

ALSMAAR STRIPPEN

Patiënt met varices krijgt niet de beste behandeling



De behandeling van spataderen kan veel beter. Nieuwe endovasculaire methoden zijn veiliger, patiëntvriendelijker en goedkoper. Toch zijn die niet opgenomen in de richtlijn Varices. En het College voor zorgverzekeringen laat het recht op vergoeding over aan de zorgverzekeraars. De patiënt is de dupe.

FRANS MOLL
MARTINO NEUMANN

Veneuze ziekten, en in het bijzonder varices, komen bijzonder veel voor. Zo kampt circa 25 procent van de mannen en vrouwen frequent met klachten ten gevolge van spataderen. De behandeling daarvan eist zodoende een aardig deel op van de capaciteit en het budget van de Nederlandse zorg. Ulcera cruris vergen ongeveer 1 procent van het gezondheidsbudget en varices eveneens. Het zogenaamde strippen van varices is een van de meest uitgevoerde operaties in Nederland. Veelal gebeurt dit in dagbehandeling, soms is een klinische opname nodig. De afgelopen jaren is het medisch behandelen van spataderen door de komst van nieuwe technieken echter totaal veranderd.

VENEUZE INSUFFICIËNTIE

Er bestaan verschillende verschijningsvormen van spataderen: stamvarices,

BEELD: ANP

zijtak-, reticulair en bezemrijsvarices. Klachten en complicaties zijn afhankelijk van het type. Zeer frequent is sprake van een combinatie van verschillende varices. Daarnaast is ongeveer de helft van de ulcera cruris venosum te wijten aan oppervlakkige veneuze insufficiëntie.^{1,2}

Spataderen, en dat geldt vooral voor de stamvarices (vena saphena magna - VSM- en/of de vena saphena parva), al dan niet in combinatie met insufficiënte venae perforantes, vormen op de lange termijn een groot medisch risico voor de patiënt. Ofschoon er geen langlopend prospectief vergelijkend onderzoek is verricht waaruit blijkt dat behandeling van spataderen op lange termijn tot minder complicaties leidt, zijn er wel veel 'minder harde' onderzoeksresultaten die daarop wijzen.³⁻⁵

De belangrijkste redenen om varices te behandelen, zijn het verlichten van klachten als pijn, vermoeidheid, (nachtelijke) krampen en *restless legs*, het verbeteren van de levenskwaliteit, het voorkomen van complicaties en cosmetische wensen. De impact van varices op het leven is afhankelijk van de ernst ervan, maar is bij patiënten met ernstig veneuze insufficiëntie vergelijkbaar met andere chronische aandoeningen als diabetes, reumatoïde artritis en hartfalen. Mogelijke complicaties van varices zijn variceus eczeem, witte atrofie, ulcus cruris, dermato-, lipo- en fasciosclerose, (oppervlakkige) veneuze trombose, het chronisch compartimentsyndroom en bloeding.

SNEL EN VEILIG

Behandelmethode die al zeer lang al dan niet gecombineerd worden gebruikt, zijn vooral chirurgisch. Hieronder vallen de zogenaamde crossectomie, gevolgd door strippen van de stamvarices, alsmede sclerocompressietherapie van reticulair en bezemrijsvarices. Bij de klassieke crossectomie wordt de crosse, de uitmonding van de vena saphena magna (VSM) in de vena femoralis, benaderd via een liesincisie. Daarna worden de verbinding van de VSM met de diepe vene onderbroken en alle zijtakken onderbonden. De chirurg voert vervolgens een geleider op in de VSM-stam. Via een tweede, distale incisie spoort hij de geleider op, waarna de ader in toto kan worden uitgetrokken ('gestript').

De resultaten van deze standaardbehandeling zijn echter matig. Een jaar na het strippen is de situatie bij een kwart

van de patiënten onbevredigend en is sprake van een recidief; dit loopt tien jaar na de operatie op tot bijna 50 procent.

Bovendien zijn varices een progressief ziektebeeld waarbij in de loop van de tijd meerdere veneuze vaten insufficiënt kunnen worden. Dit impliceert dat patiënten regelmatig hun arts consulteren en dat ze veelvuldig worden behandeld. Naast het ongemak voor de patiënt is dit maatschappelijk gezien een kostbare aangelegenheid. De ideale behandeling moet daarom zowel op de lange termijn effectief en patiëntvriende-

en er bestaat een risico op zenuwbeschadiging, vooral bij een lange strip van de vena saphena magna en bij crossectomie, met of zonder strip van de vena saphena parva. Tevens zijn er naderhand in de lies en ter hoogte van de knie littekens zichtbaar.

PATIËNTVRIENDELIJK

De laatste jaren is de innovatie van de behandeling van varices in een stroomversnelling gekomen. Inmiddels zijn er drie goede en serieuze alternatieve technieken ontwikkeld. Deze gaan uit van het

Alleen op korte termijn is strippen effectief

lijken zijn, een minimale *downtime* kennen (de patiënt kan direct weer aan het werk) als ambulante, snel en veilig uitvoerbaar zijn.

VASTLOPEN

William Lorden Keller (1874-1959) had de eer om in 1905 in New York de stripoperatie voor het eerst uit te voeren. Hoewel er veel varianten bestaan, zoals geïnverteerd strippen en de cryostrip, is er sindsdien in essentie weinig veranderd. De naam van William Wayne Babcock (1872-1963) is veelal verbonden met deze operatie vanwege de speciale knop (olijf) die hij op de stripper monteerde (1907).

Kwalitatief technisch zijn er bij deze techniek enkele mogelijke problemen zoals een *fausse route*, het vastlopen van de stripper of incomplete crossectomie. Desalniettemin is strippen op de korte termijn effectief, maar stijgt het risico op een recidief snel met de tijd.

Recidief varices ontstaan vaak door neovascularisatie, die ontspringt uit het beschadigde endotheel van de crosse. In vergelijking met primaire varices is de chirurgische behandeling van recidief varices bovendien een ingewikkelde klus. Dat hangt vooral samen met de gewijzigde veneuze anatomie en het dichte en kronkelige netwerk van nieuwe vaten ter hoogte van de crosse. Ook heeft het strippen een relatief grote impact op de patiënt vanwege het toepassen van algehele of regionale lumbale anesthesie, hematoomvorming en postoperatieve pijn. De herstelperiode is relatief lang

beschadigen van het endotheel, waardoor de vene occludeert en dus functioneel is uitgeschakeld. De geoblitereerde vene zal vervolgens fibrosieren en geheel verdwijnen.

De drie alternatieve en minimaal invasieve endoveneuze technieken zijn:

1. **Radiofrequentie ablatie (RFA).** Bij deze methode wordt gebruikgemaakt van het gepatenteerde VNUS-Closure-systeem. Hierbij wordt van distaal een speciale katheter in de VSM opgevoerd tot enkele centimeters onder de crosse. Vervolgens kan de katheter een soort paraplu ontvouwen en ontstaat er direct contact met de vaatwand. Door gebruik te maken van radiofrequente energie ontstaat warmte en wordt de venewand tijdens het langzaam terugtrekken geocoaguleerd.



2. **Endovasculaire lasertherapie (EVLV).** Hierbij wordt op dezelfde wijze als bij RFA een laserfiber ingebracht en gelocaliseerd ten opzichte van de crosse. Het uitgezonden laserlicht wordt geabsorbeerd door hemoglobine >>

<< en/of water. Dit gaat gepaard met warmteontwikkeling, die het bloed laat koken, waardoor het endotheel coaguleert en oblitereert.



3. Echogeïde schuimsclerose. Bij deze methode wordt gebruikgemaakt van een opgeklopt detergent (voornamelijk polidocanol, Aethoxysklerol). Door het sclerosans te mengen met lucht ontstaat een homogeen schuim. Dit wordt onder duplexcontrole ingespoten. Het schuim lokt een sterk vaatspasme uit en kleeft als het ware aan de vaatwand en migreert traag naar proximaal. Het schuim induceert een gecontroleerde ontstekingsreactie met obliteratie als gevolg.



Deze behandelingen kunnen ambulante worden uitgevoerd. Bij RFA en EVLT is lokale anesthesie (tumescens anesthesie) nodig; echogeïde schuimsclerose kan zonder anesthesie worden toegepast. Littekens zijn vermijdbaar omdat de toegang tot de vene (vaak net onder de knie) percutaan met behulp van een brede holle naald tot stand komt. De *downtime* is zeer beperkt: vaak kunnen patiënten de dag na de ingreep weer aan het werk. De postoperatieve pijn is controleerbaar met paracetamol.

Na het strippen moeten patiënten meestal zes weken therapeutisch elastische kousen dragen, terwijl dit bij twee van de nieuwe technieken is beperkt tot een week. Als er een recidief optreedt

bij deze nieuwe behandelingen kunnen patiënten gemakkelijk op dezelfde of met een andere minimaal invasieve techniek worden behandeld.

Recent werd door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en het CBO een evidence-based richtlijn Varices opgesteld. Deze richtlijn is februari dit jaar gepubliceerd. De inclusie van beschikbare literatuur

werd echter ruim voor de verschijningsdatum gesloten. In 2006 was er evenwel nog weinig literatuur voorhanden over de behandeling met endovasculaire lasertherapie en echogeïde schuimsclerose.

De richtlijnwerkgroep heeft, in de wetenschap dat internationaal verschillende studies werden gestart, geen uitspraken gedaan over endoveneuze therapieën. Hoewel de richtlijn goed gefundeerd is, blijkt de duur van het productieproces de actualiteit ervan parten te spelen.

Een systematische zoekopdracht binnen PubMed levert 119 samenvattingen of titels van artikelen op over de behandeling van varices waarbij de effectiviteit van de behandeling wordt vastgesteld met behulp van duplexonderzoek (de gouden standaard).⁶ Hoewel er nog maar weinig vergelijkende studies zijn verricht, is een aantal hiervan van dusdanige kwaliteit dat zij geschikt zijn voor de beoordeling van het toepassen van een therapie. In totaal gaat het om dertien studies naar stripping (18%), tien naar echogeïde schuimsclerose (14%), dertig naar EVLT (42%) en veertien betreffende RFA (26%).

LUCRATIEF

De dertig studies naar EVLT die zijn gepubliceerd in internationale peer-reviewed journals, met in totaal 4876 behandelde ledematen, tonen aan dat deze behandeling in meer dan 90 procent van de gevallen succesvol is bij stamvaricositas. Er zijn nog maar twee kleine niet gerandomiseerde studies gedaan waarin EVLT is vergeleken met chirurgische crosssectomie en strippen. Daar komt uit

dat de twee behandelingen op de korte termijn even effectief zijn, maar omdat neovascularisatie vooral optreedt na chirurgie (en niet na EVLT) is er op lange termijn waarschijnlijk wel een verschil te zien ten voordele van EVLT.^{7,8} Deze studies tonen ook aan dat de waardering van patiënten voor EVLT groter is dan voor chirurgie. Reden is dat zij minder neveneffecten ervoeren en aangaven dat in vergelijking met stripping hun levens-

Het CVZ baseert een verregaand besluit op een overzicht van een enkele chirurg

kwaliteit na EVLT sneller en meer toenam.

Zowel medici als zorgverzekeraars hebben een duidelijk behoefte aan goede vergelijkende, gerandomiseerde klinische studies. Dat deze nog niet beschikbaar zijn voor een veel voorkomend probleem als varices, is waarschijnlijk te wijten aan een gebrek aan financiering voor studies waarvan de uitkomst niet zeer lucratief is voor een derde partij. Ofwel: in vergelijking met door de industrie gefinancierd geneesmiddelenonderzoek hebben studies naar chirurgische technieken het nadeel dat daarvoor uitsluitend een beroep kan worden gedaan op publiekelijke gelden.

Uit een analyse van de registratie-websites voor klinische studies blijkt dat er momenteel verschillende onderzoeken lopen waarin EVLT, chirurgie en andere behandelingsmogelijkheden worden vergeleken.⁹

Een recente meta-analyse van verschillende behandelingsmethoden voor stamvaricositas laat zien dat de nieuwe technieken minstens even effectief zijn als stripping; van alle behandelingen blijkt EVLT het effectiefst.³ Volgens het Britse National Institute for Health and Clinical Excellence is EVLT dan ook een behandeling die zonder restricties kan worden uitgevoerd.¹⁰

TOETSING

Het Nederlandse College voor zorgverzekering (CVZ) heeft een systematische review laten opstellen door één medisch adviseur met een chirurgische achtergrond. Het schrijven van een critical evidence-based review behoort echter te gebeuren door een multidisciplinair team

van experts, patiënten en andere betrokkenen. Het CVZ-document is daarnaast niet gepubliceerd in een vaktijdschrift (en dus niet peer-reviewed). Ook heeft geen andere aantoonbare kwaliteitstoetsing ervan plaatsgevonden.

Op basis van de conclusie van dit rapport besluit het CVZ dat er voor EVLT nog onvoldoende bewijs bestaat om tot vergoeding over te gaan. Een beduidend aantal Nederlandse centra (ongeveer vijftig), inclusief de grotere klinieken voor varicesbehandeling, heeft EVLT echter omarmd als een van de standaardbehandelingen. Zij volgen hiermee het Britse advies en niet dat van het CVZ.

Recentelijk kondigde het CVZ aan om EVLT van een groene in een oranje DBC te veranderen. Dit besluit, zo is uit overleg gebleken, staat vast en kan enkel worden herzien als er nieuw, maar wel gepubliceerd en peer-reviewed evidence is. Enerzijds verlangt het CVZ dus - terecht - dat medici gerandomiseerde studies kunnen voorleggen die peer-reviewed zijn, anderzijds baseert het een verregaand besluit op een overzicht gemaakt door een enkele chirurg, zonder dat dit is beoordeeld door collega's. Dat is meten met twee maten.

Het gevolg van het wijzigen van de kleurcode voor EVLT is dat zorgverzekeraars daarmee recht hebben op inzage in medische dossiers van patiënten met stamvarices. Ook kunnen verzekeraars zelfstandig beslissen welke behandeling ze al dan niet vergoeden. Dit is geen maatschappelijk verantwoord besluit.

MUZIEK

Het hier geschetste probleem maakt duidelijk dat richtlijnen goed zijn, maar ook dat ze kunnen tekortschieten als ze worden gebruikt als basis voor de vergoeding van zorg. Dit geldt zeker voor gebieden die sterk in ontwikkeling zijn, zoals de behandeling van stamvarices. Het lijkt erop dat de patiënt hiervan de dupe is. De voordelen van endoveneuze therapieën zijn immers overduidelijk: er is geen anesthesie nodig, nauwelijks downtime, aanzienlijk minder pijn, geen littekens, ze zijn tenminste even effectief als stripping, hebben een gunstiger effect op de levenskwaliteit, zo nodig gemakkelijker te herhalen en veel voordeliger. Dat deze nieuwe behandelingen goedkoper zijn - de duplexgeleide sclerose zelfs aanzienlijk goedkoper - zou een verzekeraar toch als muziek in de oren moeten klinken.

SAMENVATTING

- *Varices zijn één van de meest voorkomende medische klachten in de westerse wereld. De vraag naar behandeling is hierdoor vanzelfsprekend groot.*
- *Sinds 1905 is de gouden standaard het zogenaamde strippen van de vena saphena.*
- *In het afgelopen decennium zijn er nieuwe, endovasculaire, technieken beschikbaar gekomen waaronder lasertherapie. Deze lasertherapie is niet alleen patiëntvriendelijk en goedkoper dan de klassieke strip, maar geeft ook minder recidieven. Toch heeft recentelijk het CVZ besloten deze verrichting niet te vergoeden.*
- *De discussie gaat vooral over hoeveel evidence de professie moet aandragen en hoeveel gevoelsargumenten de zorgverzekeraar mag inbrengen. Complexer is de situatie doordat de CBO-richtlijn Varices al is verouderd voordat deze is geïmplementeerd.*
- *De patiënt is de dupe. Hij wordt door zijn zorgverzekeraar gestript'.*

De behandelaar heeft echter meer tijd nodig voor een endovasculaire behandeling dan voor een strippingsoperatie.

Het ziet er naar uit dat de starre houding van het CVZ er slechts toe bijdraagt dat de patiënt wordt gestript door de zorgverzekeraar, terwijl de medici graag op maatschappelijk verantwoorde wijze endovasculair willen behandelen. ■

prof. dr. E.L. Moll,
vaatchirurg

prof. dr. H.A.M. Neumann,
dermatoloog

Correspondentieadres: h.neumann@erasmusmc.nl,
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweek.

De richtlijn Varices, de review van het CVZ en filmpjes over de behandelmethoden (zie afbeeldingen) zijn te vinden via www.medischcontact.nl.



VELDWERK

De maatschap



Al jaren functioneren de meeste medisch specialisten in maatschapverband. Alle maten zijn gelijk, het werk wordt verdeeld en de omzet minus kosten wordt als praktijkwinst aan de maten uitgedeeld. Maar het aantal taken neemt toe en de maatschappen worden gestaag groter. Veel maatschappen werken op verscheidene locaties en dat maakt de werk- en dienstroosters complex. Afvaardigingen naar (kern)staf- en stafmaatschapvergaderingen en tal van ziekenhuiscommissies moeten worden geregeld. Brieven moeten beantwoord, businessplannen opgesteld en budgetten bewaakt. Maatschapvergaderingen zijn alleen nog mogelijk aan de hand van agenda's, notulen en afsprakenlijstjes. En dat komt allemaal bovenop het uitvoerende werk als medisch specialist. Dat doet een toenemend beroep op de vrije tijd.

Maar de ene maat voelt zich meer tot deze taken geroepen dan de ander en we zijn er ook niet allemaal even geschikt voor. Rouleren is geen bevredigende oplossing. Traditiegetrouw deden veel specialisten vlak voor hun pensioen al geen diensten meer. Maar daarbij komt nu dat sommigen liever in deeltijd werken of de voorkeur geven aan een dienstverband. Zo kan de een 's avonds met een gerust hart de deur achter zich dichttrekken, terwijl de ander nog een jaarverslag moet schrijven.

Een dienstverband voor alle medisch specialisten lost niets op. Het werk moet toch door ons worden gedaan. En met de toenemende ondernemingsrisico's voor de ziekenhuizen en hun appèl op het ondernemerschap van medisch specialisten lijkt de animo daarvoor bij ziekenhuizen flink af te nemen. Het egalitaire maatschapbegrip staat onder druk. Ik voorspel de opkomst van maatschappen met junior en senior partners, beherende maten en na de hitha ook de sidas: specialist in dienst van een andere specialist. ■

Floris Sanders

de radioloog