

Alt Ekstremitte Varislerinin Polidokanol ile Skleroterapisi

Dr.Ömer Soysal¹, Dr.Metin Gülcüler*, Dr.Hasan Berat Cihan*, Dr.Erdal Ege*, Dr.Öner Gülcan*,
Dr.Hasan Özdemir*, Dr.Abdulsamet Hazar*, Dr.Mustafa Paç*

Alt ekstremitte varisleri toplumda sık görülür. Bu varislerin tedavisi konservatif veya cerrahidir. Uygun vakalarda skleroterapi uygulanabilir. Skleroterapi steril kimyasal flebit oluşturarak damar duvarını yapıştırır ve rezorbe olmasını sağlayarak varikoziteleri tedavi eder.

Biz 25 olguya poliklinik şartlarında Polidokanol ile skleroterapi uyguladık. İşlem sonunda tüm varikoziteler ortadan kalktı ve majör komplikasyon görülmedi. İşlem kısa sürede tamamlandı ve maliyeti diğer tedavi yöntemlerinden ucuzdu. Bakılan biyokimyasal parametrelerde tedavi öncesi ve sonrası istatistiksel anlamlı fark görülmedi.

Bu çalışma sonucu alt ekstremitte varislerinin polidokanol ile skleroterapisinin cerrahiye alternatif, uygun ve güvenilir bir yöntem olduğu kanaatine vardık.

Anahtar kelimeler: Varis, Skleroterapi, Polidokanol

Treatment of lower extremity varicosities with polidocanol sclerotherapy

Lower extremity varicose veins are frequently seen in general population. It could be managed conservatively or surgically. Sclerotherapy has been shown to be effective in conservative management of varicose veins by causing chemical phlebitis and obliteration of varicosities. In 25 outpatient cases we have used sclerotherapy with polidocanol. This procedure was found to be effective in eradication of all varicosities and no significant complication was observed. The procedure was short and cost effective compared with others. There were no statistically significant difference in biochemical procedures studied. Consequently, our clinical experience suggests that treating the lower extremity varicose veins with polidocanol sclerotherapy is an effective, safe procedure and can be an alternative to surgical approaches.

Key words: Varicose veins, Sclerotherapy, Polidocanol

Varis, alt ekstremitenin yüzeyel venlerinde; genişleme, uzama, kıvrımlaşmada artma ve kapak yetersizliği ile karakterizedir. Görülme sıklığı; ırk yaş cinsiyete bağlı çok farklılık göstermekle beraber ortalama %20 civarındadır. Etiyolojide en önemli faktör ailesel

predispozisyonudur, kadınlarda ve 40 yaşın üzerinde daha sık görülür. Predispozan faktörler arasında şişmanlık, ayakta sürekli durmayı gerektiren meslekler, gebelik, alt ekstremitte travması, tifo- anjin gibi bazı enfeksiyonlar ve ven üzerine bası yapan tümör, lenfadenit gibi kitle

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Göğüs, Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

20-23 Nisan 1996'da İzmir'de yapılan VIII. Vasküler Cerrahi Kongresinde serbest bildiri olarak sunulmuştur.

oluşturan sebepler sayılabilir. Bazı kollagen ve genetik sendromlarda da varis görülebilir.

Varikoz venler ve spider venler sıklıkla semptomlarla beraberdir, bununla beraber varikozitelerin büyüklük ve sayısı ile semptomlar korole değildir. Genellikle belirtilen semptomlar; ağrı, kramp, yanma hissi, bacakta ağırlık duygusudur, bu bulgular hamilelik ve menstrel artma gösterir. Hastada ödem bulunabilir, ödem günlük hayatın sonuna doğru dikkati çeker ve elevasyonu kaybolur. Varis komplikasyonu olarak özellikle bacak 1/3 alt bölümünde, pigmentasyon ve dermatitte bulunabilir, dermatite bağlı hasta yanma hissi ve kaşıntıdan şikayet eder. Yüzeysel varisler rüptüre olabilir ve farkına varılmazsa önemli derecede kan kaybına sebep olabilir. Eski bulgular olarak; pigmentasyon değişiklikleri, deride atrofiden hipertrofiye varan değişiklikler görülebilir. Ülserasyon olmuşsa skatris ve kronik sürtünmeye ve kaşımaya bağlı likenifikasyon görülebilir (1,2,3).

Varislerin tedavisi üç ana başlık altında toplanabilir: 1- Konservatif ve medikal tedavi, 2- Cerrahi tedavi, 3- Skleroterapi

Konservatif ve medikal tedavi: Cerrahi tedavinin çeşitli sebeplerle uygulanmadığı hastalarda, ileri derecede varisi olmayanlarda veya cerrahi endikasyonu olup bu tedaviyi kabul etmeyen hastalarda uygulanır. Hastalara sürekli ayakta kalmamaları, günün belirli saatlerinde ayaklarını yukarı kaldırarak istirahat etmeleri, gün içerisinde varis çorabı giymeleri önerilir. Son yıllarda Flovonoid fraksiyonu ilaçların; venöz tonüsü arttırdıkları, lenf drenajı ve mikrosirkülasyonu düzelterek hastanın semptomlarında azalma sağladıkları bildirilmiştir (2,4,5,6).

Cerrahi tedavi: Varislere bağlı komplikasyon gelişmesi ve bazen estetik nedenlerle cerrahi uygulanır. Cerrahinin temelini sıklıkla vena safena magnanın, bazende vena safena parvanın

strippingi ve pakelerin eksizyonu oluşturur.

Skleroterapi: Çok büyük olmayan varislerin tedavisinde, bazanda cerrahi yardımcı olarak varikoz venlere sklerozan madde enjekte edilerek varisler tedavi edilebilir. Skleroterapi tartışma bölümünde detaylı olarak irdelenecektir.

MATERYAL ve METOD

Kasım 1995- Mart 1996 tarihleri arasında alt ekstremite varisleri nedeniyle polikliniğe başvuran 13 bayan, 12 erkek toplam 25 vakaya skleroterapi uygulandı. Vakaların; yaşları 19-50 (ortalama: 31.4)arası, skleroterapi uygulanan segment uzunlukları 5-10 (ortalama 7.2) cm, segment çapları 0.1-1.5 (ortalama 0.75)cm idi. Vakaların birden fazla varikozitesi varsa, her bir varikozite için ayrı seans uygulandı. 25 vakaya toplam 60 seans (ortalama 2.4 seans/vaka) uygulanması gerekti (Tablo 1). Tüm hastalara skleroterapi öncesi ve skleroterapiden 2 gün sonra kan biyokimyasına bakıldı (Tablo 2).

Teknik: Ven lokalizasyonuna göre hastaya pozisyon verildi, 27G enjektör iğnesi ile damara girildi ve venlerdeki kan miktarı elevasyon ile azaltıldı. Varikozitelerin büyüklüğüne göre 0.2-4 cc (ortalama 2.2 cc) %2 polidokanol enjeksiyonu ile skleroterapi yapıldı. Skleroterapi uygulanan bölgeye gazlı bez minik petler ile kompresyon yapıldı. Elastik bandaj ile enjeksiyon bölgesi ve distali sıkıca sarıldı. Hastalar derin venlere geçen sklerozan ajanların dolaşıma katılmasını sağlamak amacıyla 2 saat süre ile yürütüldü. Varikozitenin büyüklüğüne göre 8-12 saat elastik bandajı çıkartmaması önerildi. Tekrar başka bir seans uygulanacaksa 24 saatlik aradan sonra uygulandı. Hastalar tüm seansların bitiminden 2 gün, 1 hafta ve 1 ay sonra kontrole çağırıldı.

Tablo 2: Bakılan labratuvar parametreleri

| |
|------------|
| BUN |
| Kreatin |
| SGOT |
| SGPT |
| LDH |
| Bilirubin |
| Hemoglobin |
| Hematokrit |
| Beyaz küre |

Tablo 1: Vaka başına yapılan seans sayısı

| Vaka sayısı | Seans sayısı | Toplam seans |
|-------------|--------------|--------------|
| 4 | 1 | 4 |
| 11 | 2 | 22 |
| 6 | 3 | 18 |
| 4 | 4 | 16 |
| 25 | TOPLAM | 60 |

Tablo 3: Skleroterapide kullanılan bazı ajanlar

1. DETERJANLAR (**Polidocanol**, Sodium tetradecyl sulfate, Ethanolamine oleate, Morrhuate sodium)
2. HİPEROSMOTİK AJANLAR (Hipertonik salin, Glukoz)
3. AĞIR METALLER
4. TUZLAR
5. ASİTLER
6. BAZLAR
7. ALKOL

Hastaların tümünde variköz venler ortadan kalktı, bakılan biyokimyasal parametrelerde işlem öncesi ve sonrası istatistiksel anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). İşlemler poliklinikte her seans için yaklaşık 10 dakikalık bir zaman aldı ve hastaların hayatlarında hiçbir kısıtlama önerilmedi.

Üç hastada analjezik kullanmayı gerektiren 7-8 saat süreli lokalize ağrısı oldu. Bir hastada lokalize allerjik reaksiyon oldu, 24 saat sonraki kontrolde reaksiyonun kaybolduğu görüldü. Altı hastada lokalize hiperpigmentasyon gelişti, takiplerde pigmentasyonun azaldığı gözlemlendi. Beş hastada enjeksiyon bölgesinde trombüs oluştu, takiplerde trombüslerin kaybolduğu veya küçüldüğü görüldü. Majör komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

Skleroterapi; varikoz, telenjektatik veya "spider" venlerin tedavisinde kullanılır. Tedavi ile venlerin yok olması venöz dönüşte bozukluk oluşturmaz, zira kollateral süperfisyal venler ve derin venöz sistem skleroterapi uygulanan venleri telafi eder (7). Skleroterapi 0.2 mm den 2 cm çapa kadar tüm venlere uygulanabilir, sınırlayıcı faktör sadece telenjektazilerin tedavisinde kullanılan iğnenin numarasıdır, mevcut en küçük iğne 33G (0.2mm)dir. (3).

Kontrendikasyonlar: Skleroterapi, hamilelik sırasında kontrendikedir. Sklerozan ajanların insanlardaki teratojenik etkileri bilinmemektedir, ayrıca doğum sonrası varislerde küçülme görülür. Emziren annelerde de skleroterapi uygulanmamalıdır. Skleroterapinin diğer kontrendike olduğu durumlar; üst solunum yolu

enfeksiyonu olanlar, diabetikler, aşırı şişmanlar, kardiyovasküler sistem bozukluğu olanlar, venöz tromboza meyilli olanlar veya venöz tromboz hikayesi olan hastalardır. İşlem sonrası yürüyemeyecek kadar düşükün hastalar tedavi edilmez bunun sebebi, sklerozanların çoğunun derin venöz sisteme geçmesi ve tembel venöz dönüşü olan bu hastalarda derin ven trombozu olma riskidir. Ayrıca sklerozan veya koruyucu maddelere hipersensivitesi olanlara uygulanmaz. Safenofemoral veya safenopopliteal yetmezliği olanlarda operasyon ile tedavi edilmelidir (2,3).

Mekanizma: Skleroterapi enjeksiyonu ile solusyon steril kimyasal flebit yaparak, endotelial ve subendotelial injüri oluşturup istenmeyen damarları yok eder (8). Skleroterapi amacıyla çeşitli ajanlar kullanılmaktadır (Tablo 3). Enjeksiyondan sonra trombüs oluşumunu önlemek için ekstremitenin derhal elevasyonu ve kompresyonu ile ven içindeki kan miktarı minimize edilir. Bununla beraber trombüs formasyonu emboliyi sıklıkla takip eder ancak emboli nadirdir, bunun sebebi pıhtının ven duvarına sıkı bir şekilde yapışması ve varikozitelerin anatomik lokalizasyonudur. Trombüs sıklıkla; günler, haftalar veya aylar içinde rezorbe olur. Nadiren büyük varikoziteler tam rezorbe olmadan önce rekanalize olabilir, rekanalize ven genellikle orjinal venden küçüktür (3).

İstenmeyen etkiler ve komplikasyonlar: Skleroterapi ile istenmeyen etkiler olabilir. Bunlar ödem, ağrı, deride hiperpigmentasyon, lokalize ürtiker, papüller ve follikülitir. Pekçoğu kendiliğinden iyileşir. Nadir komplikasyonlar; sistemik allerjik reaksiyonlar, derin venöz trombozu, pulmoner emboli, tromboflebit ve deri nekrozudur (9,10,11).

Alt ekstremitte varislerinin polidokanol ile skleroterapisi etkin, güvenilir ve hasta yaşamında kısıtlama gerektirmeyen konforlu bir tedavi yöntemidir. Poliklinik şartlarında yapılması, yatak işgal etmemesi ve ucuz olması nedeniyle uygun vakalarda alt ekstremitte varislerinin tedavisinde cerrahiye iyi bir alternatiftir.

KAYNAKLAR

1. Yayıncıoğlu A, Arıbalı D, Tatlıcıoğlu E. Cerrahi Damar Hastalıkları; 2. Baskı. Ankara: Semih ofset matbacılık
2. Nordestgaard A G, Williams R A. Varicose Veins: Wilson S E, Veith F J, Hobson R W, Williams R A, (editors). Vascular Surgery. New York: McGraw-Hill, 1987: 711-22
3. Green D. Sclerotherapy for Varicose and Telangiectatic Veins. Am Fam Phy 1992; 46(3): 827-37
4. Barbe R. Pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy of Daflon. Phlebology 1992; 7(2): 41-44
5. Cotonat A. Lymphagogue and pulsatile activities of Daflon on ceme thoracic lymph duct. Int Angiol 1989; 8(4): 15-18
6. Allegra C. An original hemorrhheological approach using intracapillary hematocrit; pharmacological effects on skin mikrocirculation exchanges. Int J Mikrocirc Clin Exp 1994; 14(1): 82
7. Ludbrook J. Valvular defect in primary varicose veins: cause or effect? Lancet 1963; 2 (7321): 1289-92
8. Bodian E L. Sclerotherapy. Semin Dermatol 1987; & 238-48
9. Goldman M P, Kaplan R P, Duffy D M. Postsclerotherapy hyperpigmentation: a histologic evaluation. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 547-50
10. Goldman M P. Sclerotherapy: treatment of varicose and telangiectatic leg veins. St. Louis: Mosby Goldman M P. Sclerotherapy: treatment of varicose and telangiectatic leg veins. St. Louis: Mosby ear Book, 1991
11. Weiss R A, Weis M A. Incidence of side effects in the treatment of telangiectasias by compression sclerotherapy: hypertonic saline vs. Polidocanol. J Dermatol Surg Oncol 1990; 16: 800-4

Yazışma adresi:

Yrd.Doç.Dr.Ömer Soysal
Turgut Özal Tıp Merkezi
G.K.D.C. Anabilim Dalı
Malatya

Tel: 0 (422) 3239803

Fax: 0 (422) 3249963