Damar Cerrahisi Dergisi 1995 (4), 118-123

Dünden Bugüne Varis Tedavisi ve 681 Olgunun Değerlendirilmesi

Kamuran ERK, Ferşat KOLBAKIR, H. Tahsin KEÇELİGİL, Turan KEYİK, Suat CANBAZ, Rüştü KALAÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

ÖZET

Variköz ven alt ekstremitenin en sık karşılaşılan damarsal hastalığıdır. Oluşumu, venöz duvarın ve valvlerin yapısal güçsüzlüğü veya venöz sistemin yüklenmesi ile ilgilidir. Aşırı genişlemiş varislerin tedavisi cerrahidir. Sklerozan tedavi terkedilmek üzere olan bir metodudur.

Geçmişten bugüne varis tedavisiyle ilgili literatür gözden geçirildi ve modern tedavi yöntemleri tartışıldı.

SUMMARY

Treatment of Varicose veins, Analysis of 681 Cases

Varicose veins are most common of all vascular disorders in the lower extremities. Dilatation and elongation of the vein occur because of venous wall and valves structurally vulnerable or overloading of the venous system concerned. The management of large varicose vein is surgical. Sclerotherapy is a method at the point of leaving.

The pertinent literature from the past to the present about treatment of varicosities is briefly reviewed and modern therapeutic procedures are discussed.

GİRİŞ

Ebers papirusunda (Milattan yaklaşık 1550 yıl önce) varis tarif edilmekte ve ameliyatla tedavisine karşı olunması önerilmektedir (1). Bu tarihi bilgiden; ta o yıllarda bile varise yönelik ameliyatların düşünüldüğü, belki de seyrek de olsa uygulandığı anlamı çıkarılabilir. Hippocrates (MÖ 460-377) bacak ülseri oluşmuş varisten bahsetmekte ve varisin puberteden önce oluştuğuna işaret etmektedir (1). İlk Roma tiranı Clais'e (Ölümü MÖ 86) varisleri nedeniyle variköz ven eksizyonu yapıldığı bildirilmiştir (1).

Varis, alt ekstremitelerin tüm vasküler hastalıkları içerisinde en sık görülenidir. Pek küçük alanda hafif venöz bir genişlemeden, safen venin büyük bir bölümünü tutan iri pakeli varis şekilleri ile venöz ulkusa neden olan geniş bir spektrum içinde çeşitli biçimler gösterir. Bu nedenle, tedavi yöntemleri de çok çeşitlidir. Onaltı yıllık süre içinde tedavi edilen 681 hasta retrospektif olarak incelenerek literatür verileri ışığında tedavi sonuçları değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD

Beyaz tenli, ince derili kadınlarda deri altında bazı verlerin görünür olması patolojik olarak değerlendirilmelidir. Varis denilebilmesi için venin yer yer dilatasyon göstermesi veya boyunda uzamanın (elongasyon) olması gerekir. Perivasküler bağlantıları nedeniyle elonge olan ven bu iki sabit nokta arasında zikzaklar yaparak kıvrımlar meydana getirir.

Ocak 1979 ile Ocak 1995 tarihleri arasında polikliniğimizde toplam 681 varisli hasta görüldü. Bunlardan ciddi ve önemli şikayetleri olan 270'i kliniğimizde yatırılarak tedavi edildi. Varisliler, hastanemiz polikliniğine ilk başvurduklarında hastalığın şiddet ve yaygınlığına göre dört gruba ayrılarak değerlendirildiler.

Scanned by TapScanner

I. Grup: Bir kaç yerde sınırlı telenjeaktazileri vera epidermise yakın venleri pake görüntüsü veren, minimal varisli hastalar. Bu hastaların bir çoğu ya estetik olarak görünümlerinden rahatsızlık duydukları için ya da, hafif ayak tabanı kemeri çöküklüğü, myalji, artralji ve nevralji gibi nedenlere bağlı olan ekstremite ağrılarını genellikle önemsiz vasküler yapı değişimine bağladıkları için hekime başvurmaktadırlar. Ayakta arkus çöküklüğü olanlarda tabanlık diğerine uygun medikal tedavi verildi. Fizik hareketler tarif edildi.

II. Grup: Birkaç sınırlı odakta lokalize cerrahi tedaviyi gerektirmeyecek boyutlarda 4-6 cm^2 den daha geniş alanı kapsamayan ve minimal yakınmaları olan hastalar. Ameliyathane hemşireleri, cerrah, öğretmen gibi meslekleri gereği uzun süre ayakta hareketsiz kalanlar ve hamilelik sırasında belirginleşen varisli olanlar bu gruba alındılar. Bu hastalarda vena sefana magna ve parvada valvul yetmezliği belirgin değildi veya minimal düzeyde idi. Hastalara mümkün olduğunca ayakta hareketsiz kalmamaları söylendi, orta basınçlı (20-30 mmHg) elastik çorap kullanmaları ve günde birkaç kez 5-10 dakika bacak elevasyonu önerildi. Yine bu gruptaki bazı hastalara kapiller duvar direncini ve geçirgenliğini düzenleyen calcium debosilate (Doxium) veya flavonoid fraksiyonu (Daflon) 500 mg lık tabletlerden günde 2-4x1 tablet verildi. Bu grupta pakeleri safen venler mesirinde olmayan sınırlı sayıda vakaya sklerozan tedavi uygulandı.

III. Grup: Cerrahi girişimden başka seçeneği olmayan ilerlemiş, yaygın ve büyük pakeleri olan hastalar.

IV. Grup: Varise bağlı ve geçirilmiş derin venöz tromboza ikincil, özellikle ayak bileği civarında pigmentasyon ve eksuda sızıntısı ile karakterize, çoğu kez infekte açık deri yaraları bulunanlar (kronik venöz yetmezlik). Bu grup olgularda tedavi; elevasyon, yara pansumanı ile infeksiyonu kontrol altına alma, gerekirse deri greftleme ve daha sonra stripping yapma şeklindedir. Klinik takiplerinde yeniden ul-

Tablo 1. Varisli hastaların klinik sınıflamaya göre olguların dağılımı

Hasta grupları	Sayı		
	Erkek	Kadın	Toplam
I	13	110	123
II	49	239	288
III	142	98	240
IV	30	-	30
Toplam	234	447	681

kusa gidiş gösterenlerde ek olarak subfasial ligasyon (Linton ameliyatı) uygulandı.

BULGULAR

Ocak 1979-Ocak 1995 yılları arasındaki 16 yıllık dönemde hastanemiz Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi polikliniğine varis nedeniyle toplam 681 hasta başvurmuştur. Erkek/Kadın oranı 0.52 dir. Yaş ortalaması 34.3+12.4 dir. Varislilere yapılan toplam muayene sayısı 12.53 dür, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı 1.84±0.9 dur.

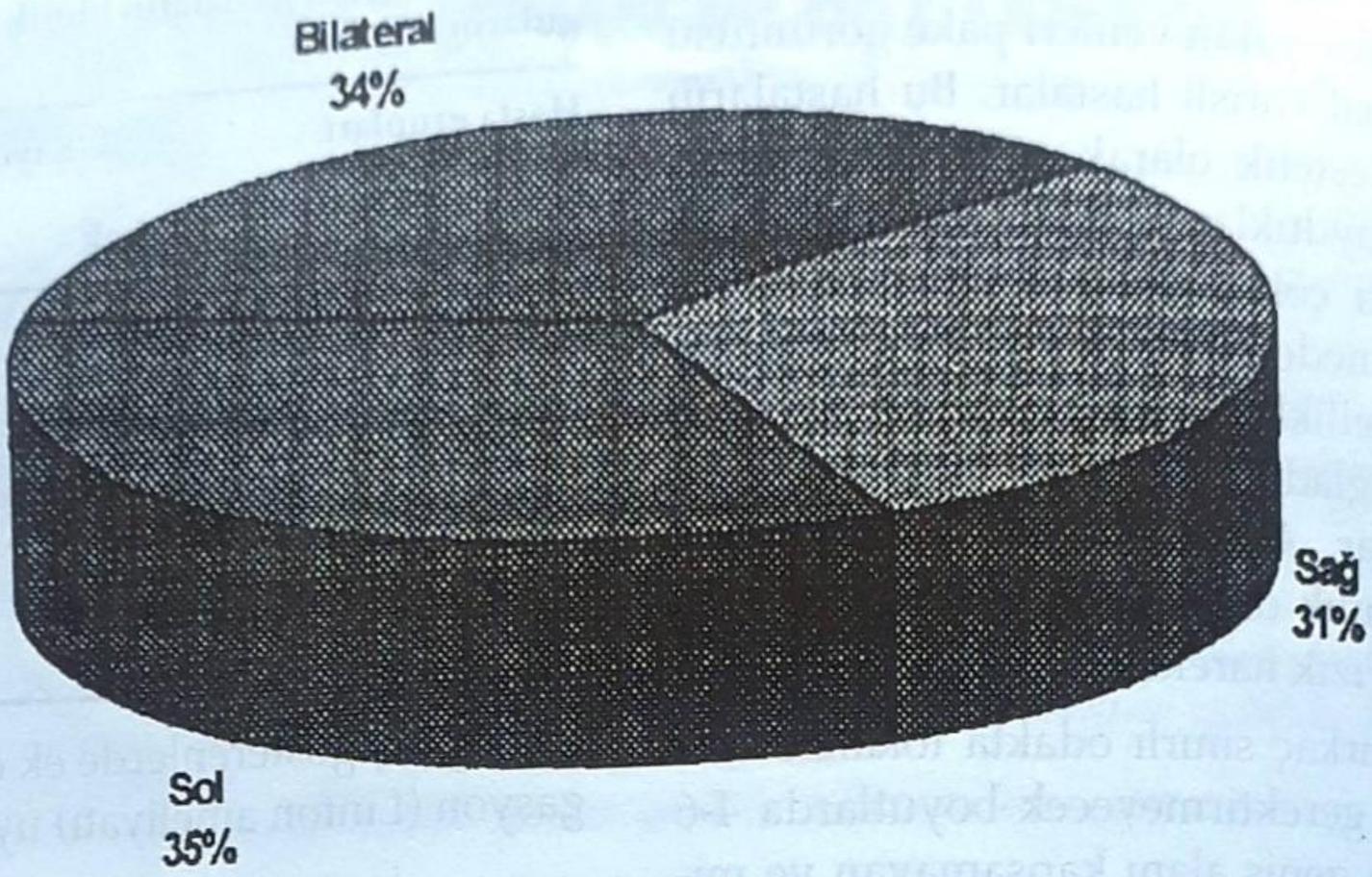
Hastalar polikliniğimize başvurduğunda yapılan klinik değerlendirme neticelerine göre varisli hastaların tasnifi Tablo 1'de gösterilmiştir. Yatırılan olguların 258 inde varise yönelik ameliyat uygulandı.

Lokalizasyonuna göre 236 (35 %) olguda sol alt ekstremite, 213 (0.31 %) olguda sağ alt ekstremite 232 (0.34 %) olguda lezyonlar bilateraldi. Yaptığımız klinik sınıflamalara göre olguların dağılımı Şekil 1'de görülmektedir.

Birinci grupta 123 (13 Erkek, 110 kadın) olgu vardır. Bu gruptaki 11 (% 0.09) olguda ilk başvurusundan ortalama 4.2±2.7 yıl sonra variköz yapılarda ilerleme tesbit edildi.

İkinci gruptaki 427 olgunun yaş ortalaması 32.4±12.3 dür. Erkek/kadın oranı 0.7 dir. Sklerozan tedavi 8 seçilmiş olguya uygulandı. Bu olgularda sklerozan tedavi tatminkardı ve nüks gözlenmedi. İlaç tedavisi ve varis çorabı ile konservatif tedavi uygulanan olgularda ye-

Scanned by TapScanner

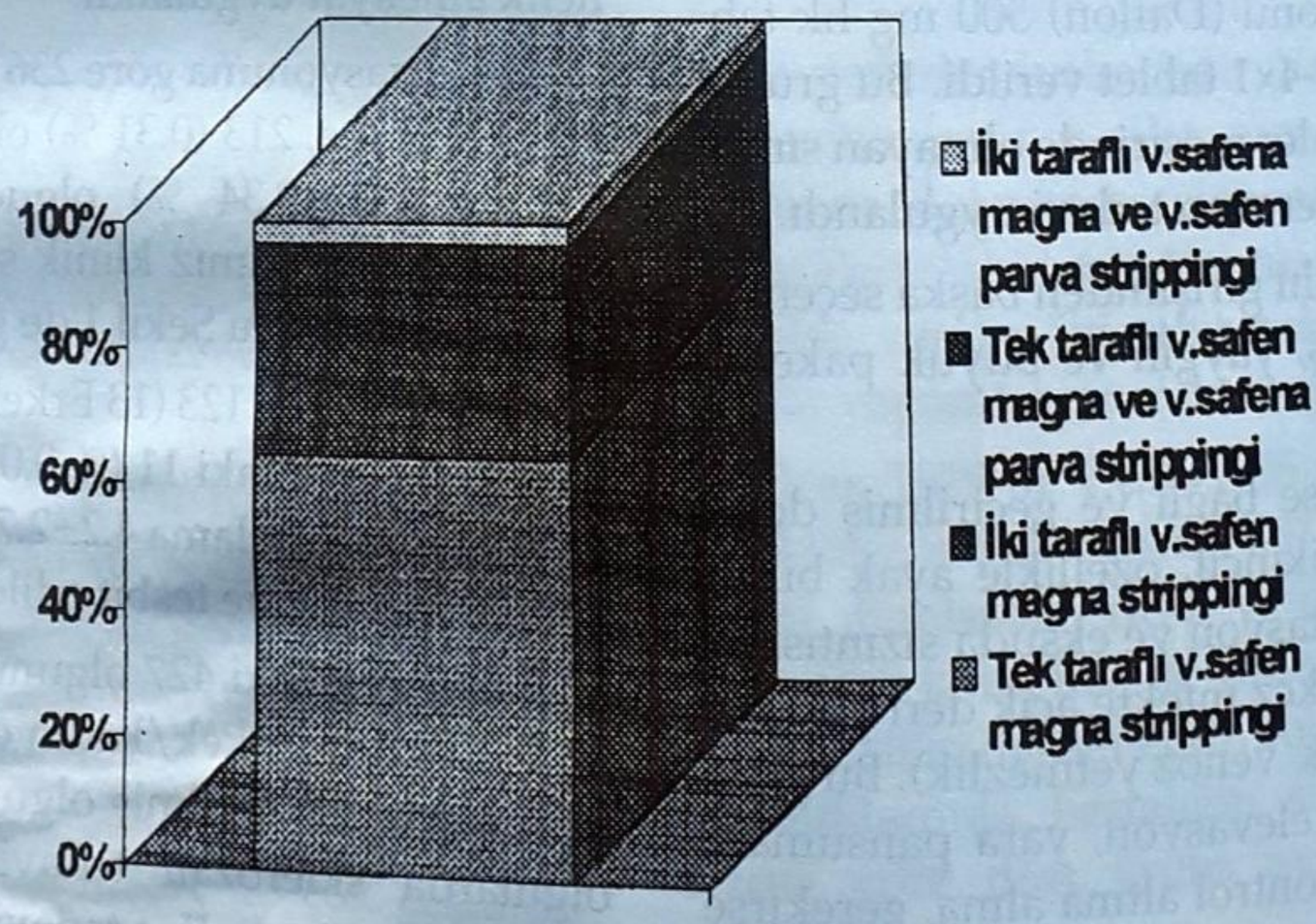


Şekil 1. Lokalizasyonlarına göre varislerin dağılımı

niden başvuran 32 (% 0.08) sinde ilk başvurusundan ortalama 4.2±2.3 yıl sonra ilerleme gösteren varis üçüncü gruba geçiş gösterdi ve 20 sine cerrahi uygulandı.

İlk muayenede üçüncü grupta olan 240 hasta saptandı. Bu hastaların 217'si ameliyat programına alınarak yatırıldı. Hastaların birinci ve ikinci grubun aksine bu grupta sıklıkla erkek olması dikkati çekti. IV. Grupta ise 30 erkek olgu vardı. Bunların 18 ine varisine yönelik olarak operasyonlar uygulandı.

Safen veni çıkarılarak ameliyat edilen olgu sayısı 258, yaş ortalaması 40.2±9.3 tür. Bu olgular ilk başvurduklarındaki gruplama içersinde; 3'ü I. Grup, 20'si II. Grup, 217'si III. Grup ve 18'i IV. Gruptadır. Erkek/kadın oranı 1.63 dür. Cerrahi uygulamada sadece tek taraflı v. safena magna stripping 198, iki taraflı v. safena magna stripping 68, tek taraflı v. safena magna ve v. safena parva strippingi 9 ve iki taraflı v. safena magna stripping ve v. safena parva strippingi 5 olguda uygulandı (Şekil 2). Tüm



Şekil 2. Olgularda uygulanan ameliyat tipleri

Scanned by TapScanner

olgularda pake eksizyonları yapıldı. Bu hasta grubunda tromboflebitis geçirmiş olanlarda ve daha önce sklerozan madde injeksiyon tedavisi gören 7 olguda ameliyatta stripperin geçirilmesi ve pakelerin eksizyonu mutad dışı uğraştırıcı oldu.

Post operatif devrede cerrahi uygulanan 258 hastadan 12 sinde krus ödemi, 2 olguda rekürrent lenfanjitis görüldü ve hastalardan biri bu nedenle 4 kez yatırılarak tedaviye alındı. Akciğer embolisi klinik olarak hiç bir olguda gözlenmedi.

TARTIŞMA

Variköz venlerin tedavisi temel olarak üç şekilde olmaktadır. Bunlar, medikal tedavi+ fizik ekzersizler + destekleyici elastik çorap, injeksiyon tedavisi (sklerotepari) ve cerrahi tedavidir.

Destekleyici elastik çorap veya bandaj uygulaması, yüzeyel ve derin venler üzerine hemodinamik etki gösterir ve boşalmalarına yardım eder. Uzun süre kullanılırsa damar tonusunda iyileyme sağlar. Son zamanlarda geliştirilen, bacağın distal bölümlerinde proksimal bölümlerine kıyasla daha yüksek basınç uygulayan çoraplar sayesinde turnike etkisi riski de ortadan kaldırılarak daha iyi sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir (2).

Sklerozan madde injeksiyonu son 10 yılda ABD'de hemen hemen hiç uygulanmaz veya pek seyrek uygulanırken, Avrupa ülkelerinde ancak son birkaç yıldan bu yana azalma eğilimi göstermektedir. Zaten literatür incelemeleri, sklerozan tedavi ile ilgili 1940 lı yıllarda oldukça fazla olan yayın sayısının 1975 den sonra çok seyrekleştiğini göstermektedir.

İnjeksiyon tedavisi (sklerozan tedavi) bir çok sakıncaları olan rekürrens olasılığı yüksek bir yöntemdir (3). Özellikle büyük pakelilerde kısa ömürlüdür ve yol açtığı inflamasyonuyla bazen ekstremitenin kullanılmasını zorlaştıracak düzeyde şiddetli ağrılara, periflebitis ve yanlışlıkla derin venöz sisteme geçmesi halinde femoral vende oluşan hasar sonucu kronik bacak şişliklerine neden olabilen, allerjik bünyelilerde hayati tehlikesi bulunan riskli bir yöntemdir (3). Bizim skleroterapi uyguladığımız olguların tümünde lezyon safen ven trasesinden uzaktaydı ve bize göre bu nedenle sonuç da tatminkar olmuştur.

Thorek (4), 1940 lı yıllarda sklerotik amaçla kullandığı, % 20-40 lık soda salicylate'ın 3-10 ml lik injeksiyonlarından iyi sonuç aldığını bildirmiştir. İnjesiyon tedavisinin mazisi çok eskilere kadar gider. 1851'de Pravaz ferricchloride'i küçültmek amacıyla anevrizma içine injekte etmiştir (4). Daha sonraları oblitere edici etkisinden yararlanmak üzere mercuricchloride, salvarsan ve hipertonik glukoz kullanılmıştır (4). Sicard, 1. Dünya Harbi sırasında luargol injeksiyonları yaparak sklerozan etkisini gözledi. Yazar aynı amaçla ilk olarak sodium bicarbonate'ı kullanmıştır (4). McPheeteis, Generier solüsyonu (quinine hydrochloride, urethane ve distale su) uygulamasının ağrısız olduğuna dikkat çekmiştir (4). Fakat o yıllarda Thorek'e göre soda salisilat en iyisi olmasına karşın bazı hekimler haftada bir sodium merrhuate injeksiyonunu tercih etmişlerdir (4).

Tüm dünyada terkedilme eğilimi olan sklerozan tedavi ülkemizde de sınırlı sayıdaki hekimler tarafından uygulanmaktadır. Bu amaçla son yıllarda sodium tetradecyl sulphate (sotradecol, trombovar) % 1-3 lik eriği kullanılmaktadır. Daha az yan etkileri olan fakat artık piyasada pek bulunmayan monoethanolamine oleate (Monolate) ve polydocanol-aethanol (Aethoxy sklerol) de kullanılabilmektedir.

Daha önce sklerozan madde injeksiyonu yapılmış hastalarda stripping işlemi güçlük arzeder. 5 olgumuz daha önceleri başka yerlerde injeksiyon tedavisi yaptırmışlardı. Bunlarda safen ven ve pakelerin çıkarılması incisizyon-disseksiyon-eksizyon yoluyla ancak gerçekleştirilebildi.

Scanned by TapScanner

Sklerotepari, düşüklere yolaçabilmesi nedeniyle, hamileliğin ilk 20 haftası içinde uygulanmamalıdır. Öyküsünde ilaç hipersensitivitesi bulunan hastalarda uygularken büyük dikkat gösterilmelidir. Zira sklerotik maddeler çok allerjendir. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, injeksiyon tedavisi başlamadan en az 6 hafta önce ilaç kullanımına son verilmesi ve tedavi tamamlanana kadar oral kontraseptif kullanılmaması önerilmektedir. Çünkü, injeksiyon tedavisi esnasında oral kontraseptif almaya devam eden hastalarda pulmoner emboliler görüldüğü bildirilmiştir (2). Mesleği gereği bacaklarının görülmesi zorunlu olan sporcu, model vb. geçimini bu yolla sağlayanlarda cerrahi skatrisin hoş olmayan görüntüsünden kaçınmak için, lokalize küçük pakeli olgularda skleroterapi uygulanabilir.

Cerrahi girişimlerin geçmişi ise injeksiyon tedavisinden de çok eskidir (1). Bu uygulamalar pake eksizyonları şeklindedir. İlk kez modern tekniği andırır, safen vene yönelik operasyon Alman cerrah Trendelenburg tarafından gerçekleştirilmiştir (Friedrich Trendelenburg 1844-1924). Ameliyat, uzun safenin kasıkta femoral venle birleştiği yer ile dizüstü ve dizaltı bölgede küçük transvers insizyonlar yapılarak venden birer segmentin çıkarılması şeklindedir (4).

İlk radikal ameliyat 1884 de Almanya'da Madelung tarafından gerçekleştirilmiştir (5). Madelung, bacağın medial tarafında, safen ven trasesi boyunca insizyon yaparak hasta venin dallarını bağlayıp eksize etmiştir. Friedel'in ameliyat tekniği; belirgin genişlemiş ve inflamasyonlu vena sefena magna, femoral vene boşalma yerinde bağlanması, kesilmesi ve bacak derisi aralıklı birbirine paralel sirküler şekilde (Moreschi insizyonu) veya tüm bacak boylu boyunca spiral (Rindenfleisch insizyonu) fasiyaya kadar kesilmesi ve kesi yerlerindeki ven uçlarının bağlanması şeklindedir (4). 1930'lu yıllarda uygulanan bir başka yöntem ise Delbert ameliyatıdır (4). Poubart ligamenti altında 20cm kadar vertikal bir kesi yapılıp çift bağlamadan sonra safen ven Trendelenburg ameliyatındaki gibi kesilip ayrılır ve kollateralleri bağlanır. İlk bükülebilir teli damara sokup kesilen ven ucunu tel üzerine bağlayarak çekmek suretiyle stripping ameliyatını 1905 yılında ABD'den Keller gerçekleştirdi (6), Mayo (7), 1900 lerde başladığı safenektomi uygulamasında, kürete benzer ucunda bir halkası bulunan rijit saplı ekstraluminal stripper'i kullandı. Bu alet yardımıyla diz üstünde yaklaşık 20 cm. altında 10 cm kadar sağlıksız veni etraf dokulardan ve yan dallarından ayırarak çıkardı. Ucu palamut şeklinde topuzlu (bugün kullanılan stripper kafasına benzer fakat rijit tel, 1907'de Babcock tarafından tarif edildi (8). 1938 de Linton (9) variköz ulkuslarda krus boyunca önde ve arkada kesiler yapıp subfasial perforan venlerin bağlanmasını önerdi.

Babcock, Mayo, Myers, Nabatoff stripperlerinin ucundaki büyük halka veya topuzun perivenöz dokuların, özellikle safen sinir, sural sinir ve komşu lenfatiklerin tahribine neden olarak ameliyat sonrası çeşitli yakınmalara yol açmalarından ötürü, son yıllarda telin ucunda damarın sıkıca bağlanması suretiyle topuzsuz stripper kullanma eğilimi başladı ve giderek yaygınlaştı. Fullerton ve Calvert (10) küçük topuzlu stripper kullanılmasının yararlarına dikkati çekti. Biz de kliniğimizde genellikle en küçük boy topuzlu stripper ile operasyonu gerçekleştiriyoruz.

Bu düşünceden hareketle Oesch (11), 1993 de veni kendi lümeni içersinden invajine ederek çekip çıkarmayı (perforate-invaginate stripping'i) uyguladı. Daha sonra Goren ve Yellin, bu yöntemi yeni dizayn ettikleri enstrumanlarla yaptılar (12, 13). Cheatle ve arkadaşları (14), safen venin femoral venle birleşme yerinde bağlanıp kestikten sonra ucu proplu kateteri venden sevkedip probu cryosurgery unit vasıtasıyla beş dakika kadar bir süre içinde - 80°C soğutup, probun ven duvarına yapışmasını sağladıktan sonar kateteri geri çekerek veni çıkardılar. Böylece, hem dis-

Scanned by TapScanner

tal insizyon yapılmamış, hem de perivenöz dokulara zarar vermeden ven strippingi gerçekleştirilmiş olmaktadır.

Primer varis nedeni olabilen sefenofemoral, sefanopopliteal, perforator veya pelvik reflülerin yeri, ultrasound teknolojisinin (Doppler, Duplex scanning) sağladığı olanaklarla noninvaziv olarak saptanabilmektedir (15, 16). Bu nedenle varis cerrahisinde, safen vende reflünün bulunduğu segment dışındaki kısmın yerinde bırakılması önerilmektedir (16, 17). 1968 de Kristner (18), venöz valvlerin tamirini önermiştir. Son yıllarda, varise neden olan kapakların yetersizliğinin çeşitli yöntemlerle düzeltilmesi çalışmaları yapılmaktadır (16, 19).

KAYNAKLAR

1. Cranley SS: Chronic venous insufficiency: Varicose veins. The postphlebitic syndrome. In Vascular Surgery vol. II peripheral venous disease. Harper & Row Hagerstown, Maryland 1975 pp. 253-298.
2. Jamieson C. Varicose veins. In Surgical Management of Vascular Disease. William Heinemann Medical Books Limited, London, 1982; pp: 350-381.
3. Lofgren KA: Varicose veins. In Allen-Barker-Hines Peripheral Vascular Disease. Juergens JL, Spittell JA, Jr., Fairbrain JF, II (eds). Saunders, Philadephia, 1980, pp. 781-807.
4. Thorek M: Varicose veins (varity-Phlebectasia). In Modern Surgical Technique. Lippincott, Philadelphia 1943, pp. 654-662.
5. Madelung: Uber die Aussheelung cirsoider Varicen and den unteren Extremitaten. Verh Dtsch Ges Chir. 13 pt 1: 114-117, 1884.
6. Keller WL: A new method of extirpating the internal saphenous and similar veins in varicosa conditions: a preliminary report. NY Med J 82: 385-386, 1905.
7. Mayo CH: Treatment of varicose veins. Surg Gynecol Obstet 2: 385-388, 1906.
8. Babcock WW: A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg. NY Med J 86: 153-156, 1907.
9. Linton RR: The communicating veins of the lower leg and the operative techique for their ligation. Ann Surg 107: 582-593, 1938.
10. Fullerfon GM, and Calvert MH: Intraluminal long saphenous vein stripping: a technique minimizing perivenous tissue trauma. Br J Surg 74: 255, 1987.
11. Oesch A: "Pin-stripping" a novel method of atraumatic stripping Phlebology 4: 171-273, 1993.
12. Goren G, Yellin AE: Invatinated axial stripping and stab avulsion (hook) phelectomy: a definitive outpatient procedure for primary varicose veins. Amb Surg 2: 27-35, 1994.
13. Goren G, Yellin AE: Invaginated axial saphenectomy by a semirigid stripper: Perforate-invaginate stripping J Vasc Surg 20: 970-977, 1994.
14. Cheatle TR, Kayombo B, Perrin M: Cryostripping the long and short saphenous veins. Br J Surg 80: 1283, 1993.
15. Goren G, Yellin AE: Primary varicose veins: topographic and hemodynamic correlations: J Cardiovasc Surg 31: 672-677, 1990.
16. Schanzer H, and Skladany M: Varicose veins surgery with preservation of the saphenous vein: a comparison between high ligation-avulsion versus saphenofemoral banding valvuloplasty-avulsion. J Vasc Surg 20: 684-687, 1994.
17. Large J: Surgical treatment of saphenous varices, with preservation of the main great saphenous trunk. J Vasc Surg 2: 886-891, 1985.
18. Kirstner R: Surgical repair of a venous valve. Straub Clin Proc 24: 41-43, 1968.
19. Belcaro G: Femoral vein valve repair with limited anterior plication (LAP). J Cardiovasc Surg 34: 395, 398, 1993.

YAZIŞMA ADRESİ
Prof. Dr. M. Kâmuran ERK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi
55139 Kurupelit, Samsun

Scanned by TapScanner