

AİLE HEKİMLİĞİNDE KRONİK VENÖZ YETMEZLİK YÖNETİMİ

Vedat BAKUY¹

GİRİŞ

Kronik venöz yetmezlik (KVY), uzun dönemde yaşam kalitesini etkileyen, morfolojik (venöz dilatasyon vb.) ve fonksiyonel patolojileri (venöz reflü vb.) içeren geniş bir spekturumu tanımlar. Telenjektazi ve variköz dilatasyonlardan, kronik deri değişiklikleri ve ülsera kadar değişen çok çeşitli klinik bulguları içerebilir, semptomatik ya da asemptomatik olabilir. Yüksek prevalansı, tanı ve takiplerinde önemli miktarda maliyet nedeni olması ve işgücü ile yaşam kalitesi kaybı nedeniyle toplum sağlığı için önemli bir klinik tablodur (1,2).

PATOFİZYOLOJİ

Kas pompa fonksiyon bozukluğu ve koaptasyonu bozulmuş venöz kapaklar (yetersizlik-reflü) ile venöz tromboz ve tıkanıklık, venlerin genişlemesi, cilt değişiklikleri, venöz ülser gibi bir dizi anatomik, fizyolojik ve histolojik sonuçları meydana getiren yüksek venöz basıncın (venöz hipertansiyon), artan kapiller geçirgenliğin nedenleridir. Bir hastanın ekstrasvasküler alanda makro-moleküller ve hemosederin birikmesi gibi hafif bir formundan ödem, venöz dermatit ve egzema, lipodermatosklerozis, pigmentasyon artışı ve venöz ülsera kadar daha ileri bir formuna ilerlemesini belirleyen faktör mikrosirkülasyonda yani kapiller yatakta olan değişikliklerdir (3).

Kronik venöz yetmezliği primer ve sekonder olarak ikiye ayırmak mümkündür. Etiyolojik

açıdan herhangi bir neden yok ve ven duvarının elastikiyetinde bozulma veya kapak yapısında bir defekt KVY'den sorumlu ise primer valvüler yetmezlik olarak tanımlanır.

Sekonder yetmezliğin en sık sebebi ise derin ven trombozudur. Tromboza bağlı olarak gelişen fibröz doku kapaklarda ve ven duvarında hasara neden olarak yetmezlik oluşturur. Bu durum "Postrombotik sendrom" olarak tanımlanır.

EPİDEMİYOLOJİ

Toplumun yaklaşık % 50'sinde kronik ven bozuklukları görülebilmekle birlikte farklı ülke ve coğrafi bölgelerde prevalans değişmektedir (4). Epidemiyolojik çalışmalar genel olarak venöz yetmezliğin görünür belirtileri bulunan alt gruplara odaklanır. Çalışma popülasyonları genellikle hafif venöz dilatasyonlar (telenjektaziler, retiküler venler), venöz reflü olan veya olmayan komplike olmamış variköz venler veya uzun süredir devam eden venöz yetmezlik (yani, cilt değişiklikleri, venöz ülser) ile sınırlıdır.

Her ne kadar bu şekilde sınıflandırmak uygun olsa da, bu alt grupların tek bir patolojinin spekturumunda değişen hastalık şiddeti seviyelerini temsil ettiğini hatırlamak önemlidir; ilerlemeye neden olan risk faktörleri de aynıdır. Semptomlar ve venöz hastalığın klinik bulguları, dupleks ultrasonografi ile tanımlanan venöz reflünün ciddiyeti ile koreledir.

¹ Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi ABD, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, vedatbakuy@yahoo.com

esastır. Semptomları olan çoğu hasta için başlangıç tedavisi konservatif ve bacak yükseltme, egzersiz ve kompresyon tedavisini içerir.

Konservatif tedaviye rağmen devam eden semptomları (ağrı, hirsutizm, şişme) ve venöz hastalığın belirtileri (telanjektaziler, retiküler venler, variköz venler, cilt değişiklikleri, ülser) olan hastaların semptomlarının nedeni olarak venöz reflü ultrasonografik olarak gösterilmiş ise bu hastalar venöz ablasyon tedavisi adaylarıdır. Tedavinin hedefleri semptomların kaybolması ve görünümlerin düzelmesidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik venöz yetmezlik, variköz venler, varis tedavisi

Kaynakça

1. Głowiczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, et al. 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: 2-48.
2. Wittens C, Davies AH, 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.
3. O'Donnell TF Jr, Passman MA. Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery (SVS) and the American Venous Forum (AVF)--Management of venous leg ulcers. Introduction. *J Vasc Surg.* 2014; 60: 1-2.
4. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53: 149-153.
5. Chiesa R, Marrone EM, Limoni C, et al. Chronic venous disorders: correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *J Vasc Surg.* 2007; 46: 322-330.
6. Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, et al. Lifestyle factors and the risk of varicose veins: Edinburgh Vein Study. *J Clin Epidemiol.* 2003; 56: 171-179.
7. Dua A, Heller JA. Advanced Chronic Venous Insufficiency. *Vasc Endovascular Surg.* 2017; 51: 12-15.
8. Vlainac HD, Radak DJ, Marinkovic JM, et al. Risk factors for chronic venous disease. *Phlebology.* 2012; 27:416-422.
9. Kahn SR, Ginsberg JS. Relationship between deep venous thrombosis and the postthrombotic syndrome. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 17-26.
10. Cornu-Thenard A, Boivin P, Baud JM, et al. Importance of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994; 20: 318-326.
11. Sadick NS. Predisposing factors of varicose and telangiectatic leg veins. *J Dermatol Surg Oncol.* 1992; 18: 883-886.
12. Kostas TI, Ioannou CV, Drygiannakis I, et al. Chronic venous disease progression and modification of predisposing factors. *J Vasc Surg* 2010; 51: 900-907.
13. Eklof B, Rutherford R, Bergan J, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; 40:1248-1252.
14. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, et al. 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; 31:83.
15. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg* 1995; 21:635.
16. Labropoulos N, Tiongson J, Pryor L, et al. Definition of venous reflux in lower-extremity veins. *J Vasc Surg* 2003; 38:793.
17. van den Bos R, Arends L, Kockaert M, et al. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: a meta-analysis. *J Vasc Surg* 2009; 49:230.
18. Van Den Bos RR, Neumann M, De Roos KP, et al. Endovenous laser ablation-induced complications: review of the literature and new cases. *Dermatol Surg* 2009; 35:1206.
19. Nesbitt C, Bedenis R, Bhattacharya V, et al. Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus open surgery for great saphenous vein varices. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD005624.