



Een nieuwe werkwijze in spataderzorg

E.R.Y. Scheerders¹, R.R. van den Bos²

Voor patiënten met varices zijn veel verschillende behandelstrategieën beschikbaar. In ons onderzoek wordt de behandelstrategie voor patiënten met een insufficiënte stam én zijtak onder de loep genomen.

ACHTERGROND

Chronische veneuze ziekte en varices zijn een veelvoorkomend gezondheidsprobleem, met een prevalentie van 25-40% in de algemene populatie. [1,2] De kosten voor de zorg rondom chronische veneuze ziekte bedragen zo'n 1% van het totale zorgbudget in Europese landen. [3] Deze hoge prevalentie en kosten maken het belangrijk om voortdurend te zoeken naar manieren om deze zorg zo efficiënt mogelijk in te richten en waar mogelijk kosten te besparen.

HUIDIGE BEHANDELSTRATEGIE

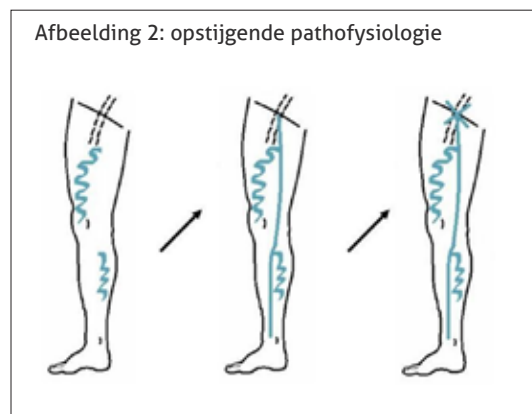
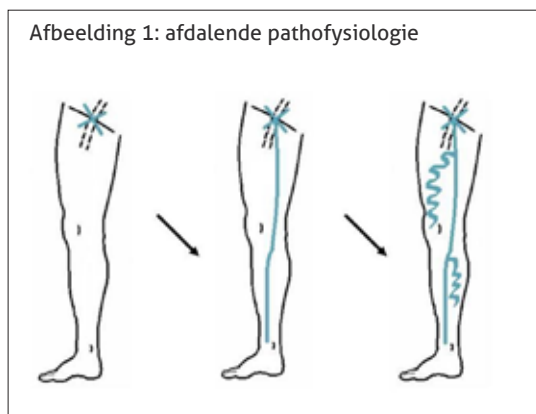
Heden ten dage bestaat de behandeling van patiënten met zowel een insufficiënte stam (v. saphena magna, v. saphena accessoria anterior of v. saphena parva) als een insufficiënte zijtak, uit een endoveneuze laserablatie (EVLA) of endoveneuze radiofrequente ablatie (RFA) van de stam, met gelijktijdige, uitgestelde of geen behandeling van de zijtak middels een flebectomie volgens Muller. [4] Deze behandelstrategie is grotendeels gebaseerd op de zogeheten afdalende pathofysiologische theorie van varices. Deze theorie stelt dat insufficiëntie begint bij een escape-punt, dat wil zeggen bij een overgang van het superfiële veneuze systeem naar het diepe veneuze systeem, bijvoorbeeld de saphenofemorale junctie (SFJ), saphenopopliteale junctie (SPJ) of een vena perforans. De insufficiëntie daalt bij progressie van de ziekte vervolgens af naar een stamvene, en uiteindelijk naar één of meerdere zijtakken (afbeelding 1).

OPSTIJGENDE PATHOFYSIOLOGISCHE THEORIE

In de afgelopen decennia is uit verschillende onderzoeken gebleken dat er tevens sprake kan zijn van een opstijgende pathofysiologie van het ontstaan van varices. Volgens deze theorie begint reflux als gevolg van veranderingen in de veneuze wand en kleppen van een zijtak. Door de hoge veneuze druk die dit als gevolg heeft, stijgt de insufficiëntie op tot in de stam, tot uiteindelijk ook de crosse insufficiënt is (afbeelding 2).

ASVAL STRATEGIE

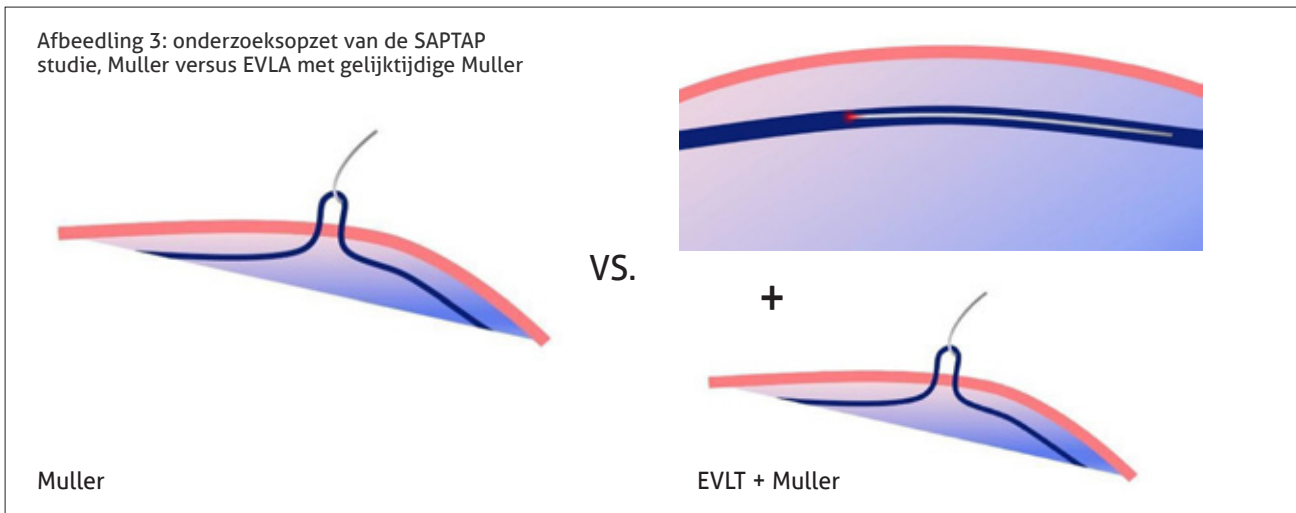
Verschiedende observationele onderzoeken over deze opstijgende pathofysiologische theorie hebben geleid tot het ontwikkelen van de 'Ambulatory Selective Varices Ablation under Local Anesthesia' (ASVAL) methode. [5] Volgens deze methode worden patiënten met een insufficiënte stam én zijtak, uitsluitend behandeld met een Muller van de zijtak, terwijl de stam wordt gespaard. Door eerst de zijtak te verwijderen, zal het bloedvolume door de stamvene afnemen en kan de stamvene zich remodeleren en haar normale functie terugkrijgen. Een deel van de patiënten zal na de Muller behandeling persisterende klachten en/of symptomen houden. Bij deze patiënten kan een behandeling van de stam met EVLA in een tweede instantie alsnog plaatsvinden.



¹ PhD kandidaat dermatologie, Erasmus MC Rotterdam

² Dermatoloog, Erasmus MC Rotterdam

Afbeelding 3: onderzoeksopzet van de SAPTAP studie, Muller versus EVLA met gelijktijdige Muller



Afgelopen jaren zijn er verschillende prospectieve onderzoeken gedaan naar het gebruik van de ASVAL-methode, onder andere een studie van Biemans, et al [6] waarin patiënten met een insufficiënte v. saphena magna met een insufficiënte zijtak werden behandeld met Muller. Na één jaar follow-up was de stamreflux verdwenen in de helft van de patiënten, en waren in twee derde van de patiënten de klachten aanzienlijk verbeterd.

AANVULLEND BEWIJS

In een recent uitgevoerde gerandomiseerde multicenter studie hebben we aanvullend bewijs verzameld voor de opstijgende pathofysiologische theorie en het gebruik van de ASVAL strategie. In deze studie werd een totaal van 464 patiënten met een insufficiënte VSM of VSAA én insufficiënte zijtak, gerandomiseerd in twee verschillende groepen. In de TAP-groep* werden 237 patiënten behandeld met een EVLA van de stam en gelijktijdige Muller van de zijtak. In de SAP-groep* werden de overige 227 patiënten volgens de ASVAL strategie behandeld: zij kregen eerst een behandeling van de insufficiënte zijtak met een Muller, waarbij de stam werd gespaard. Tijdens een controlebezoek na negen maanden werd geëvalueerd of patiënten nog een aanvullende behandeling van de stam behoefden (in het geval van persisterende reflux én klachten).

Uit dit onderzoek blijkt dat na één jaar follow-up de kwaliteit van leven van patiënten niet significant verschillend is tussen de TAP- en de SAP-groep. Deze kwaliteit van leven werd gemeten met behulp van de VEINES-QOL/Sym vragenlijst, een ziekte-specifieke kwaliteit van leven vragenlijst voor patiënten met chronische veneuze ziekte. Na één jaar follow-up waren patiënten uit beide groepen gemiddeld even tevreden over hun behandeling: beide groepen scoren hun tevredenheid ongeveer een 8,5 op een schaal van nul tot tien. Het overgrote deel van de patiënten heeft enige of zeer veel verbetering ervaren van hun symptomen na één jaar: ook hierbij was er geen significant verschil tussen beide groepen.

AANVULLENDE BEHANDELING

Na negen maanden had 26% van de SAP-patiënten nog een aanvullende behandeling van de stam nodig. In de meeste gevallen bestond deze behandeling uit een EVLA. De overige 74% van de patiënten was voldoende klachtenvrij na alleen de Muller.

KOSTEN

De behandelstrategie waarin patiënten eerst alleen met een Muller worden behandeld, en uitsluitend een aanvullende EVLA ondergaan bij persisteren van de klachten, is goedkoper dan de huidige behandelstrategie (EVLA plus Muller). Het gemiddelde verschil in kosten tussen beide behandelstrategieën is 630 euro per patiënt. [7]

VOOR WIE?

Zoals eerder genoemd had 26% van de patiënten in dit onderzoek nog een aanvullende EVLA nodig na negen maanden. Natuurlijk zouden we graag van tevoren weten, welke patiënten dit zijn. Zo valt vooraf af te wegen of een patiënt geschikt is voor behandeling met alleen een flebectomie volgens Muller, of dat die patiënt beter geholpen zou zijn met de dubbele behandeling bestaande uit gelijktijdige EVLA en Muller. Om in kaart te brengen of we de geschikte patiënten al tijdens het eerste consult kunnen aanwijzen, werken we momenteel aan een predictiemodel. De factoren die we willen onderzoeken zijn zowel patiënteigenschappen (denk aan geslacht, leeftijd, BMI) als ziektekenmerken (diameter of lengte van de stam en zijtak, wel of geen insufficiënte crosse, C-classificatie).

De follow-up termijn van één jaar is relatief kort. Derhalve zal binnenkort worden gestart met het verzamelen van de lange-termijnresultaten (5 tot 10 jaar).

* TAP = *thermal ablation with phlebectomy*;
SAP = *single ambulatory phlebectomy*

TREFWOORDEN

flebologie – endoveneuze laserablatie – flebectomie volgens Muller – kwaliteit van leven

KEYWORDS

phlebology – endovenous laserablation – phlebectomy – quality of life

LITERATUUR

1. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(3):149-53.
2. Rabe E, Berboth G, Pannier F. [Epidemiology of chronic venous diseases] *Epidemiologie der chronischen Venenkrankheiten*. *Wien Med Wochenschr*. 2016;166(9-10):260-3.
3. Davies AH. The seriousness of chronic venous disease: A review of real-world evidence. *Adv Ther*. 2019;36(Suppl 1):5-12.
4. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022.
5. Pittaluga P, Chastanet S, Locret T, Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: a prospective study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2010;40(1):122-8.
6. Biemans AA, van den Bos RR, Hollestein LM, Maessen-Visch MB, Vergouwe Y, Neumann HA, et al. The effect of single phlebectomies of a large varicose tributary on great saphenous vein reflux. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2014;2(2):179-87.
7. Dutch Healthcare Authority ©. Open Dis Data. 2021 Dec [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.opendisdata.nl/>.

CORRESPONDENTIEADRES

Renate van den Bos

E-mail: r.vandenbos@erasmusmc.nl