Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1978)

Heft: 283

Artikel: Schwangerschaftsvakoris

Autor: Ludwig, H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930617

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schwangerschafts-vakoris

PD Dr. med. H. Ludwig

Morbidität

Variköse Befunde bei kinderlosen Frauen aller Altersgruppen finden sich nur um ein geringes häufiger als bei Männern derselben Altersgruppe. Das Verhältnis beträgt nach den Ergebnissen einer epidemiologischen Studie an Berufstätigen 1,2:1 (*Widmer* et al., 1967). Die Häufigkeit der Varikosis ist jedoch bei Frauen, welche geboren haben, gegenüber dem Vorkommen bei Nulliparen eindrucksvoll vermehrt. In diesen Unterschieden der Morbiditätsziffern spiegelt sich der Einfluss vor allem wiederholter Schwangerschaften auf die symptomatologische Realisierung einer Varikosis. Ein nichtselektiertes Untersuchungsgut im Bevölkerungsquerschnitt ergibt daher auch, dass die Zahl der Frauen mit varikösen Befunden die Zahl der varikosekranken Männer um das Vier- bis Sechsfache übertrifft.

Unseren eigenen Erfahrungen nach sind variköse Befunde auch bei *Erstgraviden* durchaus nicht ungewöhnlich. In einer Spezialsprechstunde unserer Klinik, die bis zu einem gewissen Grad vorselektiertes Krankengut wiederspiegelt, finden sich bei jeder dritten Erstgraviden varikösen Befunde, die jedoch nur in etwa zwei Dritteln mit einem entsprechenden Beschwerdebild vergesellschaftet sind. Bei Mehrgebärenden liegt die Morbidität erwartungsgemäss höher als bei Erstschwangeren: Dieselbe ätiologische Noxe konnte dann wiederholt wirksam werden, bzw. die Rückbildung variköser Befunde, die nach vorhergehenden Schwangerschaften zurückgeblieben waren, war mangelhaft.

Zeitpunkt des Auftretens von varikösen Befunden in der Schwangerschaft

In mehr als zwei Dritteln aller Fälle zeigen sich Varizen an Beinen bzw. an der Vulva und in den Venenplexus des Beckens (letztere feststellbar bei Laparotomien in der Gravidität) bereits während des ersten Schwangerschaftsdrittels, in etwa einem Viertel aller Fälle während des zweiten Schwangerschaftsdrittels und nur bei etwa 5 Prozent der in dieser Hinsicht anfälligen Schwangeren manifestiert sich die Varikosis erst in den letzten Wochen vor der Geburt. Es kommt immer wieder vor, dass Frauen selbst aus dem Auftreten von Missempfindungen im Bereich der Beine und von Distensionsschmerzen bei vermehrter Füllung sichtbarer variköser Befunde Verdacht auf das Bestehen einer neuen Schwangerschaft schöpfen. Mit dem Zeitpunkt der ersten Manifestation in der Schwangerschaft hat man auch prognostische Erwägungen im Hinblick auf die Rückbildung der Varizen nach dem Wochenbett verknüpft (*Delater* et al., 1932). Je später variköse Befunde in der Schwangerschaft auftreten, desto früher und desto vollständiger sollen sie sich zurückbilden. Zu dieser Regel gibt es jedoch sicherlich sehr viele Ausnahmen. Die Entwicklung der Varikosis vollzieht sich in der Schwangerschaft gewöhnlich in Schüben: Perioden mit kongestiven oder fluxionären Beschwerden wechseln einander ab, variieren nach Dauer und Intensität und verschwinden im Falle eines intrauterinen Fruchttodes recht früh (*Tournay* und *Wallois,* 1948). Diese Phasenhaftikeit in der Entwicklung variköser Gefässbefunde ist ebenso charakteristisch für die *Schwangerschaftsvarikosis* wie die besonders dunkle Lividität kleiner retikulärer Varizenäste.

Symptomatologie

Die retikuläre Varikosis tritt in der Schwangerschaft bevorzugt herdförmig auf. Es entstehen nicht selten beetförmig erhabene Flächen von 5-Markstück- bis Handtellergrösse, die sich durch eine tiefe, wegdrückbare Lividität auszeichnen. Der Erfahrene vermag aus dem Kolorit dieser Herde auf das Bestehen

einer jungen Schwangerschaft zu schliessen. Das perivasale kutane Gewebe innerhalb dieser Herde ist aufgeschwollen. Eine solche zirkumskripte Begleitschwellung fällt besonders eindrucksvoll an den Fusskanten auf, wo nur wenig subkutanes Gewebe zwischen Epidermis und Faszie entwickelt ist. Anders als bei der sich langsamer entwickelnden Corona phlebectatica der chronisch-venösen Insuffizienz, etwa in der Folge eines postthrombotischen Syndroms, bieten die dichtstehenden retikulären subepidermalen Venektasien der Fusskanten (frühzeitiger und ausgeprägter an der Innen- als an der Aussenkante) in der Schwangerschaft ein eher verwaschenes Bild. Sie schmerzen mit brennenden Sensationen, die im Laufe der orthostatischen Belastungen des Tages zunehmen. Während der Bettruhe, nach Ausmassieren und nach dem Bade treten lästige kribbelnde Gefühle auf, die oft erst nach erneuter Kompression wieder verschwinden. Grössere retikuläre Äste und abschnittsweise Erweiterungen der epifaszialen Leitvenen (V. saphena magna und parva) sind in der Schwangerschaft gegen die bedeckende und umgebende Haut weniger gut abzugrenzen als ausserhalb der Schwangerschaft. Sie verursachen dumpfe Distensionsschmerzen, in schweren Fällen auch als zerreissend beschriebene Schmerzen, die bei jähem Aufstehen aus horizontaler Lage nach einem Intervall von einigen Minuten einsetzen.

Mit deutlicher Bevorzugung der älteren Mehrgebärenden treten inguinale und vulväre retikuläre Varizen auf. Die kleinen Schamlippen und die Innenfläche des Introitus vaginae können, oft einseitig, tumorartig verunstaltet sein. Bis hühnereigrosse Varizenknäuel können sich an diesen Prädilektionsstellen im Laufe der Schwangerschaft ausbilden. Vulväre und subvaginale Varizen lösen dumpfe kongestive Beschwerden aus. Sie unterhalten gelegentlich intertriginöse Entzündungen des Introitus vaginae mit quälendem Juckreiz und Fluor. Die diesem Fluor zugrundeliegende sekundäre Kolpitis entsteht durch Superinfektion der Scheide mit pathogenen Keimen.

Varizen dieser Region fliessen in die Vv. pudendales bzw. in den Plexus paravesicalis und paravaginalis oder in die Vv. circumflexae ileum ab, sie anastomosieren aber mit Zuflüssen in die Vv. iliacae externae und kommunizieren damit auch schon unterhalb der Vereinigung von V. iliaca externa und V. iliaca interna (hypogastrica) mit dem Abfluss aus den Beinen. Die genannten varikösen Konvolute setzen sich entlang ihres Abflusses, das heisst paravaginal und parauterin häufig fort. Man trifft sie parauterin auffällig oft auf der Seite der Insertion der Plazenta an. Solche Befunde entdecken sich dem Geburtshelfer recht häufig anlässlich abdominaler Schnittentbindungen. Während sich Vulva- und Leistenvarizen so gut wie immer mit der Entbindung entleeren und im Verlauf der ersten sechs postpartualen Wochen ganz verschwinden, scheinen die höher gelegenen parauterinen Varizen häufiger bestehen zu bleiben. Möglicherweise ist das die Folge parauteriner puerperaler Thrombosen, welche abgesehen von vieldeutigen Allgemeinzeichen meistens erst nach dem Übergang auf die grosse Extremitätenvene derselben Seite die typischen Symptome der puerperalen Beckenvenenthrombose verursachen.

Die Schwangere bemerkt variköse Veränderungen an den Beinen, Füssen und den äusseren Geschlechtsteilen in der Regel einige Zeit bevor sie die geschilderten Beschwerden wahrnimmt. Ausgedehnte Befunde, die sich in der Schwangerschaft innerhalb weniger Wochen entwickeln können, sind nicht zuletzt durch die auffällige Lividität Ursache vielfältiger Befürchtungen. Viele Frauen sind angesichts der schier unaufhaltsamen Progredienz dieses Leidens beunruhigt und fragen sich, ob diese störenden Veränderungen auch nach der Schwangerschaft bestehen bleiben, die Geburt komplizieren können, zu Thrombosen im Wochenbett führen oder bei einer weiteren Schwangerschaft wiederkehren. Man kann diesen Frauen nach unserer Erfahrung mit guten Gründen solche Sorgen nehmen, wenn man sie auf die hinreichend gute Reversibilität der Schwangerschaftsvarikosis und auf die bestehenden Verhütungs- und Behandlungsmassnahmen hinweist. Die Reversibilität variköser Befunde ist um so weitgehender, je später in der Schwangerschaft Varizen entstanden sind, je höher sie sitzen und je konsequenter eine Kompressionsbehandlung eingeleitet und durchgeführt wird.

Ätiologie

Auf Fragen der Ätiologie sind wir an anderer Stelle (*Ludwig,* 1970) ausführlich eingegan-

gen. Bereits *Tournay* und *Wallois* (1948) haben viele Gesichtspunkte zur Kausalität venöser Gefässleiden in der Schwangerschaft zusammengetragen. Eine in jeder Hinsicht überzeugende Theorie zur Ätiologie gibt es nicht, obgleich experimentelle Ansätze erkennbar werden. Es beeindruckt eine Korrelation mit endokrinen Umstellungen des Organismus durch die Schwangerschaft. Vereinfachend könnte man sagen, dass die erhöhte Blutpräsenz endogener Steroide Gefässwirkungen nach sich zieht, die an der orthostatisch belasteten venösen Strombahn der Beine und des Beckens symptomatologisch realisiert werden. Östrogene lockern die Gefässverankerungen im Gewebe und quellen die Gefässwand selbst auf, Progesteron dämpft das Tonusspiel der glatten Gefässwandmuskulatur, durchaus in Parallele zu korrespondierenden Effekten an der Darmwand und an den ableitenden Harnwegen. Wie aber ist die Ungleichheit variköser Befunde angesichts dieses regelhaften Gleichmasses endokriner Vorgänge in der Schwangerschaft zu erklären? Wir berühren das Problem der Ansprechbarkeit geweblicher Strukturen durch Hormone. Interferieren hier nicht auch weitere individuelle hereditäre und hämodynamische Momente so stark mit dem aufgezeichneten Grundmuster einer vorwiegend durch das Endokrinium bestimmten Ätiologie, dass von einer einheitlichen Ätiopathogenese nicht einmal mehr abstrahierend gesprochen werden kann? Wir wissen, dass der ererbte Zustand der Venenklappen der Beine für die Realisation einer Beinvenenvarikosis in der Schwangerschaft eine Rolle spielt. Auch sollte man den Einfluss hämodynamischer Umstellungen (z.B. durch den wachsenden Blutbedarf des graviden Uterus und durch die Zunahme des Plasmavolumens in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft) für die Blutfülle in den Beckenvenen nicht ausser acht lassen. Dieser funktionelle Faktor, der zu einer dynamischen Abflussbehinderung des Blutes in die Beckenvenen führt, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit um vieles wichtiger als das mechanische Moment, hervorgerufen durch eine veränderte Raumverteilung im Becken während der Schwangerschaft. Rapide Umstellungen der Hämodynamik und der Blutzusammensetzung nach der Niederkunft führen dazu, dass während der ersten beiden Wochen des Puerperiums venöses Blut im Becken und in den Beinen gewissermassen durch eine überdimensionierte Strombahn fliesst. Darin sehen wir einen der entscheidenden Gründe für die Erhöhung der Thrombosefrequenz im Wochenbett auf etwa das Zehnfache gegenüber der Schwangerschaft.

Komplikationen

In der Schwangerschaft sind Varizenthrombosen relativ häufig, Thrombosen der subfaszialen Leitvenen der Beine oder Beckenvenenthrombosen selten. Aus dem Krankengut der I. Universitäts-Frauenklinik München errechnen wir, bezogen auf die Geburtenzahl, ca. 2 Prozent Varizenthrombosen*, ca. 0,2 Prozent tiefe Venenthrombosen im Wochenbett und nur ca. 0,02 Prozent tiefe Venenthrombosen in der Schwangerschaft (*Ludwig,* 1970). Der variköse Thrombophlebitis scheint nach unseren Untersuchungen eine wandständige Thrombose, bestehend aus einer flachen Ablagerung aus Fibrin und ausgelaugten Erythrozyten, vorauszugehen. Die «Entzündung» der Venenwand ist Ausdruck eines Abräumungsprozesses und so gut wie nie bakteriell unterhalten. In der Regel wird die Thrombose der Varize erst in diesem Stadium der Phlebitis bzw. Periphlebitis erkannt. Wir behandeln die akuten Entzündungserscheinungen symptomatisch mit heparinhaltigen Salben bzw. Gelen. Haben diese Massnahmen innerhalb von 48 Stunden keinen Erfolg, so verwenden wir für diese lokale Vorbehandlung Heparin in lokalen Injektionen (bis 20'000 I.E. um die gerötete und schmerzhafte Varize herum verteilt, in Einzelportionen von je 2000 bis 5000 I.E. mit 1prozentigem Novokain intrakutan). Nach Abklingen der akuten Entzündung mit Hilfe der genannten Massnahmen wird der Varizenthrombus durch mindestens zwei Stichinzisionen (lanzettförmiges Einmalskalpell) und milde, von proximal nach distal zu ausstreichende Expressionsbewegungen aus der Varize entleert. Sirupöse Massen dringen hervor. Man sollte darauf achten, dass der festere Thrombuskopf stets mit entfernt wird, obgleich man andererseits nicht damit

** Die ambulante allgemeine Vorsorgesprechstunde für Schwangere registrierte etwa ebenso viele Varizenthrombosen, verteilt auf 10 Lunarmonate (1,8%), wie die allgemeine Wöchnerinnenstation (1,73%). Bezugsziffer ist die Geburtenzahl der allgemeinen geburtshilflichen Abteilung (28 534) im Berichtszeitraum (1953/68).*

rechnen kann, die an der Varizenwand haftenden Thrombusreste mit Hilfe des Expressionsmanövers vollständig beseitigen zu können. Zurückbleibende Auflagerungen begünstigen die Vernarbung der Varize. In allen Behandlungsphasen wird ein ärztlich angelegter Kompressionsverband getragen, der von der Fußsohle bis mindestens handbreit proximal der Inzisionsstelle reichen soll. Die Kranke bleibt mobilisiert. Thrombektomien in der Leiste oder an der Vulva bedürfen eines präparativen Vorgehens (Venae-sectio-Besteck) mit vorheriger Ligatur ober- und unterhalb der Thrombose.
Thrombosen der subfaszialen Leitvenen werden auch in der Schwangerschaft unter strenger Bettruhe mit Alpha-Heparin behandelt (nicht mit Oxycumarinen), in besonderen Fällen (obliterierende Venenthrombose längerer Strecken) mit Streptokinase.

Versorgung der Varikosis in der Schwangerschaft

Das Hauptanliegen des Behandlers wird es sein müssen, der Progredienz der Varikosis in der Schwangerschaft entgegenzuwirken und auf dieselbe Weise die spontane Rückbildung im Anschluss an die Niederkunft zu erleichtern. Dieser Zweck wird nur durch die Kompressionsbehandlung erreicht. Kompressionsstrümpfe, -hosen oder -verbände, letztere mit straff gewebten Binden fest angelegt, werden tagsüber getragen. Nach einer beschwerlichen Adaptationsphase wird der erforderliche Kompressionsdruck von 30 bis 70 mm HG an den Beinen ertragen. Für die Nacht kann auf eine Kompressionswirkung verzichtet werden, das Fussende des Bettes sollte 8-10 cm erhöht werden. An der Vulva kann man eine auch nur hinreichende Kompressionswirkung nicht herbeiführen. Es hat sich bewährt, eine lockere Kompression mit Hilfe salben(!) bestrichener Vorlagen (Monatsbinden) auszuüben. Beschwerden werden gelindert.
Die Sklerosierung variköser Befunde in der Schwangerschaft halten wir nicht für zweckmässig. Die Erfahrung lehrt, dass Varizen, die während der Schwangerschaft mit Sklerosantien gespritzt worden sind, in einem sehr hohen Prozentsatz nicht verschlossen bleiben. Hingegen leistet die Sklerosierungsbehandlung gute Dienste, wenn man sie 6 Wochen post partum beginnt, nachdem die Rückbildungsvorgänge abgeschlossen sind. Man wird dann auch nur noch begrenzte Befunde zu behandeln haben. Dann ist ferner der Zeitpunkt gekommen, wo man abwägen muss, welche Befunde operativ versorgt werden müssen und welche man mit der wesentlich weniger aufwendigen Injektionsmethode versorgen kann.
Für eine medikamentöse Zusatzbehandlung in der Schwangerschaft haben sich hochdosierte Präparate bewährt, welche Aescin und/oder Rutinabkömmlinge enthalten. Beide Wirkstoffe sind für den Feten unschädlich, wir verwenden sie jedoch nicht vor dem Abschluss der embryonalen Organogenese, das heisst nicht vor der 12. Schwangerschaftswoche. Auch verwenden wir keine Präparate, die über das Genannte hinaus noch weitere Zusätze enthalten. Aus Doppeltblindbeobachtungen haben wir gelernt, dass venös verursachte Beschwerden bei Schwangerschaftsvarikosis mit solchen Präparaten als medikamentöses Hilfsmittel zum Kompressionsverband oder -strumpf günstig beeinflussbar sind, dass sie jedoch ohne Kompressionswirkung so gut wie unwirksam bleiben. Eine Art ‹medikamentöser Kompression› gibt es sicherlich noch nicht.