

Bölüm 108

PERİFERİK VEN HASTALIKLARI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Ahmet Kağan AS¹

PERİFERİK VASKÜLER ANATOMİ

Giriş

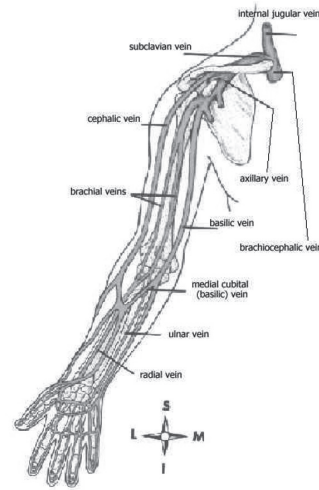
Periferik venöz sistem, kalbin venleri ve kalbe giriş yapan ana venöz yapılar ile visceral venler dışında kalan venöz yapıları kapsamaktadır. Bu bağlamda periferik venöz sistem anatomisi ve hastalıklarından bahsederken esasen üst ve alt ekstremitelerin venlerinden ve hastalıklarından bahsediyor olacağız.

Üst ekstremité venöz sistem anatomisi

Üst ekstremitenin venöz sistemi, *yüzeyel* ve *derin venler* olarak 2 grupta sınıflandırılır. Derinin hemen altında, yüzeyel fasyanın yaprakları arasında bulunan üst ekstremité venöz sistemin ana yapılarını oluşturan *yüzeyel venler*, distalden proksimale doğru çeşitli noktalarda anastomozlar yaparak uzanırlar. Eller itibarıyla başlayan *vena cephalica* ve *vena basilica*, antekubital bölgede yoğun bir anastomoz ağı yaparak *kübital venleri* oluştururlar. Devamında proksimale doğru ayrı ayrı ilerleyerek önce *vena axillaris*'i ve sonrasında *vena subclavia*'yı oluşturarak yoluna devam ederler. (Şekil-1)

Derin venler ise, derin fasyanın altında yandaş olarak bulundukları arterlere eşlik ederler. Her bir artere eşlik eden 2 yandaş derin ven bulunur. Radial ve ulnar arterlere eşlik eden ve arterler ile aynı ada sahip olan venler, kübital seviyede brakial arterin yandaşları olan *vena brakialis*'ler olarak devam ederler. Aksiller fossaya ulaşmadan önce

yüzeyel sistem ile birleşirler ve *vena aksillaris*'in oluşumuna katkı sağlarlar.



Şekil 1: Üst ekstremité venöz sistem anatomisi

Alt ekstremité venöz sistem anatomisi

Alt ekstremité venleri yüzeyel venler, derin venler ve perforan venler olarak 3 ana grupta incelenirler.

Yüzeyel venler

Alt ekstremitenin yüzeyel toplayıcı sistemini 2 ana kolektör oluşturur. Bunlar Vena saphena magna (VSM) ile Vena saphena parva (VSP)'dir. Her ikisi de ayak dorsumunda bulunan arcus venosus dorsalis pedis'ten köken alır. VSM bu arcus'un medialinden başlarken, VSP ise lateralinden başlayarak proksimale ilerler.

¹ Uzman doktor, S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ahmetkagan_as@hotmail.com

taşıyorsa tedavi uzatılmış tedavi şeklinde olmalıdır. Uzun dönem tedavi sonrası altta yatan malignite gibi bir durum yoksa tedavi sonlandırılır. (16)

Malignite varlığı yada gebelik gibi durumlar ile birlikte gelişen VTE’de tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır? Maligniteye bağlı yada malignite ilişkili DVT tedavisinde en az 3 ay klasik DVT tedavi protokolü uygulanır. 3 aylık tedavi sonrasında malignite devam ettiği sürece antikoagülasyona devam edilir. Bu sırada ilaç seçiminde DMAH’tan yana tercih kullanılmamıştır. (17) Aktif malignite varlığında VKA ve YOAK’lar ile alakalı henüz güvenli çalışmalar yoktur.

Gebelik ile birlikte DVT görüldüğünde ise ilaç tercihi molekül büyüklüğü yönünde plasentaya geçmeyen, fetüs açısından güvenli olan UFH yada DMAH olmalıdır. VKA yahut YOAK’ların gebelikte güvenli olduklarına dair bir kanıt yoktur, bu sebeple önerilmezler. (18)

İlaç tedavisi dışında tedavide hangi seçenekler bulunmaktadır? Katater aracılı tromboliz, venöz balon/stent uygulamaları, farmakomekanik tromboliz, inferior vena kava filtre uygulamaları diğer tedavi seçenekleri olarak sunulmaktadır. Öncelikle bu tedavi uygulamalarının günümüzde uzun dönem uygulama sonuçları net olarak bilinmemekle birlikte katater aracılı tromboliz ve sonrasında bir gereksinim olarak venöz balon/stent uygulamaları bahsedilen uygulamalar arasında en bilinen ve tercih edilebilen yöntemler olarak ön plana çıkmaktadır. (19)

Post trombotik sendrom (PTS), DVT’nin bir komplikasyonu olup intavenöz alanda yerleşen trombüsün damar duvar yapısı ve kapakçıklar üzerine kalıcı etkiler bırakması nedeniyle ortaya çıkar. Özellikle proksimal venöz tutulumlar sonrası karşılaşılan PTS tablosunun gelişiminin önlenmesi adına farmakomekanik tromboliz gündeme gelmiştir. Kısa süreli takip ile yapılan çalışmaların sonuçları yüksek başarı oranı bildirmiş olsa da (20), uzun süreli ve daha fazla sayıda hastayı kapsayan nitelikli çalışmalara ihtiyaç olduğu aşikardır.

KAYNAKÇA

1. Caggiati A, Fascial Relationships of the Long Saphenous Vein, *Circulation*, 1999;100:2547–2549
2. WD Foley, WD Middleton, TL Lawson. Color Doppler ultrasound imaging of lower-extremity venous disease. *American Journal of Roentgenology*. 1989;152: 371-376. doi: 10.2214/ajr.152.2.371
3. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs - UIP consensus document. Part I. Basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2006;31:83e92 doi: 10.1024/0301-1526.36.1.53
4. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011;53:2Se48S. doi: 10.1016/j.jvs.2011.01.079.
5. Balducci MM, Bohler K, Zontsich T. Preoperative imaging of lower extremity varicose veins: color coded duplex sonography or venography. *J Ultrasound Med*. 1996 Feb;15(2):143-54. doi: 10.7863/jum.1996.15.2.143
6. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol*. 2005 Mar;15(3):175-84. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.05.015
7. Padberg FT Jr. CEAP classification for chronic venous disease. *Dis Mon*. 2005 Feb-Mar;51(2-3):176-82. doi: 10.1016/j.disamonth.2005.03.013
8. Strandén E. (2004) *Ventömningens fysiologi*. Norgren L, (ed). *Vensjukdomar içinde* (s. 45-55) Chicago: Lund: Studentlitteratur
9. Gloviczki P, (2001) *Handbook of venous disorders* (2. baskı) London: Arnold
10. Bo Eklöf, MD, a Robert B. Rutherford, MD. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg*. 2004 Dec;40(6):1248-52. doi: 10.1016/j.jvs.2004.09.027
11. Schneidman H, *Treatment of Circulatory Disorders of the Lower Extremities*, *Calif Med*. 1966 Nov; 105(5): 368–370.
12. Ramalet AA, Boisseau MR, Allegra C Venous-active drugs in the management of chronic venous disease. An international consensus statement: current medical position, prospective views and final resolution. *Clin Hemorheol Microcirc*. 2005;33(4):309-19.
13. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016 Jan;41(1):3-14. doi: 10.1007/s11239-015-1311-6.
14. Wells PS, Anderson DR, Rodger M. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. 2001 Jul 17;135(2):98-107. doi: 10.7326/0003-4819-135-2-200107170-00010
15. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012 Feb;141(2 Suppl):e419S-e496S. doi: 10.1378/chest.11-2301.

16. Bozkurt AK. (2016) Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği. Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Ulusal Tedavi Kılavuzu. İstanbul: Ege
17. Lee AY, Kamphuisen PW, Meyer G. Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients With Active Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015 Aug 18;314(7):677-686. doi: 10.1001/jama.2015.9243.
18. Becattini C, Agnelli G. Treatment of Venous Thromboembolism With New Anticoagulant Agents. J Am Coll Cardiol. 2016 Apr 26;67(16):1941-55. doi: 10.1016/j.jacc.2016.01.072.
19. Vedantham S. Treating infrainguinal deep venous thrombosis. Tech Vasc Interv Radiol. 2014 Jun; 17(2): 103–108. doi: 10.1053/j.tvir.2014.02.007
20. Enden T, Haig Y, Kløw NE. Long-term outcome after additional catheter-directed thrombolysis versus standard treatment for acute iliofemoral deep vein thrombosis (the CaVenT study): a randomised controlled trial. Lancet. 2012 Jan 7;379(9810):31-8. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61753-4. Epub 2011 Dec 13.