

AKUT İLİOFEMORAL VEN TROMBOZLARINDA VENÖZ TROMBEKTOMİ SONUÇLARI

Cemal Kahraman*, Yiğit Akçalı**, Kutay Taşdemir***

Özet: Son on yılda Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalında 123 hasta akut iliofemoral ven trombozu tanısı ile tedavi edildi. Tanı klinik bulgu , flebografik inceleme ve Doppler tetkikine göre yapıldı. Başlıca etyolojik nedenler gebelik ve postpartum devre idi.Kadın/erkek oranı 1.56 , hastalığın ensik görüldüğü yaşlar 18-39 arasında bulunuyordu. 97 hastaya venöz trombektomi ve 26 sına tıbbi tedavi uygulandı. Venöz trombektomiden % 84.5 mükemmel ,% 11.3 tatminkar sonuç alındı. Tıbbi tedavi gören hastalarda erken devrede 3 hastada (%11.5) pulmoner emboli , geç dönemde (6-9 yıl) 5 hastada (% 19) posttrombotik sendrom ve 14 hastada 2 cm civarında kalıcı çap farkı gözlemlendi.Tıbbi tedavi ile 7 hastada (% 26.9) iyi sonuç alındı. Tıbbi ve cerrahi girişim uygulanan bu iki grup karşılaştırıldığında venöz trombektomi ile tedavi edilen hastalarda erken ve geç dönem sonuçları mükemmeldi.

Anahtar Kelimeler:İliofemoral venöz oklüzyon, trombektomi, konservatif tedavi

The results of venous thrombectomy in acute iliofemoral thromboses

Summary: 123 patients with iliofemoral venous thrombosis were managed in the Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery of Erciyes University Medical Faculty in the last ten years. The diagnosis was made according to clinical findings, phlebographic study and Doppler ultrasound examination. Mainly etiological causes were pregnancy and postpartum period. The rate of woman/man was 1.56. The pathologic process was peaked between 18 and 39 years in age. Venous thrombectomy was carried out in 97 patients and 26 patients were managed by medical therapy. The results of venous thrombectomy were excellent in 84.5 percent of the patients and satisfactory in 11.3 percent. Pulmonary embolism developed in three of the patients , at the early stage , who were treated medically and five patients (19 %) had complications of postthrombotic syndrome at the late stage (mean 7 years). In 14 patients, a permanent two-centimeter-diametric difference was observed in the follow-up two years. The groups that had surgical and medical treatment were compared. The results obtained during the early and late periods in patients who had been managed by venous thrombectomy were excellent.

Key Words: Iliofemoral venous occlusion , thrombectomy, conservative therapy

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Aynı Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

*** Aynı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Son 40 yılda alt ekstremitte derin ven trombozunun tedavisindeki görüşler önemli ölçüde değişmiştir (2). Tıbbi tedavi metodlarına zıt olarak trombektominin, derin ven trombozunun erken ve geç dönem komplikasyonlarını önlemede etkin bir yeri vardır(8).

Tıbbi tedavi esnasında pulmoner emboli insidansı % 12 ve posttrombotik sendrom olasılığı % 60 dır(2).Fibrinolitik tedavi ise venöz trombozisin başlangıç evresini takiben 4. güne kadar etkinliği yanında pekçok farmakolojik yan etkisi ve pahalı bir uygulama yöntemi oluşu kullanımını sınırlı kılmaktadır(11).

Venöz sistemden trombusun çıkarılması hem hayatı ve hem de uzvu kurtarabilir. Bu nedenle venöz trombektomi akut iliofemoral ven trombozunda en etkin tedavi yöntemidir(6). Trombektomi, trombozisin başlangıcını takiben ilk 10 gün içinde uygulanabilir(2,8) Etiyolojik neden malignite veya sepsis ise venöz trombektomi kontrendikedir(9). Trombektomiden hemen sonra ağrı ve şişlik dramatik şekilde kaybolur.Posttrombotik sendrom olasılığı ortadan kalkar(12). Trombektomide en önemli sorun erken retrombozdur. Bu nedenle intraoperatif flebografi ile venöz sistemin tamamen temizlendiğinden emin olunması gereklidir(8). Sistemik heparinizasyon , ekstremitenin elevasyonu ve elastik bandajın, semptomların kaybolması ve retrombozisin önlenmesindeki yeri büyüktür(1).

Materyal ve Metod

1979-1988 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalında 123 iliofemoral venöz trombozisl hasta tedavi edildi. Olguların yaş dağılımı 7-85 arasında olup yaş ortalaması 38.5 idi. Tanı klinik bulgu, Doppler tetkiki ve flebografik incelemelere göre yapıldı. Venöz trombozis hastaların 83 önde sol, 37 sinde sağ tarafta ve üçünde bilateral idi.Olguların 75 i kadın ve 48 i erkekti. Hastaların hastaneye başvuru süreleri Tablo I 'de gösterilmiştir.

Tablo I. Hastaların başvuru süreleri

süre	n	%
ilk 24 saat	13	10.5
25-48 saa	7	5.6
49-72 saat	21	17
4-10 gün	58	47.2
10. günden sonra	24	19.5
	123	100.0

Semptomların başlangıcını takiben ilk 10 gün içinde başvuran hastalara trombektomi yapıldı. Bu süreden sonra ki başvurularda tıbbi tedavi uygulandı. Venöz trombozis sepsis veya maligniteye bağlı ise trombektomi yapılmadı. Trombektomiler lokal anestezi altında uygulandı. Postoperatif devrede ve tıbbi tedaviye alınan hastalara 4-6 saat ara ile 5000 ünite heparin sülfat intravenöz yolla 7-10 gün süreyle verildi. Hastalara ayak elevasyonu ve elastik bandaj tatbik edildi. Trombektomi uygulanan hastalar postoperatif erken devrede inzisyon yerinden kanama ve/veya olası hematoma yönünden takip edildi. Günlük çap farkı ölçümleri yapıldı. Çap farkı kalmayınca varis çorabı giydirilip mobilizasyona izin verildi. Heparin uygulamasına son verilmeden 3-4 gün önce oral antikoagulan(Coumadin) başlandı. İdame tedaviye geçince heparin kesildi. İntraoperatif ve taburcu edilmeden önce hastalara flebografi yapıldı. Tedavi, venografik bulgulara göre planlandı. Gerektiğinde trombektomi + A-V fistül , Palma operasyonu, amputasyon ve fasiotomi yapıldı. Oral antikoagulan tedavi ve varis çorabı 6 ay süreyle önerildi. Hastalar erken ve geç dönem komplikasyon yönünden takip edildi.

Bulgular

123 iliofemoral venöz trombozisi hasta retrospektif olarak incelendi. Venöz trombozis hastaların 95 inde(%77.2) Phlegmacia Alba Dolens ve 28 inde (%22.8) Phlegmacia Cerulea Dolens şeklinde idi. Derin ven trombozu 18-39 yaş arasında % 49.5 oranı ile en riskli grubu oluştururken, kadın hastaların % 27.5 (33 hasta) inde gebelik ve postpartum devre başlıca etyolojik nedeni teşkil ediyordu. Etolojik nedenler Tablo II'de gösterilmiştir. İlk 10 gün içinde başvuran 97 hastaya trombektomi yapıldı. İki hastaya trombektomi için ideal sürede başvurmalarına rağmen etyolojik nedenden dolayı(malignite ve sepsis) tıbbi tedavi uygulandı.

Tablo II. Etolojik faktörler

Faktörler	n	%
Gebelik	13	10.5
Postpartum devre	27	21.9
Yatak istirahati	8	6.5
Travma	6	4.8
Enfeksiyon	6	4.8
Postoperatif	5	4
Malignite	5	4
Behçet hastalığı	5	4
Oral kontraseptif	3	2.4
Kardiak yetmezlik	2	1.6
Kolagen doku hastalığı	1	0.8
Sepsis	1	0.8
Nedeni bilinmeyen	41	33.3
	123	100.0

Trombektomiden sonra hastaların 82 sinde (% 84.5) erken ve geç devrede çap farkı kalmazken, 10 hastada (% 10.3) 1-2 cm lik çap farkı sebat etti.10. günde trombektomiye alınan bu hastaların ikisinde , trombüs ven duvarına yapıştığı ve organize olduğundan cerrahi girişim mümkün olmadı. Bir hastada da trombektomiye rağmen intraoperatif alınan flebografide V. İliaca Externada rezidüel trombotik materyel gözlemlendi. Bu hastaya trombektomi + A-V fistül oluşturuldu. Phlegmacia Cerulea Dolense bağlı venöz gangrenle müracaat eden bir hastamıza başlangıçta trombektomi ve fasiotomi denenmesine rağmen daha sonra dizaltı amputasyon kaçınılmaz oldu.

Erken devrede 11 hastada (% 11.3) yara enfeksiyonu, iki hastada (%2.06) inzision yerinde hematoma ve üçünde de(%3.09) lenfore görüldü. Tablo III'de hastalara uygulanan cerrahi yöntemler ve postoperatif komplikasyonlar görülmektedir. Erken dönemde iki hastamızda retrombozis gelişti. 2-6 yıllık takiplerde 8 hastamızda 1-1.5 cm civarında çap farkı görülmesine karşın ekstremitelerde eforla uzva ait fonksiyon kusuru yoktu. İki hastada ise ekstremitelerde 2 cm lik çap farkına paralel, eforla uzva ait fonksiyon kusuru dikkati çekti. Bu iki hastanın flebografik tetkikinde V. İliaca Externada segmental oklüzyon tespit edilip Palma operasyonu yapıldı. Cerrahi girişimler esnasında hiçbir hastamızda pulmoner emboli gözlenmedi. Trombektomi ile ortalama hospitalizasyon süresi 9 gündü.

Tablo III. Uygulanan cerrahi tedavi ve postoperatif komplikasyonlar

Cerrahi Ted. ve Postop Komp.	n	%
Cerrahi tedavi:		
Trombektomi	97	78.8
A-V fistül	1	0.8
Palma operasyonu	2	1.6
Fasiotomi	3	2.4
Ampütasyon	1	0.8
Postop komplikasyon		
Yara enfeksiyonu	11	11.3
Hematoma	2	1.6
Lenfore	3	2.4
Retromboz	2	1.6

Tıbbi tedavi uygulanan hastalarda erken dönemde üç hastada pulmoner emboli gelişti. Geç dönem takiplerde 14 hastada (%53.8) ekstremitelerde iki cm lik çap farkı ve eforla fonksiyon kusuru tespit edildi. Beş hastamızda (%19) posttrombotik sendrom gelişti. Tıbbi tedavi uygulanan hastalarda ortalama hospitalizasyon süresi 14 gündü. İliofemoral ven trombozlu hastalarımızın hiçbiri exitus olmadı.

Tartışma

İliofemoral venöz trombozisi hastalarımızda başlıca etyolojik faktörler gebelik, postpartum devre, yatak istirahati ve operasyondur. Olguların % 33 önde etyolojik neden belirlenemedi. Derin ven trombozu özellikle 40 yaşın üzerindeki hastalarda büyük cerrahi girişimlerden sonra ve /veya uzun süreli yatak istirahatinin gerekli olduğu durumlarda görüle bilen yaygın bir komplikasyondur. Bu komplikasyon literatürde % 25-50 arasında verilmektedir(5). Derin ven trombozu; olgularımızın % 31.4 ünde bu nedenle olmuştur.

Venöz trombozise bağlı oluşabilecek fizyopatolojik olayların bilinmesi tedavi metodlarının değişmesine ve komplikasyonların minimal düzeye inmesine imkan vermiştir(3,14). Tıbbi tedavi pulmoner emboli insidansını azaltmış olsa bile posttrombotik sendromu önleyemez(7,8). Bu yolla tedavi edilen hastalarda % 60 ın üzerinde posttrombotik sendrom ve % 10-20 civarında pulmoner emboli gelişmektedir(2). Tedavi edilmeyen veya tıbbi yolla tedavi edilen hastalarda trombus organize olup ven duvarına sıkıca yapışmaya kadar pulmoner emboli riski vardır. Bu nedenle hayatın veya venöz gangrenle uzun kaybı söz konusudur(2,8). Venöz trombozisin başlangıcını takiben 7. günde venöz gangrenle başvuran bir hastamızda dizaltı amputasyon kaçınılmaz olmuştur.

Trombektomi akut semptomların giderilmesinde ve kompetan ven kapakçıklarının devamını sağlamada tıbbi tedaviden çok daha iyi sonuçlar vermektedir(12). Buna rağmen operasyonun faydalılığı üzerinde tartışmalar süregelmektedir(7). Trombektomiden sonra, Lindhagen(8) % 82, Goto(6) % 97 ve Provan ile Rumble(13) % 100 mükemmel sonuçlar bildirmişlerdir. Serimizde trombektomiyi takiben % 84.5 mükemmel sonuçlar alındı. Literatürde trombektomiyi takiben % 46-59 arasında değişen düşük oranlarda başarılı neticeler bildirilmektedir(9). Bu farklı sonuçlar trombektominin erken veya geç bir sürede yapılması yanında, tam bir trombektomi yapıp yapılmaması ile ilgili olabilir. Goto(6), trombektominin venöz trombozisinin başlangıcını takiben ilk 2-3 gün içinde ve tromboze ven segmentinin tamamen temizlenmesi halinde başarının artacağını belirtmektedir. Gecikmiş vakalarda yapılacak trombektomilerde, trombus ven duvarına sıkıca yapıştığı ve organize olduğu için venin intima tabakası travmatize edilmekte ve retromboz önlenememektedir(7,8). Olgularımızın ikisinde 10. günde yapılan trombektomiden sonra sonuç alınmazken, birinde de trombektomiden sonra intraoperatif alınan flebografide V. İliaca Externada parsiyel rezidüel trombotik materyel gözlemlendi.

İliofemoral ven trombozu tanısı konulduktan sonra hasta cerrahi sınırlar içinde başvurmuşsa trombektomi yapılmalıdır(8). Literatürde trombektomi için 1-14. gün arasında değişen süreler önerilmiştir(2,6,7,8,9). Biz, trombektominin ilk 7 gün içinde yapılmasının uygun olacağı kanısındayız.

Venöz trombektominin yeterli yapıp yapılmadığını anlamak için intraoperatif flebografi gereklidir(4,8). Flebografide yeterli temizleme yapılmamışsa işleme devam edilmelidir(8). Tam trombektomi yapılamayan vakalarda A-V fistülün iyi sonuç verdiği belirtilmektedir(1). Bu amaçla bir hastamıza A-V fistül oluşturup üç ay sonra fistülü kapattık. Trombektominin lokal anestezi ile yapılması halinde intraoperatif pulmoner emboli ihtimalinin ortadan kalkacağı inancındayız. Bu nedenle trombektomilerin tümü lokal anestezi ile yapıldı ve intraoperatif emboli görülmedi. Andriopoulos (2), trombektomi esnasında olgularının ikisinde mortal seyreden pulmoner emboli geliştiğini bildirmektedir.

Günümüzde fibrinolitik tedavinin önemi üzerinde durulmaktadır(11). Ancak bu tedavinin trombozisin ilk üç gününde etkinliği ve pek çok farmakolojik yanın etkisi yanında pahalı bir tedavi şekli olması kullanımını sınırlı kılmaktadır(2,8,11).Nachbur(10), trombektomi ile birlikte regional fibrinolitik tedavinin başarıyı artırdığını bildirmektedir. Bu tedavi şeklini hiçbir hastamızda kullanmadık. Ancak uygun vakalarda kullanmaktan yanayız.

Biz, akut iliofemoral ven trombozunda en etkin tedavinin trombektomi olduğuna ve trombozisin başlangıcını takiben erken devrede yapılması halinde sonuçların mükemmel olacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

1. Ackroyd JS, Browse NL: *The investigation and surgery of the postthrombotic syndrome. J Cardiovasc Surg* 27: 5-16, 1986.
2. Andripoulos A, Wirsing P, Botticher R : *Results of iliofemoral venous thrombectomy after acute thrombosis . J Cardiovasc Surg* 23: 123-124, 1982.
3. Araujo Bessa JC: *Femoral and iliofemoral thrombectomy to prevent chronic venous insufficiency . J Cardiovasc Surg* 27: 443-446, 1986.
4. Comerota JA, White VS, Kotz ML : *Diagnostic methods for deep vein thrombosis : Venous Doppler Examination, Phleboreography, Iodine-125 fibrinogen uptake and phlebography. Am J Surg* 150: 14-23, 1985.
5. DiSerio FJ, Sasahara AA: *United Status Trial of dihydroergotamine and heparin prophylaxis of deep vein thrombosis. Am J Surg* 150:25-31, 1985.
6. Goto H, Wada T, Matsumoto A, et al : *Iliofemoral venous thrombectomy . J Cardiovasc Surg* 21: 341-346, 1980.
7. Greenfield JL, Alexander EL: *Current status of surgical therapy for deep vein thrombosis . Am J Surg* 150: 64-69,1985.
8. Lindhagen J , Hagland M, Harland U, et al : *Iliofemoral venous throbectomy. J Cardiovasc Surg* 19: 319-327, 1978.
9. Matsubara J, Hirai M, Kawai S , et al : *Treatment of iliofemoral venous occlusion. J Cardiovasc Surg* 23: 256-260 , 1982.
10. Nachbur BB, Beck EA , Senn A: *Can the results of treatment of deep venous thrombosis be improved by combining surgical thrombectomy with regional fibrinolysis ? J Cardiovasc Surg* 21:347-352 ,1980.

11. Persson VA, Persson Ac: Thrombolytic therapy for deep vein thrombosis. **Am J Surg** 150: 50-53, 1985.
12. Poulas GE, Polemis L, Shoutas B, et al: Acute venous occlusion within the scope of justified surgical aggression. **J Cardiovasc Surg** 18:376-386,1977.
13. Provan JL, Rumble ES: Re-evaluation of thrombectomy in the management of iliofemoral venous thrombectomy. **Can J Surg** 22:378-381, 1978.
14. Sakaguchi S, Furuta Y, Kameda T: Haemopathological changes in recurrent deep venous thrombosis of the extremities. **J Cardiovasc Surg** 23:117-121 ,1982.