

VENÖZ ÜLSERLERDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Köksal DÖNMEZ¹

GİRİŞ

Venöz ülser; venöz hastalığın hem en son evresi hem de tedavisi en zorlu ve uzun soluklu olanıdır. Venöz ülser tedavisinde medikal ve cerrahi tedavilere ek olarak, fiziki koşulların düzenlenmesi ve yaşam biçimine yönelik müdahaleler tedavinin esasını oluşturmaktadır. Ancak bu araçların hiçbiri tek başına yeterli değildir. Kombine bir bakış açısı gereklidir.

Gerek ulusal gerekse de uluslararası kılavuzlarda bu tedavi sürecinin yönetimini özel başlıklar altında toplamış ve detaylandırmışlardır. Hastalığın sürecinin uzun, tedavisinin zahmetli ve maliyetli olması nedeni ile venöz hastalığın bu sürecinin yeniden değerlendirilmesinin önemi ortadadır. Bu bölümde iki vaka üzerinden kalp ve damar cerrahisi açısından venöz ülserlerde tedavi yöntemleri tartışılacaktır.

VAKA 1

59 yaşında erkek hasta, yaklaşık 25 yıldır var olan bilateral kronik venöz hastalık ve 6 hafta önce ortaya çıkan sağ ayak bileği medial malleolünden yaklaşık 5 cm yukarıya yerleşik venöz ülser ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki bacağına yaygın trunkal venler mevcut idi. Sol bacakta ödem ve ayak bi-

leği çevresinde hiperpigmentasyon mevcuttu. Sol bacak CEAP 4 olarak değerlendirildi. Sağ bacakta ise yaklaşık 5 cm² büyüklüğünde aktif venöz ülser ve yaygın trunkal venler mevcuttu. Hastada tibia alt ½'sine uzanan renk değişikliği izleniyordu. Sağ bacak lezyonu CEAP 6 olarak değerlendirildi. Her iki bacakta distal nabazanlar el ile kuvvetli açıktı.

Hastanın yapılan doppler USG'sinde sol bacakta safen ven çapı diz seviyesinde 5 mm, kasık seviyesinde ise 9 mm izlendi. Safenofemoral bileşkede 0,5 saniyeden kısa süreli reflü mevcuttu. Sağ bacakta ise safen ven çapı diz seviyesinde 8 mm ve kasık seviyesinde 14 mm olarak izlendi. Safenofemoral bileşkede sürekli reflü mevcuttu.

Hastaya sağ bacak için endovenöz lazer ablasyon ve çok sayıda pake eksizyonu planlandı. Postoperatif dönemde Class 2 kasığa kadar kompresyon çorabı ve diosmin+hesperidin ve pentoksilin medikasyonu başlandı. Operasyon sonrası skleroterapi ile yüzeysel variközitelere müdahale edildi. Altı hafta içinde venöz ülser alanı hızla azalarak skarlaştı.

VAKA 2

38 yaşında erkek hastanın yedi yıl önce geçirdiği trafik kazası sonrası sağ tibia parçalı kırığı ve femur kırığı olmuş. Kaza sonrası uzun süre immobil kalmış. Sonrasında ise sağ bacağına variköz

¹ Uzm. Dr. Köksal DÖNMEZ, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Bölümü, kdonmezus@yahoo.com

İntermittan pnömotik kompresyon sistemleri, diğer tedavi metotlarından beklenen faydayı göremeyen hastalar için uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle, hastalar mümkün olduğunca kompresyon tedavisine ek olarak bu sistemleri kullanmalıdırlar.

HASTA EĞİTİMİ

Düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmak, özellikle ambulatuar venöz basıncı azaltacağı için faydalı olacaktır. Baldır kas gruplarının güçlendirilmesi, uzun süre sabit bir şekilde ayakta veya oturur pozisyonda kalınmaması önemlidir. Ayak pompa ve baldır kas pompa fonksiyonunu azaltan yüksek topuklu ayakkabılardan kaçınmak gereklidir. Bir başka önemli faktör ise hastanın aşırı kilodan kaçınmasını ve kilo vermesini sağlamak olacaktır. Aşırı kilonun önemli bir risk faktörü olduğu detaylı bir şekilde anlatılmalıdır.

YARA BAKIMI

Yara bakımında çok çeşitli materyaller denenmiş olmasına rağmen birbirlerine belirgin bir üstünlükleri bulunamamıştır. Bakteriyel kolonizasyon azaltılması için düzenli pansuman yapılması, çevre dokuların maserasyonunun engellenerek ülser sınırlarının genişlemesinin önlenmesi gereklidir. Çinko içeren ajanlar, epitelizan-skatrizan kremler yara iyileşmesinin kolaylaştırılması için kullanılabilir. Bu tedavilerin hepsinde kompresyon ana unsur olmalıdır.

Sonuç

Venöz ülser, kişilerin yaşam kalitesini ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkileyen bir durumdur. Gerek sebep olduğu iş gücü kaybı, gerekse de tedavi sürecinin yol açtığı yüksek maliyetlerden ötürü önemli bir ekonomik sorundur. Tedavi sürecinin uzun ve komplike olması, seçeneklerin hastaya özel olarak değerlendirilmesi gerekliliği nedeni ile zorlu bir süreçtir. Bu nedenle venöz ülseri bir süreç olarak değerlendirebilmek ve bütüncül olarak yaklaşmak gereklidir.

KAYNAKLAR

1. O'Donnell, T. F., Passman, M. A., Marston, W. A., et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery*. 2014;60(2): 3S-59S. doi:10.1016/j.jvs.2014.04.049
2. Tatsioni A, Balk E, O'Donnell TF Jr, Lau J. Usual care in the management of chronic wounds: A review of the recent literature. *J Am Coll Surg* 2007;205:617-24.
3. Wittens C., Davies A.H., Bækgaard N., et al. Editor's choice – Management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015; 49: 678-737
4. Graninger W, Wenisch C. Pentoxifylline in severe inflammatory response syndrome. *J Cardiovasc Pharmacol*, 1995. 25 Suppl 2: p. S134-8.
5. Jull AB, Arroll B, Parag V, et al. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12: CD001733.
6. Dale JJ, Ruckley CV, Harper DR, et al. Randomised, double blind placebo controlled trial of pentoxifylline in the treatment of venous leg ulcers. *Br Med J* 1999;319:875-8.
7. Falanga V, Fujitani RM, Diaz C, et al. Systemic treatment of venous leg ulcers with high doses of pentoxifylline: efficacy in a randomized, placebo-controlled trial. *Wound Repair Regen* 1999;7:208-13.
8. Ramelet, A.A., Pharmacologic aspects of a phlebotropic drug in CVI-associated edema. *Angiology*, 2000. 51(1): p. 19-23.
9. Takase, S., et al., Venous hypertension, inflammation and valve remodeling. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2004. 28(5): p. 484-93.
10. Coleridge-Smith P, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30: 198-208.
11. Gohel MS, Davies AH. Pharmacological agents in the treatment of venous disease: an update of the available evidence. *Curr Vasc Pharmacol* 2009;7:303-8.
12. Mannello F, Medda V, Ligi D, Raffetto JD. Glycosaminoglycan sulodexide inhibition of MMP-9 gelatinase secretion and activity: possible pharmacological role against collagen degradation in vascular chronic diseases. *Curr Vasc Pharmacol* 2013; 11:354-65.
13. Apollonio A, Antignani PL, Di Salvo M, et al. A large Italian observational multicentre study on vascular ulcers of the lower limbs (Studio Ulcere Vascolari). *Int Wound J*. 2016;13(1):27-34. doi:10.1111/iwj.12216
14. Barwell JR, Davies CE, Deacon J, et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;363(9424):1854-1859. doi:10.1016/S0140-6736(04)16353-8
15. Gohel MS, Heatley F, Liu X, et al. Early versus deferred endovenous ablation of superficial venous reflux in patients with venous ulceration: the EVRA RCT. *Health Technol Assess* 2019;23(24).
16. Chan SSJ, Yap CJQ, Tan SG et al. The utility of endovenous

cyanoacrylate glue ablation for incompetent saphenous veins in the setting of venous leg ulcers [published online ahead of print, 2020 Mar 20]. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;S2213-333X(20)30100-1. doi:10.1016/j.jvsv.2020.01.013

17. Howard JK, Slim FJ, Wakely MC, et al. Recanalisation and ulcer recurrence rates following ultrasound-guided foam sclerotherapy. *Phlebology.* 2016;31(7):506-513. doi:10.1177/0268355515598450
18. Zamboni P, Cisno C, Marchetti F, et al. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers vs. compression treatment: a randomized clinical trial [published correction appears in *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2003 Sep;26(3):337-8]. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2003;25(4):313-318. doi:10.1053/ejvs.2002.1871