andere empfehlen eine Operation der Varizen (8).

In unserem Fall konnte der Patient ohne Schmerzen und Verlust der Lebensqualität durch die Ligatur der V. saphena parva und einem inversen Venenstripping von seinen Beschwerden befreit werden. Nach etwa drei Wochen bereits konnte der begeisterte Langstreckenläufer sein Trainingsprogramm wieder aufnehmen.

Literatur

1. Baumgartner I, Bollinger A: Intermittent venous claudication. *Ther Umschau*; 1991; 48: 679-682
2. Brülisauer M, Jäger K, Bollinger A: Intermittent venous claudication: a rarely diagnosed walking disability. *Schweiz Med Wochenschr* 1987; 117: 123-126
3. Delis KT, Bountouroglou D, Mansfield AO: Venous claudication. *Ann Surg* 2004; 239: 118-126
4. Labropoulos N, Volteas N, Leon M et al.: The role of venous outflow obstruction in patients with chronic venous dysfunction. *Arch Surg* 1997; 132: 46-51
5. Labropoulos N, Leon LR: Duplex evaluation of venous insufficiency. *Semin Vasc surg* 2005; 18: 5-9
6. Ovarfordt P, Eklöf B, Ohlin P et al.: Intramuscular pressure, blood flow and skeletal muscle metabolism in patients with venous claudication. *Surgery* 1984, 95:191-5
7. Provan JL, Moreau P, Mac Nab I: Pitfalls in the diagnosis of leg pain. *CMA Journal* 1979, 21: 167-171
8. Ting AC, Cheng SW, WuLL et al: Changea in venous hemodynamics after superficial vein surgery for mixed superficial and deep venous insufficiency. *World J Surg* 2001; 25, 122-5
9. Walker RT, Woodyer AB, Dormandy JA: Venous claudication A report of 15 cases and overview of the literature. *Int. Angiol* 1985; 4: 365-7

Korrespondenzadresse

Claudia Stautner-Brückmann
Gefäßpraxis im Tal München
Tal 13
80331 München
E-Mail: claudiastautner@web.de

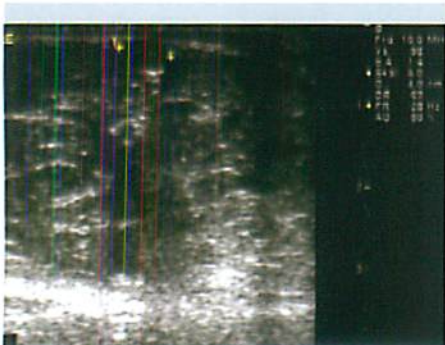


Abb. 1: Dilatierte Vena saphena parva rechts im Querschnitt

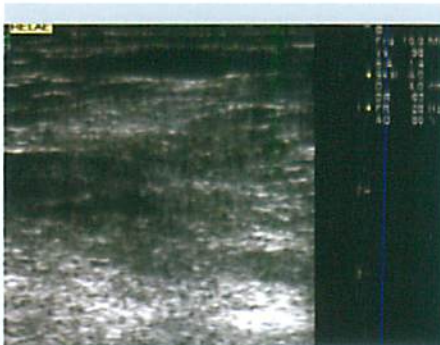


Abb. 2: Vena saphena parva rechts im Längsschnitt