

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/47925>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-23 and may be subject to change.



Figuur 2. Detail coeur links.

ven vorm komt vooral bij vrouwen voor, waarschijnlijk onder invloed van een toename van oestrogenen tijdens de puberteit of zwangerschap.^{1,2} Bij volwassen mannen is de aandoening geassocieerd met alcoholische levercirrose of hepatitis.³

Het histologisch onderzoek bij UNT toont alleen verwijde capillairen in de oppervlakkige dermis. UNT

is doorgaans niet geassocieerd met andere afwijkingen, hoewel viscerale betrokkenheid is beschreven.^{4,5} Bij onze patiënte was sprake van betrokkenheid van de tong en de onderlip.

Behandeling kan geschieden met een vaatlaser, maar de recidiefkans is erg hoog.

LITERATUUR

1. Wollina U, Barta U, Uhlemann C, Oelzner P. Acquired nevoid telangiectasia. *Dermatology* 2001; 203: 24-26.
2. Tok J, Berberian BJ, Sulica VI. Unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *Cutis* 1994;53:53-4.
3. Hynes LR, Shenefelt PD. Unilateral nevoid telangiectasia: occurrence in two patients with hepatitis C. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 819-22.
4. Wilkin JK, Smith G, Cullison DA, Peters GE, Rodriguez-Rigua LJ, Feucht CL. Unilateral dermatomal superficial telangiectasia. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 468-477.
5. Capron JP, Kantor G, Dupas JL et al. Unilateral nevoid telangiectasia and chronic liver disease. Report of a case and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1981;76:47-51.
6. Anderton RL, Smith JG Jr. Unilateral nevoid telangiectasia with gastric involvement. *Arch Dermatol* 1975;111:617-21.

Vulvaire varices, wel of niet behandelen?

J.H. Schroijen¹, C.J.M. van der Vleuten¹, E.B. Cohen²

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 42-jarige vrouw werd gezien op de polikliniek in verband met sinds 1 jaar bestaande klachten van spataderen van de vulva en het bovenbeen links en verder een zwaar en pijnlijk gevoel in de onderbuik, met name premenstrueel. De klachten waren twee jaar geleden ontstaan tijdens haar laatste zwangerschap. Recente analyse van de pijnklachten door de gynaecoloog leverde geen verklaring op. De voorgeschiedenis vermeldde sclero-compressietherapie van reticulair varices van beide onderbenen in 1995. Een diepe veneuze trombose heeft zij niet doorgemaakt. De patiënte gebruikte geen medicatie.

Lichamelijk onderzoek

Ter hoogte van de binnenzijde van het linkerbovenbeen en van het labium majus links werd een convoluut gezien (figuur 1). Behoudens een corona flebectatica paraplantaris links waren er geen andere tekenen van veneuze insufficiëntie. Arteriële pulsaties waren intact. Er was geen beenlengteverschil aanwezig en de buikhuid toonde geen afwijkingen.

Samenvatting

Een 42-jarige vrouw presenteerde zich op de polikliniek met pijnlijke vulvaire varices, een varix op het linkerbovenbeen en onbegrepen onderbuikspijn, met name premenstrueel. Aanvullend onderzoek toonde een insufficiënte vena ovarica links. De diagnose 'pelvic congestion' syndroom werd gesteld. Besproken worden de symptomatologie, de differentiële diagnose en het diagnostisch en therapeutisch beleid bij patiënten met vulvaire varices en het 'pelvic congestion' syndroom.

Summary

A 42-year-old-woman visited the outpatient clinic with painful vulval varicosities, a varix on the left upper leg and unexplained abdominal complaints, the latter especially premenstrually. Further study revealed an insufficient left ovarian vein. The diagnosis pelvic congestion syndrome was made. We discuss the clinical presentation, diagnostic procedure, and differential diagnosis as well as the therapeutic approach of patients with vulval varicosities and the pelvic congestion syndrome.

vulvaire varices, 'pelvic congestion' syndroom

vulval varicosities, pelvic congestion syndrome



Figuur 1. Varix binnenzijde linkerbovenbeen doorlopend naar het labium major links.

Aanvullend onderzoek

Duplex onderzoek van het linkerbeen en de onderbuik toonde varices aan de binnenzijde van het linkerbovenbeen doorlopend via het labium majus links naar het kleine bekken. De saphenofemorale crosse, de vena saphena magna, de parvopopliteale crosse en de vena saphena parva waren suffiënt. Het diepe systeem was suffiënt en comprimeerbaar.

Descenderende flebografie toonde een insuffiënte vena ovarica links (figuur 2).

Diagnose

'Pelvic congestion'-syndroom op basis van een insuffiënte vena ovarica links met vulvaire varices links en op de binnenzijde van het linkerbovenbeen.

Beloop

De patiënte werd behandeld door middel van embolisatie van de insuffiënte linker vena ovarica door toedoen van embolisatie veroorzakende intraluminaal geplatste spoeltjes ('coils') (figuur 3). Na behandeling zijn de pijnklachten in de onderbuik en de varices in de vulvaire regio en op het bovenbeen nagenoeg verdwenen.



Figuur 2. Insuffiënte (in tweeën gesplitste) vena ovarica links.

van de vulva, gluteale regio en/of de benen en andere symptomen zoals pijnklachten in de onderbuik, mictieklachten, dysmenorroe en/of dyspareunie. De klachten zijn vaak cyclusaafhankelijk. PCS wordt veroorzaakt door stuwung in het kleine bekken door insuffiëntie van de vena ovarica of de vena iliaca interna. Vulvaire varices kunnen ook ontstaan ten gevolge van een bekkenvena-trombose of door een congenitale vasculaire malformatie, bijvoorbeeld als onderdeel van het syndroom van Klippel-Trenaunay.

Vulvaire varices ontstaan gedurende de zwangerschap bij 3% van de vrouwen. Het grootste deel van deze varices gaat na de bevalling in regressie.¹ Indien er 3 maanden postpartum nog klachten zijn, is er geen verdere spontane regressie te verwachten.

Indien een patiënt op de poli komt met vulvaire varices kan men door middel van de anamnese vaak al een goede differentiële diagnose opstellen. Tijdens het lichamelijk onderzoek dient men vooral te letten op de uitgebreidheid van de varices en de aanwezigheid van zichtbare buikvenen als teken van een doorgemaakte diep-veneuze trombose. Indien er sprake is van ongecompliceerde vulvaire varices, dan kan men besluiten om meteen te behandelen. Er kan dan gekozen worden voor sclero-compressietherapie met polidocanol (Aethoxysclerol®) of voor ambulante flebectomie volgens Muller, zonder aanvullende diagnostiek.²

BESPREKING

Vulvaire varices kunnen tijdens of na de zwangerschap ontstaan als gevolg van de veranderingen in het veneuze systeem. Soms zijn ze onderdeel van het 'pelvic congestion'-syndroom (PCS). Dit is een syndroom met varices

Als het niet lijkt te gaan om ongecompliceerde vulvaire varices en/of indien bovenstaande behandeling onvoldoende effect heeft, dan is de volgende stap aanvullend Doppler- of duplex-onderzoek. Men zoekt naar reflux en tracht daarbij het punctum maximum te bepalen, terwijl de Valsalva-manoeuvre wordt uitgevoerd. Indien er een verdenking bestaat op bekkenvene-insufficiëntie zoals bij onze patiënt, dan kan men een descenderende flebografie laten verrichten. De interventieradioloog kan in dezelfde sessie zogenaamde 'coils' inbrengen, die ter plaatse embolisatie van de insufficiënte vene(n) veroorzaken.^{2,3} Een alternatief is het chirurgisch onderbinden van de insufficiënte vene(n). Dit is echter meer belastend voor de patiënt. Is er sprake van een doorgemaakte bekkenvenatrombose dan dient men zeer terughoudend te zijn met lokale behandeling van vulvaire varices in verband met het functionele aspect van deze route. Bij congenitale malformaties zoals het Klippel-Trenaunay-syndroom kan bij klachten eveneens behandeling van de vulvaire varices worden overwogen, onder andere door middel van lokale sclero(compressie)therapie met polidocanol.

LITERATUUR

1. Neumann HAM, Tazelaar DJ. Zwangerschap en veneuze pathologie. In: Leerboek flebologie. Utrecht: Lemma, 2003, pp. 247-55.
2. Roos KP de. Ambulatory phlebectomy. Proefschrift, Universiteit Maastricht 2003:113-21.
3. Boomsma JHB, Kievit CEL, Gooskens VHJ. Veneuze insufficiëntie in het kleine bekken. *Scripta Phlebologica* 1999; 7: 51-4.



Figuur 3. Embolisatie van de linker vena ovarica met 'coils'.