

ALT EKSTREMİTE VARİKÖZ VENLERİ: 200 OLGUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Yiğit Akçalı*, Cemal Kahraman*, Kutay Taşdemir**, Erdoğan
M.Sözür***, Levent Elbeyli****, Hakan Ceyran**

Özet: 1980-1990 yılları arasında Erciyes Üniversitesi tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalında 143'ü erkek 200 hasta alt ekstremitte varisi tanısı ile tedavi edildi. Çoğunluğu (%68) 15-40 yaşları arasında olan hastaların, en genci 15 ve en yaşlısı 72 yaşında idi. Başvurduklarında hastaların 28'inde dermatit, 23'ünde flebolit ve 7'sinde flebit vardı. Bilateral ekstremitte tutulumu 86 hastada mevcut idi. Hastaların %98'ine cerrahi tedavi uygulandı. 161 hastada vena safena magna, 7 hastada ise vena safena parvada ligasyon ve stripping teknikleri uygulandı. Operatif girişim hastaların %85.5'inde genel anestezi altında yapıldı. Bir hastada vena safena magna anatomik bir varyasyon olan aşağı düzey sonlanması mevcuttu. Hastaların %3'ünde postoperatif komplikasyon olarak hematoma görüldü.

Anahtar kelimeler: Variköz venler, alt ekstremitte

Varicose veins of lower extremity: a review of 200 cases

Summary: In the department of Thoracic and Cardiovascular Surgery of the Erciyes University Medical Faculty, two hundred patients, 143 of them were male, were treated with the diagnosis of lower extremity varices, between 1980 and 1990. The majority (68%) of the patients were between the ages 15 to 45, the youngest was 15 and the oldest was 72. When they of admitted, 28 of them had dermatitis, 23 of them had phlebolith and 7 of them had phlebitis. Both extremities were affected in 86 of the patients. On most of the patients (98%) surgical management was carried out. techniques of ligation and stripping were applied to long saphenous vein in 161 of the patients and short saphenous vein in 7 of the patients. Operative intervention was performed under general anesthesia 85.5 percent of the patients. There was lower termination of long saphenous vein in one patient. Postop hematoma, complicated in 3 percent of the patients.

Key words: Varicose veins, lower extremity.

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

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

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

Organik bir neden olmaksızın yüzeysel venlerin uzaması, genişlemesi ve kıvrılması demek olan varisler çoğunlukla alt ekstremitte oluşur. derin ven trombozlarına, doğumsal ya da edinsel arterio-venöz fistüllere, tümörlere ya da iliofemoral tromboflebitlere bağlı olarak gelişen sekonder varisleri konu dışında tutarak yalnızca primer, esansiyel, yapısal variköz venleri inceleyeceğiz.

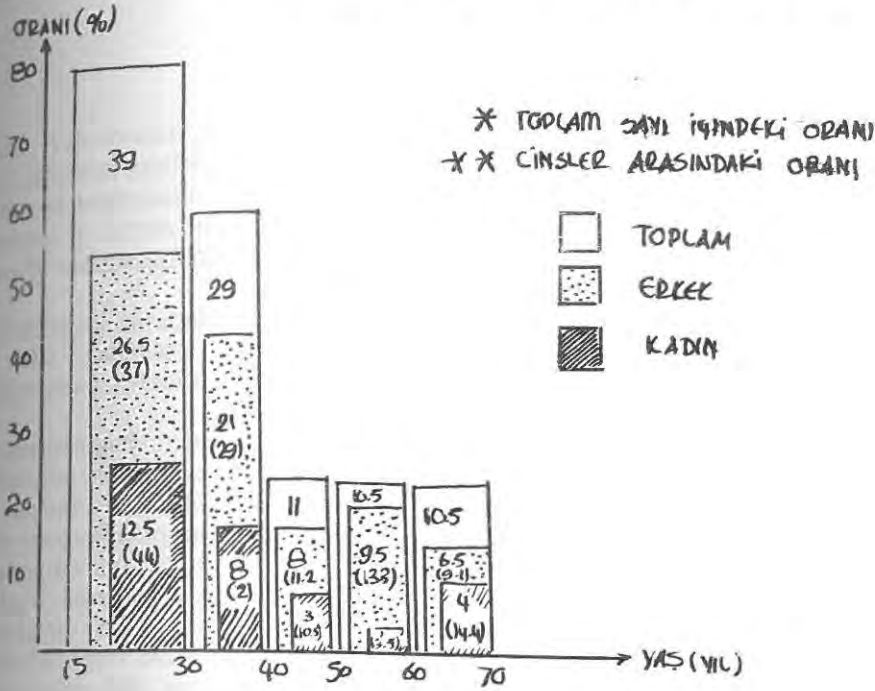
Materyal ve Metod

Alt ekstremitte dilatasyon, elongasyon ve tortuoze gösteren venler ve ekstremitte dolgunluk duygusu ya da ağrı yakınmaları ile başvuran hastalarda anamnezde familial eğilim ya da geçirilmiş bir alt ekstremitte flebotrombozu araştırıldı.

Ağrının arteriosklerozis obliterans gibi arteryel, pesplanus gibi ortopedik ya da diskal herni gibi nörojenik kökenli olup olmadığı araştırıldı. Safenofemoral bileşim yerindeki ve/veya safen veni üzerindeki kapakçıkların yeterli olup olmadığını araştırmak için Brodie-Trandelenburg, Schwartz (Perküzyon testi, Chevr ier), ve Gerson (öksürük impuls testi) testi gibi retrograd doluş testleri yapıldı. İnkompetan perforan (Kommünikan) venlerin yerlerini saptamakla Ochsner-Mahorner (Pratt), Dow ve Fegan yöntemleri kullanıldı. Derin venlerdeki patolojileri saptamada Delbeth-Perthes testi yardımcı idi. Flebografi özellikle komplike varislerde yetersiz birleştirici (=kommünikan) venlerin yerlerini belirlemek ve derin venlerin durumunu saptamada yararlı idi. Operasyona alınmadan bir gün önce, progallik asit (2.5 ml), aseton (25 ml), %50'lik demir klorit (50 ml) ve alkol (a.d. 50 ml) karışımından ibaret "işaretleme solüsyonu" ile hasta ayakta iken variköz venler boyandı. Supin pozisyonundaki hasta genel ya da spinal anestezi altında vena safena magna (VSM) femoral vene katılmadan önce kendisine dökülen dallar ve VSM ligate edildi. Sonra ayak bileğinde yapılan ekspojurda bulunan VSM distal ucundan proksimale gönderilen Nabotof Stripperi ile stripping yapıldı. Küçük yan dallar çıkartıldı. Perforan venler disseke edilerek subfasial ligasyon gerçekleştirildi. VSM trasesi üzerine gaz bez ve elastik bandaj sarılarak hasta yatağına gönderildi. Altı saat sonra hastalar mobilize edildi. Vena safena parva (VSP) için prone pozisyonundaki hastaya aynı cerrahi ilkeler uygulandı.

Bulgular

1980-1990 yılları arasında Erciyes Üniversitesi tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalında alt ekstremitte variköz venleri tanısı ile tedavi edilen toplam 200 hastanın 143'ü erkek ve 57'si kadındı. En genç hasta 15 en yaşlı hasta 72 yaşında idi. Hastaların %68'i 15-40 yaşları arasında idi. Şekil 1'de hastaların yaş dağılımı görülmektedir. Görüldüğü gibi, gerek erkeklerde gerekse kadınlarda varis tanısı ile başvurma yaşı en çok 15-30 yaşları arasında olmaktadır. Hastaların 84'ünde (%42) 1 ile 5 yıllık, 46'sında (%23) 6-10 yıllık ve yedisinde ise (%35) 11 yıldan daha uzun süren varis öyküsü vardı. Başvuranların hemen hepsinde temel yakınma dilate, elongate ve tortuoze venler olmaktadır. Tablo I hastaların başvurularındaki semptom ve bulguları göstermektedir.



Şekil 1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo I: Hastalarda Tespit Edilen Semptom ve Bulgular

| Semptom ve Bulgu | Vaka Sayısı | % |
|------------------------------------|-------------|------|
| Dilate, elongate ve tortüöz venler | 196 | 98.0 |
| Minimal varikozite | 4 | 2.0 |
| Ağrı (Manifest olmayan) | 47 | 23.5 |
| Dermatit | 28 | 14.0 |
| Flebolit | 23 | 11.5 |
| Flebit (Yüzeyel) | 7 | 3.5 |
| Ulkus venosum | 2 | 1.0 |

Bilateral alt ekstremitede variköz venler 86 (%43) hastada mevcuttu. Sol alt ekstremitede 67 (%33.5) ve sağda 47 (%23.5) variköz oluşum vardı. Skleroterapi yapılan 4 hasta dışında tüm hastalara cerrahi tedavi uygulandı. Operasyon 171 hastada (%85.5) genel, 14 hastada (%7) lokal, 11 hastada ise (%5.5) spinal anestezi altında yapıldı. Tablo II'de uygulanan tedavi yöntemleri özetlenmiştir.

Postoperatif dönemde 6 hastada hematoma, 4 hastada kasık insizyonu yerinde enfeksiyon ve 2 hastada inguinal kesi yerinde lenf drenajı oldu. Hastalara komplikasyonlara yönelik spesifik tedaviler uygulandı. Polikliniğimize kontrole gelen hastaların hiçbirinde rekürrens rastlanmamıştır.

Tablo II: Hastalara Uygulanan Tedavi Yöntemleri

| Tedavi yöntemi | Vaka Sayısı | % |
|---|-------------|------|
| V. Safena magna ligasyonu+stripping ve lokal varisektomi | 161 | 80.5 |
| V. Safena magna ve parva ligasyonu+stripping ve lokal varisektomi | 26 | 13 |
| V. Safena parve ligasyonu+stripping ve lokal varisektomi | 7 | 3.5 |
| Lokal varisektomi | 28 | 14 |
| Skleroterapi | 4 | 2.0 |

Tartışma

Variköz venler çoğunlukla dilatasyon ve venöz reflux'ye yol açan işlevi bozulmuş venöz valvlerle birlikte bulunur. Hastalığın ilerlemesi daha belirgin dilatasyon ve reflux'nün şiddetindeki artışla sonuçlanır. Bu iki fenomen arasındaki interaksiyon saptanmamıştır. Önce valvüler inkompetans gelişip daha sonra buna bağlı olarak dilatasyon mu oluşur, yoksa valvüler inkompetans dilatasyonun sonucu mu gelişir? Bu soruların cevabı henüz açıklığa kavuşturulamamıştır (4). Variköz venlerin gelişmesi hakkında çeşitli kuramların tetkiki "zayıf duvar teorisinin" en muhtemel olduğunu düşündürmektedir (1). Venöz dilatasyonun manifestasyonu ve valvüler yetersizliğin başlangıcından önce eşlik eden ven duvarının mekanik zayıflığı gösterilmemiştir. Variköz venlerin gelişmesinde venöz elastisitenin rolünü araştırmak için ven duvarı fonksiyonunu değerlendiren bir çalışma da zayıf duvar teorisini desteklemektedir (1). Variköz ven duvarındaki musküler ve kollagen hücrelerin transmisyon elektron mikroskobu ile tetkiki, subintimal tabakayı da etkileyen fibröz infiltrasyon tarafından kas hücrelerinin belirgin separasyonu ile gros değişiklikleri ortaya koyar. Normal sirküler kas tabakasının bozulma noktasında distorsiyon vardır ve hem içteki hem de dıştaki kas tabakaları etkilenir. Variköz bir ven sıklıkla inkompetan bir perforan venin yokluğunda bile kompetan bir valvin aşağısında rastlanır. Temel lezyon ven duvarındadır ve kas hücreleri giderek separe olduğundan ven tonusu kaybolur, dilate olur ve sonunda variköze olur. Lezyon valv ringini etkilediği zaman durum sekonder valvüler inkompetans ile alevlenir (12).

Venöz fonksiyonun değerlendirilmesinde non-directional ya da duplex Doppler US veya varikografi (11) gibi daha yeni incelemelere karşın, biz venöz yetersizliğin saptanmasında klasik olan inspeksiyon, palpasyon ve perküzyon-öksürük-tril testi ile turnike testlerini kullanmaktayız (5,6).

Hastanın yakınmaları ve kozmetik nedenlere ilave olarak rüptür, hemorajı, tromboflebit, variköz egzema, periflebitik infiltrasyon, özellikle bacağıın distal kısmındaki ülser gibi variköz ven komplikasyonlarını operasyon endikasyonları olarak kabul ettik. VSM ve VSP, bacağıın ve koroner arterlerin rekonstrüksiyonunda by-pass operasyonları için gerekebileceğinden, "profilaktik operasyon" olarak önerilen cerrahide (2) bu venleri çıkarmadık.

Kronik arteryel oklüzyon, variköz ven cerrahisi için bir kontrendikasyondur. Böyle oluşan yakınmalar hasta tarafından rastgele mevcut olan variköz venlere atfedilebilir, ayrıca yara iyileşmesi riske edilebilir.

Komplike olmamış primer varikoziteler ve bacağıın distal kısmındaki büyük inkompetan venler asla ödeme yol açmaz (7). Mevcut ödemin nedeni herbir olguda ameliyattan önce ortaya çıkarılmalıdır. Biz bu tür hastaları flebografi ile tetkik ettik. Posttrombotik yaralanmalara eş olarak, konjenital anjioplastik displaziler de saptanabilir. Bizim Klippel-Trenaunay sendrom'lu iki olgumuz vardı (10). İleri yaşı, hatta 70 yaşın üzerinde bile olsa eğer fizik olarak aktif ise cerrahiye kontrendike saymadık. Serimizde opere edilen hastaların %21'i 50 yaşın üzerindedir. İlk bir kaç gün içinde gebelik variköz venlerin cerrahisinde nesnel bir kontrendikasyon oluşturmaz. Kozmetik sonuçlar ve skarlar, gebelik sırasında doyurucu değildir. Gebeliğin varikozitlere çoğunlukla, uterusun pelvisi doldurmak için yeteri kadar büyümeden önce altıncı hafta kadar erken dönemde görülür; dilatasyon önceleri artmış intraabdominal basınç tarafından değil, ven duvarındaki düz kas ve kollajen hücreler üzerine östrojenin etkisi ile oluşur (12). Biz doğumdan dört ay sonraya kadar beklemeyi tercih ediyoruz.

Önemli aşırı kilolarda bile varis oluşumu kolaylaşmaz ve böylece cerrahiye uygun olmama sözü konusu değildir (7). ancak obezite ile varisler arasındaki ilişki yükselmiş venöz basınca neden olan artmış intraabdominal yağla açıklanabilir. "Vücut kitle indeksi (kg/m^2)" kategorilerinde intraabdominal yağ miktarı erkeklerde kadınlardan daha büyük bulunmuştur. Bu, variköz venlerin prevalansının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu demek istese de yüzeysel ve derin venler arasındaki kan akımındaki varyasyonlar gibi -variköz venler için- öteki açıklamalar olmalıdır. Aşırı kilolu kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (13) bacaklardaki variköz venlerin prevalansı vücut kitle indeksi ya da doğurulmuş çocukların toplamı (parity) ile ilgili değildi, ancak tersi olarak bel-kalça ve bel-uyluk çevresi oranları ile ilgili idi. Bu göstermiştir ki aşırı şişman kadınlarda variköz venlerin prevalansı özellikle yağ, belirgin olarak kalça ve uylukta toplandığı zaman artabilir. Olgularımızın %71.5'inin erkek oluşu vücut kitle indeksinin büyüklüğü ile açıklanabilirdi, ancak serimizde böyle bir çalışmaya yer vermedik. Variköz venler için operasyonlar, menstürasyon sırasında veya oral kontaseptif kullananlarda yapılabilir.

Varis için uygulanan tedaviler tarihsel süreci içinde, ekstralüminal stripping, skleroterapi, skleroterapi ile birlikte ambulator yüksek ligatür ve skleroterapi eklenmiş radikal cerrahi olarak sıralanabilir. Varikozitelerin tedavi için eskiden iki görüş vardı: Tümüyle cerrahi ya da tümüyle skleroterapi. "Ad utrumque paratus" deyimini bugünkü variköz venlerin tedavisi için uyarlırsak "şırınga kadar bıçağı da kullan" olabilir.

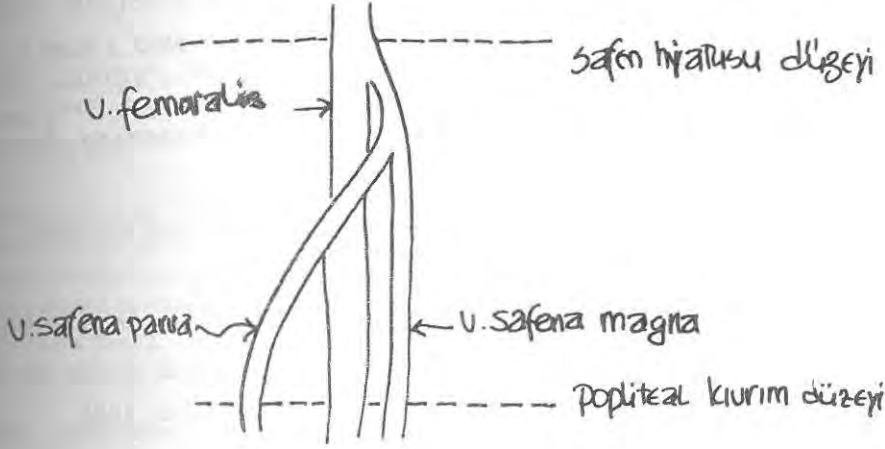
Uzun dönem takipleri olan rastgele üç çalışmada cerrahi ve sklerozan tedavi karşılaştırılmıştır.

Her bir tedaviden sonra iyi erken sonuçlara karşın altı ay sonra kompresyon skleroterapide hızlı kötüleşme vardı. 5 yıl sonra kompresyon skleroterapi grubundaki hastaların %10'undan sonra azı iyi sonuçlarını korurken, aynı sürede cerrahi gruptaki hastaların %60'ı halâ iyi sonuçlara sahipti (5).

Her ameliyat-Cockett'in tekrar tekrar vurguladığı gibi-iki bölümden ibarettir: Her inkompetan perforan ya da inkompetan VSM nin ligatürü ve yüzeysel venlerin rezeksiyonu. Postoperatif ilk yıllarda variköz bir nüksün anlamı yukarıdaki iki durumun gerçekleşmemiş olmasıdır. Lenfatik damarların ventromediyal prefasiyal demeti daima VSM nin strippingi sırasında risktedir. Cerrahiye bağlı ağır lenfödem seyrekdir. Ancak bacağın hafif şişmesine ve eskiden hastaların %1'inden daha azında rastlanan erizipele operasyondan yıllardan sonra bile rastlanabilir. Kasıktaki ya da diz eklemi civarındaki büyük deri insizyonları VSM nin keskin disseksiyonun da bile lenfatik drenaja kalıcı yıkıma neden olabilir. Brunner'e göre deri insizyonu kasığa bir parmak genişliğinde proksimale ve kasığa paralel 5-6 cm.'lik bir insizyon lenfatiklerin daralma yerindeki yıkımı önler (7). Biz kasık insizyonunu inguinal ligament altında 6 cm.'lik oblik bir kesi ile yaptık ve postoperatif iki hastada lenf sızıntısı sürdü. Eksternal pudental arter VSMK'nin birleştiği yerin tam üstünde seyredir. Bu nedenle ven dikkatle disseke edilmeli ve çift olarak 0-1 ya da 0-0 ipek ile ligatür ve 0-3 atravmatik ipek ile transfiksiyonla ligate edilmelidir. VSM femoral venin birleştiği yerde kendine dökülen tüm dallar (süperfişial sirkümfleks iliak ven, süperfişial epigastrik ven, yüzeysel ekstrenal pudental ven, medial süperfişial femoral ven, lateral aksesuar safen veni) tek tek disseke edilmeli ve bağlanmalıdır. VSM ikili ya da üçlü olabilir, Femoral arter hemen deri altında uzanabilir ve femoral artere femoral venin medialinde rastlanabilir. VSM'nin özellikle süperfişial sirkümfleks iliak ve epigastrik dalları doğrudan femoral vene katılabilir. Üç olgumuzda kasıkta VSM'yi bulmak için ona ayak bileği civarında yaptığımız insizyondan stripperi göndermek oldu. Ancak burada iki potansiyel tehlikeyi gözardı etmedik. İlki, fossa ovalisin 10-12 cm. distalinde VSM'nin anatomik bir varyantı olan aşağı düzey sonlanması idi ki buna bir tek olgumuzda rastladık (%0.5). Öteki VSM içindeki olası trombüslerin pelvik venler içine gönderilmesi idi. Bu nedenle VSM ligatürü ilk hareket olmalıdır. VSM'nin distal ekspoşurunu genellikle intestinal malleolusun medial yanında yaptık. Fisher'e göre ayak sırtının iç yanı üzerinde ve bizim insizyonumuzun 3 cm. distalinde transvers ya da longitudinal kesinin kozmotik sonuçları daha iyidir (7).

Strippingi, kütanöz sınırları ve lenfatikleri daha iyi koruduğundan distalden sokulan bir stripper ile proksimalden distale doğru yapmaktayız. Stripperin başı çok büyük olmalıdır. Aksi halde içindeki lenfatik damarlar ve kütanöz sınırlar bulunan deri altı yağ dokusu çıkarılabilecektir. Stripperin başı çok küçükde olmamalıdır. Aksi taktirde ven uzunluğuna yırtılabilecektir ve geriye kalan venöz artıklar dallar inkompetan perforan venler ile birleşebileceğinden rekürrensler oluşabilecektir. Küçük yan dallar ameliyat ile 3-4 mm. lik insizyonla çıkarılır. Çok küçük olanlar daha sonra skleroze edilir. VSP'nin derin vene katılımının 7 tipik varyantı vardır (7). Özellikle VSP'nin popliteal vene katılmadığı gerçeği önemlidir. Birlikte VSM strippingi de yaptığımız böyle bir olgumuzda VSP'nin proksimal ucunu bulmamız oldukça güç olmuştu (Şekil 2). Böyle durumlarda operasyon sırasında popliteal ekspoşurdan sonra VSP içine gönderilen bir kateter ile venografi yapmak operasyonu biraz uzatmanın dışında VSP'nin doğru ligatürüne imkan verecektir. VSP strippinginde göz önünde tutmamız gereken iki önemli husus vardır. Gastroknemius noktasındaki perforan

venin ligasyonu ve ayağın lateral kenarında rahatsız edici irreversibl bir parestezi ile sonuçlanan sural sinir yaralanmasından sakınmalıdır.



Şekil 2: Vena Safena Parvanın Olgumuzdaki anatomik Varyantının Şematik Görüntüsü

Perforatörlerin ve büyük variköz büklümlerin ekspozuru için longitudinal insizyonları tercih ediyoruz. Perforanların saptanmasında, palpasyon ile fasial gediklerin araştırılması (Fegan testi), buradaki küresel şişlik (Dow işareti) ve turnike testlerini kullanıyoruz. Ancak uyluğun Dodd grubu perforan venleri, Boyd'un perforan veni ve Cockett I (6-7 cm.) perforan veni, deneyimlilerde bile gözden kaçırılabilir. Bu nedenle venografi ile perforan venin demonstrasyonunu ameliyattan önce yapıyoruz.

Operasyon VSM'nin strippingini gerektirdiği zamana genel anestezi kullanılır (9). Biz hastalarımızın büyük çoğunluğunda (%85.5) genel anesteziyi tercih ettik. Lokal enestezi altında (femoral sinir bloğu ve IV diazepamla sedasyon) yapılan variköz ven cerrahisinde Bishop ve Jarret (3) hastaların %46.2'sinde VSM ligasyonu ve strippingi uygulamışlardır.

Munn ve arkadaşları (8) VSM'nin strippe edilmediği zaman %60'lık bir rekürrens oranını göstermişlerdir. Biz takip edebildiğimiz hastaların hiç birinde rekürrense rastlamadık.

Ameliyat sonrası dönemde oluşan komplikasyonlar arasında kanama, trombüs, ödem, lenfatik kistler, sinir lezyonları, arterin ve derin venlerin yaralanması, tromboflebit, yara enfeksiyonu ve safen nöriti bildirmiştir (3,7). Hematom, kasık ve bacadaki kesi yerlerinde oluşan bir komplikasyonumuz idi. Kasıktaki kanamalar kum torbaları ile basınç uygulayarak durduruldu. Bir hastada uyluktaki hematom sütürler açılarak boşaltıldı. Enfeksiyon 4 hastada

(%2) saptandı. Bu oran 186 hastalık bir seride (3) %3.2'dir.

Kaynaklar

1. Alexander CJ: *The theoretical basis of varicose vein formation. Med J Aust* 1:25-261, 1972.
2. Bozer AY, Günay I: **Damar Hastalıkları ve Cerrahisi.** Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1984, 5:255.
3. Bishop CCR, Jarret PEM: *Outpatient varicose vein surgery under local anesthesia. Br J Surg* 73:821-822, 1986.
4. Clarke H, Smith SGR, Vasdekis SN, et al: *Role of venous elasticity in the development of varicose veins. Br J Surg* 76:577-580, 1989.
5. Eklof B: *Modern treatment of varicose veins. Br J Surg* 75:297-298, 1988.
6. Goldstone J: *Veins and Lymphatics: In Way LW (ed): Current Surgical Diagnosis and Treatment. Librarie du Liban, Lebanon 1983, pp.729-730*
7. May R: *Varicose veins. In May R(ed):Surgery of The Veins of The Leg and Pelvis. George Thime Publishers Stuttgart 1979, p 82-95*
8. Munn SR-, Morton JB, Mac Beth WAA, et al: *To strip on not to strip the long saphenous vein? A varicose veins trial. Br J Surg* 68: 426-428, 1981.
9. Nabotoff RA, Stark DCC: *Complete stripping of varicose veir with the patient on an ambulatory basis. Am J Surg* 124: 634-636, 1972.
10. Özer ZG, Çetin M, Kahraman C: *Klipper-Trenaunay sendromu (iki olay nedeniyle). Kayseri Üniversitesi Gevher Nesibe Bilim Haftası ve Tıp Günleri Kitabı 1982, ss 133-142.*
11. Pinzani A, Paoli G, Soreafico G, et al: *Varicography in the preoperative assesment of primary varices. A study of 100 cases. Radiol Med* 77: 504-511, 1989.
12. Rose S: *What causes varicose veins? Lancet* 8476:320-321, 1986.