

Veröffentlichung von Whiteley in „Phlebology“

„Transvaginal duplex ultrasonography appears to be the gold standard investigation for the haemodynamic evaluation of pelvic venous reflux in the ovarian and internal iliac veins in women“

zu Deutsch **„Transvaginaler Duplex-Ultraschall hat sich als Gold-Standard-Verfahren herausgestellt, um bei Frauen die Flussverhältnisse in den Ovarialvenen und die inneren Beckenvenen bei pelvinem Reflux zu untersuchen“**

Diese Veröffentlichung bestätigt grundlegend die Gedankengänge von Dr. Weber bei denjenigen Patientinnen, die neben der klinischen Untersuchung allein, zusätzlich duplexsonografisch untersucht wurden.

Die Wissenschaftsgruppe von Whiteley – einem britischen Gefäßmediziner – hat seit 1999 transvaginale Duplexsonografie als Verfahren der Wahl zur Beurteilung des Flusses in den inneren Beckenvenen durchgeführt und dieses Verfahren als „Goldstandard“ publiziert.

So heißt es auf S. 706/707 dieser Publikation:

„Mittels Kontrast-Venographie kann nur gezeigt werden, in welche Gefäße Kontrastmittel fließt und kann keinen physiologischen zu pathologischem Reflux abgrenzen. Dies liegt daran, daß das Kontrastmittel in Kopf-Tief-Lage mit hohem Druck gespritzt wird, was beides nicht physiologisch ist.“

Computertomographie (CT), Kernspintomografie (NMR) und Kontrast-Venographie zeigen alle nur den Durchmesser von Venen (kontrastmittelgefülltes Lumen) und ggf. das Vorhandensein von Varizen, allerdings keine Echtzeit-Fluss-Verhältnisse oder Reflux in den Stammvenen.

Dies ist eine ganz ähnliche Diskussion, wie diejenige, die es im vorigen Jahrhundert in den 80er und 90er Jahren gab, als es um das bestmögliche Untersuchungsverfahren für den Reflux ins Bein ging. Dort stellte sich die venöse Duplex-Sonografie als optimal heraus, war damit doch sowohl ein Bild der untersuchten Region möglich, als auch Messungen im Bezug auf Flussrichtung und Stärke des Flusses in Echtzeit.

Diesen Prinzipien folgend haben wir 1999 transvaginale Duplex-Sonographie als Verfahren der Wahl zur Untersuchung der venösen Flussverhältnisse in den Beckenvenen

bei Frauen mit entsprechenden Beschwerden eingeführt. Wir fanden dabei heraus, daß dies ein exzellentes Verfahren darstellt, mit dem es möglich war die Flussverhältnisse in den distalen Ovarialvenen, den inneren Beckenvenen, dem utero-vaginalen Venenplexus, Hämorrhoiden, in vaginalen varikösen Venen (des Vaginalen Venenplexus) und bei Vulvavarikose zu beurteilen...

Aufgrund des exzellenten Blickes auf die distalen Ovarialvenen und die inneren Beckenvenen sowie den Bereich des kleinen Beckens, des Anal-Kanals, der Vagina und der Vulva wurde die Transvaginale Duplexsonografie unser Standard-Verfahren auch bei Behandlungssitzungen bei pelviner Insuffizienz.“

Ebenso „monoinstitutionell“ wie die Gruppe um Whiteley hat Dr. Weber bei Patientinnen mit Thrombosen der Beckenvenen (was zweifelsohne eine „absolute Insuffizienz der Beckenetage – nämlich einen Verschluss) in denjenigen Fällen, in denen die transvaginale Duplexsonografie durchgeführt wurde, dieses Verfahren angewandt, um die Flussverhältnisse im Bereich der inneren Beckenvene zu beurteilen – und davon abhängig dann zu entscheiden, ob die Ballonblockade ipsilateral (über die gleiche Seite) oder von kontralateral durchgeführt und demzufolge die Operation über einen oder zwei Schnitte durchgeführt wird.

Die Sachverständigen hätten – bei Kenntnis des klinischen Umfeldes bei Beckenvenenthrombosen – erkennen und begutachten müssen, dass die dokumentierten Befunde (ein Befund ist ja stets Ergebnis einer medizinischen Untersuchung) schlicht die Dokumentation der erfolgten Kontrolle auf das Vorliegen von Kollateralen darstellen - und sich mit der Wertung als „Normalbefund“ (= Fehlen von Kollateralen) die korrekte Indikationsstellung zur Operation bestätigt – bzw. bei den postoperativen Kontrollen ein gutes OP-Ergebnis zeigt.

Alle Patientinnen wurden stets darüber aufgeklärt und haben in die Durchführung dieser Untersuchung eingewilligt, im Falle der Operationen sogar schriftlich in „ggf. erforderliche Neben- und Folgeeingriffe“.

Dr. Weber hatte sicher keine andere Indikation bei den durchgeführten Untersuchungen als die Gruppe um Whiteley. Dies hätten die Sachverständigen deutlich herausstellen müssen, dann wäre niemand auf den Gedanken gekommen, das Einführen des Ultraschallkopfes als Vergewaltigung zu verurteilen – wie dies

unverständlicherweise geschehen ist.

Bei Sachgerechter Begutachtung wäre dies verhindert worden – die fotografische Dokumentation des Untersuchungsverfahrens (2008-2011) erschließt sich aus der Neuartigkeit der Methode damals.

Sofern gebetsmühlenartig vorgehalten wird, dass es bislang zu keiner Publikation kam, so kann nur nochmals erwidert werden, dass der Kläger designierter Kongresspräsident der Jahrestagung 2015 der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie in Bamberg war – mit dem Hauptthema „Beckenvenenthrombose – Diagnostik und Therapie“ - wo angedacht war, unter Experten zu diskutieren.

Zahlreiche Fachvorträge, auf denen auf die neuartige Schnittführung „Bikinischnitt“ hingewiesen wurde sowie Einladungen zu Weiterbildungsseminaren und Vorsitzen bei großen nationalen Kongressen beweisen ebenso das große medizinische Interesse von Dr. Weber an diesem Krankheitsbild.

In der Publikation von Whiteley wird weiter beschrieben, daß mittels transvaginalen Ultraschalls ein vaginales Venengeflecht (= Venen-Plexus) sowie ein ebensolches auch anal, im Bereich der Vulva und utero-vaginal gesehen werden konnte.

Wird ein solches Venengeflecht entleert, so drainiert es in die innere Beckenvene – und erzeugt dort kurzfristig einen Fluss (ähnlich des Flusses im Bereich der äußeren Beckenvene, wenn die Wade komprimiert wird).

Eine solche Flussprovokation war, wie im Untersuchungsvideo der Pat. BL zu erkennen, möglich. Dies mag durch den möglicherweise bei Z.n. Beckenvenenthrombose links gestauten Venenplexus verursacht gewesen sein; Fakt ist, dass Dr. Weber sich mit der Patientin über diesen sichtbaren Fluss unterhält – die Patientin fragte aktiv „Ist das das Blaue?“ – was absolut gegen eine angebliche Sedierung spricht.

Der Versuch, dieses Verfahren bei gesunder Probandin (SR) zu reproduzieren, gelang nicht, weil allein durch Atemmodulation ein verstärkter Fluss im Bereich der inneren Beckenvene provoziert werden konnte.

Dies mag auch dem Sachverhalt geschuldet sein, dass bei BL bei Z.n. Beckenvenenthrombose zusätzlich ein Abstromhindernis die Atemmodulation verhindert haben kann.