

Welches radiologische Verfahren erscheint Ihnen zur Abklärung eines Pelvic Congestion Syndroms am sinnvollsten und warum?

Als Screeningverfahren eignet sich der Ultraschall. Da der Abdomenultraschall hier meist nicht sehr zuverlässig ist, sollte zusätzlich ein transvaginaler Ultraschall durchgeführt werden. Die Darstellung erweiterter Beckenvenen oder abnormer Strömungsverhältnisse in den erweiterten Venen geben einen Hinweis auf das mögliche Vorliegen eines Pelvic Congestion Syndroms.

Als diagnostisches Verfahren der Wahl ist aber die MR Venographie der Beckenvenen zu bezeichnen. Dabei können sämtliche Venen des Beckens und ihr Verlauf gesamthaft und anschaulich dargestellt werden. Das Verfahren ist nicht invasiv und geht im Vergleich zu einer Venographie der Beckenvenen ohne Strahlenbelastung einher. Außerdem ist damit eine vollständige Darstellung des Venensystems inklusive des venösen Abstromes möglich. Die Venographie der Nieren-Becken- und Ovarialvenen wird nur mehr in unklaren Fällen notwendig sein.

Sind die Ergebnisse nach dem Coiling bzw. nach dem Sklerosieren vielversprechend? Wie hoch ist die Rezidivrate?

Der technische Erfolg und die unmittelbaren klinischen Ergebnisse sind sehr gut (Besserung in 80 - 90% der Frauen). Beinahe alle Patientinnen berichten nach dem Eingriff über eine deutliche Besserung der Beschwerden. Die Komplikationsrate ist gering (ca. 5%). Nach einem Jahr ist noch etwa die Hälfte der behandelten Patientinnen schmerzfrei, die andere Hälfte berichtet über eine deutliche Besserung. Bei ca. 37% der Patienten kann eine dauerhafte Beschwerdefreiheit erreicht werden. Insbesondere bei chronischer Schmerzsymptomatik kann der Therapieeffekt aber auch verzögert eintreten. Prognostisch ungünstige Faktoren sind Varizen an den Beinen oder im Vulvabereich und Beschwerden im Harntrakt. In diesen Fällen kann oft nur ein Teilerfolg erreicht werden. Die Embolisation ist aber in den allermeisten Fällen effektiver als die chirurgischen Alternativen.

Ist die Sklerosierung für alle Patientinnen geeignet?

Die endovaskuläre Behandlung erfolgt durch interventionelle Radiologen, welche Platinspiralen in die Ovarialvene einbringen und diese dadurch verschließen. Zusätzlich können sklerosierende Substanzen wie STS (Sodium-tetradecyl-Sulfat) oder Kleber wie Glubran oder Histoacryl eingebracht werden. Die Methode ist prinzipiell für alle Patientinnen geeignet. Der Zugang erfolgt meist über die Leistenvene, seltener über die Jugularvene am Hals. Lediglich im seltenen Fall einer venösen Abstrombehinderung durch abnormen Verlauf der Nierenvene (Nutcrackersyndrom) oder einer Beckenvene (May-Thurner Syndrom) sollte von einer Embolisation Abstand genommen werden.

Welche Komplikationen können bei einer Sklerosierung auftreten?

Schwere Komplikationen sind selten. In ca. 3% der Fälle treten Probleme an der Punktionsstelle auf (z.B. Hämatome, Nachblutungen, Thrombosen). In wenigen Fällen ist die Verlagerung der Platinspiralen in die Nierenvene oder in die Lungenvenen beschrieben worden (3-4%). Leichte bis mäßige Schmerzen im Beckenbereich und an der Flanke können nach der Embolisation auftreten. Die Beschwerden können aber durch medikamentöse Schmerzbehandlung und die Gabe von entzündungshemmenden Mitteln gut behandelt werden. Bei zusätzlicher Gabe von sklerosierenden Mitteln ist die postinterventionell Schmerzsymptomatik etwas stärker als bei der alleinigen Verwendung von Platinspiralen. In sehr seltenen Fällen kann ein Spasmus der Ovarialvene dazu führen, dass der Eingriff abgebrochen werden muß. Auch eine Venenperforation ist möglich, in diesen Fällen darf keine zusätzliche Sklerosierung erfolgen.