

Das Beckenvenensyndrom – ein Überblick



Was ist das Beckenvenensyndrom?

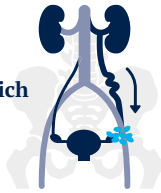
Beim Beckenvenensyndrom (PCS) handelt es sich um eine komplexe Erkrankung, die mit chronischen Beckenschmerzen von mehr als 6 Monaten Dauer und Varikositäten und/oder venösem Verschluss im Bereich des Beckens assoziiert ist und vorwiegend bei prämenopausalen Frauen vorkommt. Die genaue Pathophysiologie des

Beckenvenensyndroms ist unklar; es wird sehr wahrscheinlich durch eine Kombination aus mechanischen und hormonellen Faktoren verursacht, einschliesslich eines retrograden Blutflusses, einer venösen Hypertonie und Venenerweiterung. Die Varikositäten im Becken können auch asymptomatisch sein, was die Diagnose erschwert.



Pathophysiologie

Äusserlich nicht sichtbare, erweiterte, gewundene und gestaute Venen entwickeln sich im Bereich des Beckens



Valvuläre Insuffizienz

- Kongenitales Fehlen der Ovarialvenenklappen (13 – 15%)
- Insuffizienz/Dysfunktion der Venenklappen (35 – 40%), z.B. aufgrund einer Zunahme der Beckenvenenkapazität um 50 – 60% während einer Schwangerschaft

Venenverschluss

Extrinsische Kompression ableitender Venen, z. B. „Nussknacker-Syndrom“ & „May-Thurner-Syndrom“

Schwangerschaft und hormonelle Veränderungen

- Mechanische Kompression durch den Uterus
- Östrogen wirkt venenerweiternd
- Progesteron schwächt die Venenklappen
- „Freie“, nicht von einer Faszie umhüllte Venen

Am häufigsten bei multiparen Frauen im gebärfähigen Alter



Risikofaktoren

- Genetische Prädisposition
- Anatomie
- Schwangerschaft
- Beckenoperation
- Östrogentherapie
- Adipositas
- Phlebitis
- Anhaltendes Stehen
- Heben schwerer Lasten

Klinische Präsentation Symptome

Verursacht chronische Beckenschmerzen und eine Vielzahl anderer Symptome



Schmerzen im unteren Abdomen und im Becken

- Intermittierend oder konstant
- Stumpfer Schmerz oder Völlegefühl
- Länger als 6 Monate andauernd
- Häufig verschlimmert durch anhaltendes Sitzen, Stehen und Gehen, Koitus, Menstruation und Schwangerschaft
- Symptome verschwinden häufig in Rückenlage

Assoziierte Symptome

Variköse Venen im Bereich Vulva, Perineum, Gesäss & untere Extremitäten

Assoziierte unspezifische Symptome

Kopfschmerzen, Blähungen, Übelkeit, vulväre Schwellung, vaginaler Ausfluss, Rückenschmerzen, schwere Beine, rektales Unbehagen, Harndrang, Reizdarm, Lethargie, Angst und Depression



Diagnostische Abklärung

Zur Absicherung der Diagnose des Beckenvenensyndroms können verschiedene Methoden angewendet werden. Wichtig ist jedoch in jedem Fall, andere potenzielle Ursachen der chronischen Beckenschmerzen, wie Endometriose, Myome oder entzündliche Erkrankungen im Bereich des Beckens auszuschliessen.

Ultraschall Weitverbreitetes nicht-invasives Bildgebungsverfahren zur Visualisierung des Venenplexus im Becken und zur Untersuchung des Blutflusses in aufrechter oder stehender Position, um eine Dekompression der Venen zu vermeiden.

Venografie Kathetergesteuerter diagnostischer Goldstandard beim PCS zur Venendarstellung und Feststellung von Insuffizienz, Stauungen und retrogradem Blutfluss, wenn Verdacht auf PCS besteht und eine nicht-invasive Bildgebung kein eindeutiges Ergebnis bringt. Ermöglicht eine direkte therapeutische Intervention (Embolisation, Sklerotherapie).

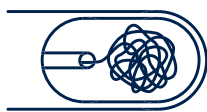
CT und MRT Bieten eine komplette Untersuchung der Beckenanatomie und bessere Bildgebung mit räumlicher Auflösung, ermöglichen aber keine therapeutische Intervention. Die Spezifität wird als gering angesehen, es können allerdings andere Ursachen der chronischen Beckenschmerzen oder gleichzeitig bestehende pathologische Zustände erkannt werden.

Laparoskopie Wird im Rahmen der Untersuchung bei chronischen Beckenschmerzen zur Erkennung einer Endometriose oder von Verwachsungen (Adhäsionen) durchgeführt. Ist bei der Diagnose des Beckenvenensyndroms weniger etabliert. Wird in Rückenlage durchgeführt, wobei Varikositäten der Beckenvene übersehen werden können.



Behandlungsoptionen

Perkutane Embolisation



Transkatheter-Embolisation mit guter Erfolgs- und niedriger Komplikationsrate, unabhängig vom verwendeten Embolisationsmaterial (Schaum, Coils, Kleber, flüssige Sklerosierungsmittel oder Kombinationen davon). Langzeitige Symptomlinderung für bis zu 72 Monate bei 60–100% der Patientinnen. Embolisation der Ovarial- und Beckenvene gelten als Standardtherapie beim PCS.

Chirurgische Behandlung



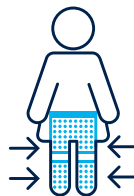
Eine Ligatur der Ovarialvene oder des Becken-Gefäßsystems (laparoskopisch oder über einen laparotomischen Zugang) führte bei 75% der Patientinnen zu einer Linderung der Symptome. Hysterektomie und eine bilaterale Salpingo-Oophorektomie als radikalere Therapieansätze sind in der Regel auf Frauen mit abgeschlossenem Kinderwunsch beschränkt. Ein chirurgisches Vorgehen garantiert keine symptomatische Linderung und birgt zudem ein höheres Komplikationsrisiko.

Medikamentöse Therapie



Medroxyprogesteronacetat oder das Gonadotropin-releasing-Hormon-Analogen Goserelin werden zur Unterdrückung der Ovarialfunktion oder Verstärkung der Venenkontraktion verwendet. Klinische Daten sind begrenzt verfügbar, lediglich wenige klinische Studien wurden durchgeführt und die Symptomlinderung hält, wahrscheinlich aufgrund sich entwickelnder Resistenzen, nur für kurze Zeit an.

Kompressionstherapie*



Konservative Behandlung mit Kompressionsstrümpfen, z. B. in Kombination mit Strümpfen können bei einigen Patientinnen die chronischen Beckenschmerzen mindern, den Blutfluss verbessern und die Insuffizienz der perforierenden Venen reduzieren.

Kernbotschaft

Das Beckenvenensyndrom (PCS) ist eine relativ häufige Erkrankung bei prämenopausalen Frauen, die bei der Differenzialdiagnose von chronischen Beckenschmerzen in Erwägung gezogen werden muss. Unbehandelt kann sich diese Erkrankung negativ auf die Lebensqualität auswirken und sowohl körperliche als auch psychologische Folgen haben. Aktuelle Studien deuten auf einen Zusammenhang zwischen dem PCS und wiederkehrenden

Varikositäten der unteren Extremitäten hin, die wiederum mit einer insuffizienten Venenfunktion assoziiert sind. Folglich ist eine sorgfältig durchgeführte Diagnose mit einer Untersuchung in aufrechter Position von entscheidender Bedeutung für die angemessene Behandlung von Patientinnen mit chronischen Beckenschmerzen und/oder rezivierenden Krampfadern.

Referenz Pelvic congestion syndrome: a current review. Gutvirtz G, Imterat M, Weintraub AY *Pelvipiperineology* 2018; 37: 14-16.

* Compression treatment of pelvic congestion syndrome. Gavrilov SG, Karalkin AV, Turischeva OO *Phlebology* 2017; 33: 418-424