

Dr. Horváth J. Attila

Kismedencei fájdalom

Összefoglalás

A kismedencei fájdalmak gyakorisága sokkal nagyobb, mint azt a napi klinikai gyakorlatban gondolnánk. A fájdalmak egy jelentős része rejtve marad, illetve a beteg hosszú hónapokig titkolja panaszát, tekintettel arra, hogy a kellemetlenségek egy része az intim területekre lokalizálható.

A fájdalmak hátterében, sok esetben kóros morfológiai elváltozás nem észlelhető, azok részben pszichoszomatikus eredetűek. A panaszok egy részében gyulladásos megbetegedések figyelhetők meg, amelyek részint az urogenitális traktusra, illetve az anorectális területre lokalizálhatóak. Tekintettel a kismedence bonyolult beidegzésére, a fájdalom jellege neuropathiás komponenseket is tartalmaz, amely az egyes plexusok érintettségére utal.

A nem tumoros eredetű fájdalmak mellett a malignus megbetegedések okozta kínzó kismedencei fájdalmak kezelése jelenti a legnagyobb kihívást. A WHO gyógyszeres terápiás javaslata mellett az érintett idegek reversibilis blokádjá vagy irreversibilis lízise hozhat megfelelő eredményt.

A kismedencei fájdalom (akut, krónikus, malignus, nem malignus) minden életkorban és mindkét nemben egyaránt előfordul¹. A nem malignus eredetű fájdalmak felnőtt korban gyakran a szexuális diszfunkcióval hozhatók kapcsolatba². Az esetek kb. harmadában-felében a fájdalmak hátterében kóros

folyamatokat nem észlelni, vagy ha mégis, azok gyakran nem korrelálnak a fájdalom természetével, jellegével, erősségével, előfordulási gyakoriságával^{3,4}. A fájdalom sajátossága összefügg azzal, hogy a kismedence egy olyan komplex neurofiziológiai terület, ahol dúsan keveredik a szomatikus, szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszer. Ennek köszönhetően a kismedencei fájdalom minden esetben kevert fájdalom típus, ahol a nociceptív és a szimpatikus fájdalmak jellemzői mutatkoznak meg szomatikus, viscerális vagy neurogén eredettel. A fájdalom tisztázása minden esetben multidiszciplináris diagnosztikus összefogást igényel, ahol a fájdalomcsillapítással foglalkozó szakember mellett belgyógyász, urológus, szülész-nőgyógyász, gastroenterológus, fizio-, szexuál- és pszichoterapeuta bevonása is szükséges. A nem daganatos eredetű kismedencei fájdalmak hátterében kb. 50%-ban fizikai és szexuális panaszok állnak⁵. A krónikus kismedencei fájdalmak kezelésénél tisztázni kell, hogy a panaszok hátterében szervi elváltozás, pszichoszomatikus ok vagy ezek kombinációja áll. Bizonyos gyógyszerek mellékhatásai a kismedencei szervek működését hátrányosan befolyásolhatják, így libidó csökkenést, erekciós zavarokat, orgazmus problémákat okozhatnak, amelyek következményes kismedencei vérbőséghez vezethetnek. Bizonyos gyógyszerek (pl. carbamazepin) csökkenthetik a tesztoszteron termelést és here atrófiához vezetnek, annak minden hormonális következményével.

A kismedence beidegzése az egyes szervek kettős – szimpatikus, paraszimpatikus – beidegzése miatt összetett. A kismeden-

cei szervek (emésztő traktus végső szakasza, urogenitális struktúrák: colon sigmoideus, rectum, vagina fundus, húgyhólyag, prostata, urethra proximális része, testisek, vesicula seminalisok, uterus, ováriumok) beidegzése nagyrészt a plexus hypogastricus superiorból származik és eredése a T 10, L 1-2, S 2-4. szegmentumokból történik.

I. Nem malignus okokra visszavezethető kismedencei fájdalmak

A kismedencei fájdalmak eredete számos okra vezethető vissza, amely mögött részben gyulladásos vagy neurológiai okok szerepelhetnek, de számos esetben hormonális és nem bakteriális gyulladásos háttér is (endometriosis, vastagbél gyulladásos megbetegedései, primer/secunder dysmenorrhoea, prostatitis, stb.) meghúzódhat. Ha a szervi okot nem találjuk meg vagy nem ismerjük fel, csak akkor mondhatjuk ki, hogy pszichoszomatikus megbetegedéssel állunk szemben. Ilyen esetben a részletes pszichológiai kivizsgálás elengedhetetlen (1., 2., 3. ábra).

1. Urológiai eredetű fájdalmak férfiaknál

A legnehezebb problémát az urológiai eredet tisztázása jelenti, mivel számos ok csak körülményes és hosszadalmas kivizsgálás után ad a fájdalomra magyarázatot. Férfiak kismedencei fájdalmai közül a leggyakoribb (25%) a prostata különböző gyulladásai okozta fájdalom és általában a férfiak 35%-át élete során érinti. A kivizsgálás során hasznos lehet a beidegzés időleges, diagnosztikus felfüggesztése, blokádjá, ismételt bakteriológiai vizsgálatok,

Dr. Horváth J. Attila
Pécsi Tudományegyetem, AOK
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet
7624 Pécs, Ifjúság út 13.

1. ábra

Fertőzés: furunculus, abscessus anorectalis, abscessus epiduralis, sacro-ileitis, stb.

Ortopédiai eredet: trauma, facet ízületek gyulladása, spondylolisthesis, bursitis, myofascialis szindróma, trochanter tájék bursitise, nem specifikus lumbago, stb.

Neurológiai eredet: degeneratív intervertebralis discus ruptura, epiduralis haematoma, vérzés, keringési zavar, keresztcsonti neuralgia, neuropathia, stb.

Pszichogén ok (organikus ok kizárása!)

Végbél, keresztcsont, fartájék fájdalom okai

2. ábra

Keringési ok: thrombotisált aranyér, vénás plexus

Trauma: fissura ani, végbélben idegentest, szexuális aktivitás, húgycső trauma, stb.

Infekció: Herpes simplex, Herpes zoster, nemi betegségek, tályog, prostatitis, húgycső bakteriális gyulladása, bakteriális proctitis, bőrgyulladás, stb.

Neurológiai ok: cauda equina jóindulatú daganata, neuropathia

Egyéb ok: izomfájdalom, n. pudendus-, levator ani szindróma, proctalgia fugax, stb.

Malignus megbetegedések

Pszichogén ok (organikus ok kizárása!)

Az anorectalis és perinealis fájdalom okai

tartós antibiotikus kezelések, nem szteroid gyulladáscsökkentők, fájdalomcsillapítók, α -receptor blokkolók, valamint fizioterápia alkalmazása^{6,7}.

Az urológiai eredetű fájdalmak leggyakoribb okai férfiaknál:

- Intraprostaticus ductalis reflux
- Uropatogén gram-pozitív/negatív infekció (Clamidia, Enterococcus, Staphylococcus, stb.)
- Vírusinfekciók, biofilm kórokozók
- Autoimmun betegségek
- Intersticiális cystitis, stb.
- Prostatitis chronica
- Prostato-dynia
- Myofascialis trigger pontok
- Levator ani szindróma
- Fájdalmas ejaculáció
- Pszicho-szexuális problémák
- Dysuria
- Urológiai kövesség

2. Nőgyógyászati és urológiai eredetű fájdalmak nőknél

A krónikus kismedencei fájdalmak hátterében állhatnak peritoneális összenövések, illetve hormonális változásokkal kapcsolatos panaszok, amelyek gyakoriak lehetnek pl. oophorectomia után. A panaszok másik gyakori forrása az urológiai infekciók.

A kismedencei eredetű fájdalom okai lehetnek nők esetében:

- Vulvodynia, vulvaris hyperaesthesia, clitoris fájdalom
- Szexuális diszfunkció
- Vulvo-vaginitis
- Papillomatosis
- Dermatitis
- Infekció (uropatogén kórokozók, Candida fertőzés, stb.)
- Peri-menopausalis fájdalmak
- Tampon okozta panaszok (gyulladás)
- Pszicho-szexuális problémák (szexuális traumák)
- Krónikus kismedencei pangás

- Endometriosis
- Recidív vizelet infekció
- Intersticiális cystitis
- Urethra szindróma
- Kiáramlási obstrukció

3. Anorectalis fájdalmak

Az anorectalis fájdalmak mindkét nemnél számtalan szervi okra vezethetők vissza, de a funkcionális megbetegedések közül a levator ani szindróma és a proctalgia fugax okozza a legtöbb kellemetlen, tartós fájdalmas panaszt (2. ábra).

A **levator ani szindrómára** (puborectalis szindróma, proctalgia chronica, tenziós kismedencei myalgia) jellemző a tompa, szűrő, lüktető, kínzó nyomásérzés, állandó vagy órákig tartó diszkomfort, amely főleg székürítés után jelentkezik. A fájdalomtól való félelmében a beteg nem ürít megfelelő gyakorisággal székletet, ami tovább fokozza a székelést követő fájdalmat. Fizikális vizsgálat során a levator ani izomzata spasztikus, a beteg az os coccygeum felé fokozott érzékenységet jelez, amely az os pubis felé tapintva csökken és néha oldalirányú aszimetria is észlelhető. Nem találunk gyulladást, tályogot, fistulát vagy anális fissurát, aranyeret vagy traumás eredetű coccygodyniát. A diagnózis felállítását az anorectális manometria segíti: fokozott nyomást és megnövekedett elektromiográfiás aktivitást észlelni. A terápia sok türelmet igényel. Eredményes lehet az óvatos digitális masszáz, amit hetente 3-4 alkalommal kell elvégezni. Ezt fájdalomcsillapítóval, izomlazítókkal, nyugtatókkal és ülőfürdővel javasolt kombinálni⁸.

A **proctalgia fugax** egy hirtelen fellépő, igen heves, kínzó, égő, görcsös, szűrő, maró rectalis fájdalommal jellemezhető, amely percekig is eltart, s akár 30 percenként is ismétlődhet. A fájdalom éjszaka felébreszti a beteget álmából. Nőkben gyakrabban fordul elő. Az anorec-

talis területen semmilyen fájdalmat okozó kóros elváltozás nem észlelhető. A kezelés nem egyszerű, sok türelmet kíván. Clonidint, salbutamol, nitrátokat, diltiazemet adhatunk a betegnek, szükség esetén ismételt epidurális blokkal is meg kell próbálkoznunk.

4. A medencecsontok diszfunkciója

A medencecsontok ízesülése, az ízületek funkcionális zavara, a sacro-iliacalis ízület és a symphysis rendellenes (részben rotációs, részint fel és lefelé irányuló) mozgásai okozhatnak kellemetlen, kínzó fájdalmat, főleg járás alkalmával. A symphysis nem megfelelő stabilitása, mozgása elsősorban vaginális vagy herékbe sugárzó fájdalmakat okozhat, amely akár a térdekig is lesugárzik. A diagnosztika sokszor nehéz (gyöki fájdalom kizárása), sokat segít a medence instabilitására való rákérdezés. A medencecsontok sebészi stabilizálása az esetek jelentős részében megszüntetheti a fájdalmat.

Sacroiliacalis szindróma

A sacro-iliacalis ízület instabilitása, arthropathiája, az ízületi struktúrák atrófiája, esetleg traumája, genyves gyulladása állhat a kínzó fájdalmak mögött. Típusos az ízületre lokalizálható, provokálható fájdalom, melyet az ízületbe adott lokálanesztikum és szteroid gyorsan szüntet. A kezelés részét képezik a fizioterápia, a lokális, valamint az általános gyulladáscsökkentés, megfelelő fájdalomcsillapítók adása.

Nervus pudendus szindróma

A nervus pudendus nyomási fájdalom típusos neuropathiás fájdalom és tüneteket okoz, amely krónikus perineális fájdalmat eredményez. A fájdalom tipikusan a scrotumra, a penisre vagy a nagyajkakra, illetve a perineumra loka-

Bél eredetű ok: colitis (autoimmun eredet), sigma vagy coecum megcsavarodása, széklet impaktációja, megacolon, vastagbél keringési zavara, diverticulosis, mechanikus elzáródás, belső sérvek, appendicitis chronica, stb.
Gyulladásos eredet: colitis, urológiai gyulladások, diverticulitis, stb.
Keringési ok: aneurysma, thrombosis
Urológiai eredet: köves betegségek, nem bakteriális hólyaggyulladás, stb.
Nőgyógyászati eredet: primer/secunder dysmenorrea, középidős fájdalom, endometriosis, adenomyosis, krónikus kismedenci pangás, cervicalis stenosis, stb.
Neurológiai ok: ideggyök, gerincvelő szűkület, neurinoma, neurofibromatosis, stb.
Egyéb okok: mérgezések (ólom, arzén, kokain), gyógyszer mellékhatás, allergia, porphyria, Addison krízis, abdominalis migraine, aneurysma, sarlósejtes anaemia, stb.
Pszichogén ok (organikus ok kizárása!)

A nem malignus eredetű kismedencei fájdalom okai

lizálódik. A fájdalom provokálható a csípő flexiós mozgásával. A fájdalom oka az ideg környezetének hipertrófiája a környező ligamentumok idegi kompressziója. A fájdalmat a n. pudendus felszabadítása az esetek 70-80%-ában megszünteti, és hasonló mértékben javítja a széklet és vizelet inkontinenciát is. Differenciáldiagnosztikailag fontos endometriosisból, kismedencei gyulladásoktól való elkülönítése. Természetesen figyelemmel kell lenni a pszichológiai problémákra is a panaszok szomatizációja miatt⁹.

5. Hormonális ciklus változásával járó fájdalmak

Endometriosis

Igen kellemetlen fájdalmakkal járó állapot, melynek háttérben az ektópiás elhelyezkedésű endometrium hámsejtek hormonális változása áll. A hámsejtek közvetlenül érinthetik az idegvégződéseket és a szomszédos szöveteket, ami érzékenységet vagy fájdalmat okoz. Ez minden esetben néhány nappal a menstruáció előtt kezdődik és a vérzés alatt fokozódik, majd megszűnik.

Tüszőrepedés

A betegek alkalmanként néhány óráig tartó súlyos fájdalmat említenek a ciklus közepén, amelyet, a tüszőrepedést követő petefészekvérzés okoz, ezt a fájdalmat tévesen appendicitisnek is véleményezhetik.

Kismedencei vérbőség

Gyakran 30–50 éves nők körében fordul elő. A menses előtt 7-10 napig okoz kellemetlenséget. Az ülő vagy álló helyzetben jelentkező fájdalom lefekvéskor megszűnik. Gyakran derékfájdalom, alsóvégtagi panaszok is kísérik, amelyhez kimerültség, fejfájás, álmatlanság, nyug-

talanság is társul. Ezt az állapotot krónikus kismedencei vérbőség és pszichoszomatikus tényezők tartják fenn.

Érzékeny adnextáji terime

Az esetek egy részében méhen kívüli terhesség, petefészek ciszta, vagy gyulladásos konglomerátum lehet a tapintási lelet mögött. Gyakran salpingitis acuta és/vagy megcsavarodott petefészek okoz fájdalmat, amelyet el kell különíteni az appendicitis acutatól.

II. Malignus okok miatti kismedencei fájdalmak

A kismedencei fájdalmak okai között kb. 75%-ban a malignus megbetegedések szerepelnek. A medence malignus megbetegedései nagyrészt szervi lokalizációjúak, azonban a tumor lokális inváziója beszűrheti a kismedence falát és az idegeket is. A zsigeri fájdalom általában görcsös, de heves fájdalmat okozhat az egyes szervek falának feszülése a tumoros infiltráció miatt, valamint a gyulladás és a szöveti nekrozis is. Néha az ideggyökök és ideg plexusok tumoros infiltrációja következtében egy heves, kisugárzó neuropathiás fájdalom dominál. A tumoros infiltráció elérheti az epidurális teret és erős coccygeális plexopathiát eredményezhet. A kismedencei tumoros fájdalmak csillapításában is a WHO ajánlásai az irányadók. A fájdalom megfelelő csillapításának indikációja a fájdalom mértéke, jellege, természete és nem a szervi lokalizáció, amely azonban jelentősen motiválhatja terápiás elképzeléseinket.

Invazív fájdalomcsillapítási és diagnosztikai lehetőségek

Lumbális szimpatikus bloká

A kismedencei fájdalmak diag-

nosztikájában és terápiájában egyaránt jól alkalmazható eljárás. Számos esetben megoldást jelenthet a kétoldali, többször ismételt bloká az L I-II. csigolyák magasságában. Az esetek jelentős részében adott nagyobb volumenű helyi érzéstelenítő kaudál felé penetrálva hatásos a kismedencei fájdalmakban, így a különböző etiológiájú penis és testis fájdalmakban is.

Plexus hypogastricus superior bloká

A plexus hypogastricus superior blokája alkalmas a legtöbb kismedencei fájdalom befolyásolására. A plexus a sacralis promontorium előtt fekszik a L V-S I. magasságában. A plexus a kismedencei zsigerekből kap ágakat, melyek retroperitoneális elhelyezkedésűek és kétoldali innervációval rendelkeznek, paraszimpatikus beidegzésüket a S II-IV. magasságából kapják¹⁰.

Ganglion impar bloká

A ggl. impar retroperitoneálisan elhelyezkedő páratlan idegi struktúra, amely a sacrococcygealis junctio magasságában helyezkedik el. A ggl. impar blokája megszünteti a túrhetetlen perineális fájdalmakat, ha azok részben a szimpatikus dúcáncon át közvetítődtek. A megmaradt reziduális fájdalmak részben epidurális szteroiddal vagy sacralis idegblokáddal uralhatóak¹⁰.

Epidurális és intradurális bloká

A peridurálisan bevezetett kanül hosszan a bőr alatt áthúzva alkalmas arra, hogy helyi érzéstelenítőt, opiátot és szteroidot adjunk erős, túrhetetlen, nehezen elviselhető fájdalmak csillapítására. Majdnem a gerinc teljes hosszában alkalmazható, tartósan használható és a bőr alá implantálható gyógyszer rezervoárrok révén megfelelő sterilitás betartásával hosszú évekig megfelelő fá-

dalomcsillapítás érhető el vele. Az intrathecalis terület hasonló módon használható, azonban lényegesen kisebb dózisu opiát alkalmazását teszi lehetővé¹¹.

Egyéb periferiás idegblokád

A periferiás idegek reverzibilis vagy irreverzibilis blokája alkalmas a kízó, tumoros fájdalmak enyhítésére: pl n. pudendus, n. ilioinguinalis, n. genitofemorális bloká.

A kismedencei fájdalmak hátrányosan befolyásolják az életminőséget. Az esetek egy jelentős részében organikus okot nem találni. Előtérben a multidiszciplináris oki terápia áll, ha ez nem lehetséges vagy nem sikerül, akkor a tüneti gyógyszeres kezelése döntő fontosságú. *A fájdalmat megfelelően kell csillapítani. A fájdalomcsillapító kiválasztását a fájdalom mértéke, erőssége, természete, jellege határozza meg és nem a kiváltó tényezők.* A pszichés állapot önmagá fájdalomt generál. A szomatikus kiváltó okok közül nőknél a leggyakoribb az endometriosis és a kismedence gyulladással járó folyamatai,

férfiak esetében a prostata krónikus gyulladása, az intersticiális hólyaggyulladás, idegrendszeri és műtét utáni állapotok¹². Minden esetben gyógyszer-kombinációkban gondolkodjunk, és ne hagyjuk figyelmen kívül a pszichoszomatikus tényezőket sem. Ha a konzervatív lehetőségeink kimerültek, bátran nyúljunk az invazív eljárásokhoz. A kismedencei fájdalmakban alkalmazott intervencionális bloká alkalmas annak eldöntésére, hogy a fájdalom fizikai, pszichológiai vagy szexuális eredetű-e. Ilyen értelemben a nem malignus eredetű fájdalmak vonatkozásában az invazív technika diagnosztikus, prognosztikus és terápiás lehet. A szimpatikus idegrendszer blokája a krónikus kismedencei fájdalmakban – akár krónikus prostatitisben, urethralis, vulvaris vagy clitorialis fájdalmak esetében is – döntő jelentőségű lehet.

Irodalomjegyzék:

1. Wesselmann U: *Pain of pelvic origin: An updated review* (Refresher course syllabus) IASP, 1999; 47.

- Wesselmann U, Heinberg LJ: *The urogenital and rectal pain syndromes*, Pain, 1997; 73. 269.
- Reiter RC: *Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy*, J Reprod Med 1999; 36. 253.
- Stout AL: *Relationship of laparoscopic findings to self report of pelvic pain*. Am J Obstet Gynecol, 1991; 164. 73.
- Toomey TC: *Relationship of physical or sexual abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients*, Pain, 1993; 53. 105.
- Baranovsky AP, Johnson NS: *A review of urogenital pain*, Pain Rev 1999; 6. 53.
- Anderson RU: *Management of chronic prostatitis, Chronic pelvic pain syndrome*, Urol Clin North Am 2002; 29. 235.
- Wald A: *Functional anorectal and pelvic pain*, Gastroenterol Clin North Am 2001; 30. 243.
- Shafik A: *Pudendal canal syndrome: A cause of chronic pelvic pain*, Urology, 2002; 60. 199.
- Plancarte R: *Superior hypogastric plexus block: A very effective and underutilized diagnostic and therapeutic procedure*, World Wide Pain Conference 2000; San Francisco, California, July 19, 2000.
- Plancarte R, Patt RB et al: *Presacral blockade of the ganglion of Walthers (ganglion impar)* Anesthesiology 1990, 73, A751.
- Szendei Gy: *A krónikus kismedencei fájdalom okai*, LAM 2005; 15 (1) 45.

A visszértbetegség minden harmadik embert érint Magyarországon

A legfrissebb, 2007-es reprezentatív lakossági felmérés szerint hazánkban minden harmadik felnőtt embert érint a visszértbetegség. A betegség kialakulása során a lábon jelentkező elváltozásokat gyakran nem kíséri érezhető panasz, így ezeket a rendellenességeket csupán kozmetikai problémaként éljük meg, ugyanakkor mások elviselik a kellemetlenségeket (pl. a fájdalmat), mert nincs látható nyoma a problémának. Az érintettek nagy százaléka megfelelő információ hiányában elhanyagolja a tüneteket, és csak akkor fordul orvoshoz, amikor a betegség már előrehaladottabb, szövődményekkel is súlyosbított stádiumba kerül. Pedig a kezelést minél korábbi stádiumban kellene megkezdeni a szövődmények elkerülése végett.

A betegség kezdeti stádiumában sokat segíthetnek az életmódtanácsok (kevesebb terhelés, a lábak felpolcolása, úszás, séta), ezzel párhuzamosan a gyógyszeres kezelés, rugalmas harisnya vagy pólya alkalmazása.

Speciális mozgássor a visszértorna, amelynek célja az alsó végtagi visszerek kiürítése, ezáltal egyes panaszok gyors megszüntetése. A betegnek le kell feküdnie a földre, a lábakat gyertyaállásba kell emelni, illetve a levegőben kell biciklizni. Ilyenkor a nehézségi erő az izmok mozgatása segítségével kiüríti a visszereket, így a visszerek teltségéből adódó feszültség, fájdalomérzés csökken vagy megszűnik, a duzzanat mérséklődik.

A gyógyszer rendszeres, kúraszerű és hosszú távú szedése hatásosan csökkenti a fájdalmas panaszokat, például a lábdagadást, nehézláb-érzést, feszülést, éjszakai lábikragörcsöt. A visszértvédő gyógyszerek mindenki számára elérhető kezelési lehetőséget biztosítanak. A gyógyszerek a komplex kezelés elengedhetetlen részei, hiszen a betegség minden stádiumában

megvan a maguk szerepe. Ezt a tünetek súlyosságától függően a kompressziós harisnya alkalmazása és az injekciós vagy műtéti beavatkozások is kiegészíthetik.

A Boehringer Ingelheim Pharma a Venastat kapszulát kimondottan a visszértbetegség panaszainak kezelésére fejlesztette ki. A vadgesztenyemag standardizált kivonatát tartalmazó gyógyszer hatóanyaga csökkenti a vénafal átjárhatóságát és ezáltal a fehérvérsejtek kijutását az érfalon. Csökkenti továbbá a gyulladással járó sejtek számát és a sejtekből felszabaduló enzimek mennyiségét, erősíti a vénák falát, és javítja az erek rugalmasságát. A gyógyszer hatására egészségesebb lesz a láb vérkeringése, ezért csökkennek a kellemetlen panaszok, mint a lábdagadás, a fájdalmas nehézláb-érzés, az éjszakai lábszárgörcs, a feszülés és a bőrvizketés.

Különleges, elnyújtott (retard) hatásának köszönhetően egy kapszula 12 órán át fejti ki hatását, hiszen a hatóanyag a mikroszemcsékből fokozatosan oldódik ki. Ennek megfelelően a javasolt adagolás napi 2x1 kapszula, szedése legalább három-négy hétig, hosszú ideig fennálló panaszok esetén pedig 12 héten keresztül ajánlott.

A The Lancet című vezető brit orvosi szaklapban megjelent tanulmány három betegcsoportot hasonlít össze: az elsőt Venastattal, a másodikat vízhatóval, majd kompressziós harisnyával kezelték, míg a harmadik placebo (hatóanyag nélküli kapszulát) kapott. A vizsgálat 12 hétig folyt, s a Venastat kezelés hatására átlagosan 44 milliliterrel csökkent a lábszár-ödéma, míg a placebo csoport esetén nőtt. A Venastat ödéma-csökkentő hatása 12 hét után elérte a vízhatóval majd kompressziós harisnyával kezelt betegekénél tapasztalt eredményt. Ezért a Venastat a kompressziós kezelés alternatívájaként vagy kiegészítéseként hatásos gyógymód.