

Kronik Venöz Ülser Cerrahi Tedavisi ve Sonuçları

Kâmuran Erk, Ferişt Kolbakır, Tahsin Keçelilil, Mahmut Yılman

19 Mayıs Üniversitesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET

Kronik venöz staz bacak alt kısmında ödem, pigmentasyon, dermatitis, indurasyon, sellülitis veya ülserle karakterize olan venöz dolaşım sisteminin bir hastalığıdır. Venöz yetmezliği olan hastada patofizyolojik anormallikler valvüler yetmezlik, venöz kan akımının engellenmesi ve baldır kaslarının birincil veya ikincil yetmezliklerinden ötürü olmaktadır. Venöz yetmezliğin en önemli nedeni derin venlerden yüzeyle olan ters akımdır.

Kliniğimize Ocak 1986-Aralık 1992 tarihleri arasında başvuran 30 venöz ülserli hasta tedavi amacıyla yatırıldı. Tüm hastalarda venöz ülser cilt grefti kondu. Her iki bacak kompresyon uygulamaksızın eleve edildi. 18 hastaya ek olarak subfasial ligasyon (Linton flap ameliyatı) yapıldı. Olguların 6 ay-6 yıl ortalama 45.6 ± 14.8 ay ve 6.2 ± 2.7 kez takip edildi. Subfasial ligasyon uygulanan hastalarda daha iyi palpasyon sağlandığı gözlemlendi.

SUMMARY

Results of the Surgical Therapy of Chronic Venous Ulcus

Chronic venous stasis is evidenced by edema, pigmentation, dermatitis, induration, cellulitis or ulcer around the lower portion of the legs. Venous valvular incompetence outflow obstruction and primary or secondary calf muscle failure are the underlying pathophysiological abnormalities in patients with venous insufficiency. In particular, deep venous reflux has been incriminated as an important cause venous insufficiency.

Between January 1986-December 1992, 30 patients with venous ulcers were hospitalized in our institution. All of them were implanted the skin graft. Both cruses of them were taken elevation without compression. 18 of them were taken elevation without taking compression. 18 of them were performed on subfacial ligation prosedure (Linton flap operation). The patients were followed 45.6 ± 4.8 months and 6.2 ± 2.7 times. It was seen than subfacial ligation procedure could provide long term and better palliation.

GİRİŞ

Kronik venöz staz (postflebitik sendrom, kronik venöz yetmezlik); krus alt yarısında ödem, pigmentasyon, dertamitis, endurasyon, sellülitis veya iyileşip, açılan yaralara neden olur. Bu hastalar çoğu kez dermatoloji, ortopedi, plastik cerrahi bazen de vasküler cerrahi kliniklere başvururlar. Hastalara yatırılıp bacak elevasyonu uygulandığında venöz drenaj rahatladığından süratle iyileşmeler görülür. Ancak, derin

venöz sistemden olan ters akım geriye kaçış (reflux) düzeltilmediği takdirde hastanın ayağa kalkmasından bir süre sonra yeniden ülserler ortaya çıkar. Bu amaçla günümüzde kronik venöz ülserin seçilebilecek tek tedavi metodunun subfasial ligasyon eşliğinde safenektomi ve greft implantasyonu olduğu vurgulanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama

ve Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Servisinde Ocak 1986-Aralık 1992 yılları arasında venöz ülser tanısıyla 30 hasta yatırılarak tedaviye alındı. Tanı hasta öyküleri ve klinik ve radyolojik bulgularıyla kondu. Kliniğe yatırılan hastalara protokol olarak, önce yara pansumanları yapıldı. Yara, cilt grefti uygulamasıyla kapatılacak duruma geldiğinde venöz ülserle split tiknes cilt grefti konuldu. İyileşmeyi takiben subfasial ligasyon ameliyatına alınan 18 olguda (grup 1) safen ven strippingi ve pake eksizyonları yapıldı. Bacak seviyesinde medial ve lateral perforan venler bulundu ve ligate edildi. Tüm alt ekstremité Trendelenburg pozisyonunda distalden proksimale doğru elastik bandaj ile komprese edildi. Servise alındıktan sonra alt ekstremitéye elevasyon uygulandı. Yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra elastik bandaj veya kompresyon çorap kullanması önerilerek klinikten çıkarıldılar. 6 aylık aralıklarla düzenli olarak kontrole gelmeleri istendi. Hastaların 6-72 aylık takipleri değerlendirmeye alındı.

SONUÇLAR

Hastaların tümü (30) erkek, yaş ortalaması 47.5 ± 11.7 (60) dır. Hastaların hastanemize başvuru öncesindeki ağırlıklı takibinin 11 (% 37)'inde dermatoloji, 9 (% 30)'unda ortopedi, 7 (% 23)'ü damar cerrahisi ve 3 (% 10)'u genel cerrahi uzmanları tarafından yapıldığı saptandı. Kronik venöz yetmezlik öyküleri ortalama 13.5 ± 10.4 (SD) yıldır mevcuttu.

Venöz ülserlerinin ilk çıkışları ortalama 69.2 ± 75.6 (SD) ay öncesine uzanmaktaydı. Tüm bu hastalar tedavi amacıyla değişik kliniklerde yatırıldıklarını mevcut yaralarının kapandığını, ancak kısa süre sonra aynı yaraların yeniden oluştuğunu ifade ettiler.

Yaralardan alınan örneklerin kültürleri ve bakteriyolojik incelemelerinde 13 (% 43)'ünde stafilokok, 8 (% 27)'inde Pseudomonas, 6 (% 20)'inde Enterobakter, 1 (% 3)'inde Yersinia pseudotuberculosis üredi. İkisinde (% 7) ise üreme olmadı. Venöz ülser gelişimi 8 (% 60)'unda unilater al ve 12 (% 40)'unda bilateral lokalizasyon gös-

termekteydi.

Tedavi amacıyla ek olarak safen ven strippingi, pake eksizyonu, perforan ven ligasyonu yapılan 18 olgu ile sadece cilt greftlemesi yapılan 12 olgunun (grup 2) her kontrolde yakınmaların ne durumda olduğu sorularak alınan yanıtlar değerlendirildi. I. gruptaki hastaların 10 (% 56)'sı tedavi sonucundan memnun olduğu 4 (% 22)'si şu andaki şikayetlerinin devam ettiği ve düzelmenin olmadığı, 2. gruptaki hastaların 5 (% 41)'i tedavi sonucundan memnun olduğu 2 (% 17)'si şu andaki şikayetlerinin azaldığı ve halinden yakınmadığını ve 5 (% 41)'i ise, yakınmalarının devam ettiği ve düzelmenin olmadığı doğrultusunda idi.

TARTIŞMA

Kronik venöz ülser, ven valvüllerindeki yetmezlik, venöz kan akımının rahat, tam olmayışı ve baldır kaslarının primer veya sekonder yetersizliğe bağlı "kas pompası" mekanizmasının iyi işleyemeyişi sonucu ortaya çıkar. Ancak, en önemli faktör komminikan (perforan) venöz valvüler yetmezlik ve derin venlerden olan ters akımdır (1, 4). Venlerden ekstrasvazasyonla kaslar arası kompartmanlar görülür. Ödem, pigmentasyon, dermatitis, endurasyon ve sellülitis şeklindeki belirtilere bir süre sonra deriden sıvı sızıntıları eşlik eder. Mikroorganizmaların üremelerine uygun bu ortamda sekonder enfeksiyonla yaralar açılır ve genişler.

Hastalar kliniğe yatırıldığında venöz drenajın daha rahatlamasına ve bunun sonucu stazın azalmasına bağlı iyileşmeler görülür. Ancak, derin venöz sistemden yüzeye olan ters akım durdurulamadığı takdirde hastanın ayağa kalkmasıyla belirtiler yeniden ortaya çıkar.

Rahatsızlık, esas sebep göz ardı edildiğinde multidisipliner gibi görünmektedir. Bu nedenle, hemen tüm hastalar çeşitli kliniklerde tedavi gördükleri şeklinde bir öykü verirler. Venöz ülserasyon prevalansı (ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışma yoktur) yüzde 0.5-1.0 olarak saptanmıştır (5, 8). Buna karşın vasküler cerrahi kliniklerine baş vuran hasta sayısı oldukça azdır.

Kommunikan venlerin valvüler yetmezliği çeşitli nedenle olmaktadır. Wilson ve arkadaşları (2, 9) büyük bir çoğunlukla (% 95) post-trombotik olduğu görüşündedirler. Homans (10) post-trombotik dönemde, rekanalizasyon sırasında valvüllerin bozulduğunu bildirmiştir. Diğer taraftan primer derin valvül yetmezliğinin daha sık olduğu görüşünde olanlar da vardır (11, 12).

Staz nedeniyle ortaya çıkan ağrılardan ötrü hastalar daha az hareket ederler. Böylece venöz akımda etkili "kas pompası" mekanizması devre dışı kalır. Akımın azalması ise şikayetlerin daha çok artmasına neden olur. Bu kısır döngü ancak bacak elevasyonu ve cerrahi tedaviyle kırılabilir.

Genellikle tanı hasta öyküsü ve klinik bulgularla konur. Gerekğinde yapılacak flebografide kommunikan venlerden ters akım ve baldır kaslarının pompa etkisi görülür. Bu büyümüş, dilate olmuş, valvuler yetmezliği olan venler Doppler ultrasonografi ile (13) ve de doğal olarak ameliyat sırasında saptanabilirler.

Küçük yaralar yatak istirahati, bacak elevasyonu, yarabakımı, elastik bandajla iyileşebilir. Rahatsızlığın aşırı olmadığı durumlarda safenektomi, yaranın deri greftiyle kapatılması tedavi için yeterli olabilir. İlerlemiş olgularda subfasial ligasyon (Linton flap ameliyatı) (14) küratif olmamakla beraber uzun süreli palyasyon hatta bazen fevkalade sonuçlar sağlar. Ancak, % 13-24 arasında nüksleri görülebilir (15, 16).

Cockett (17) Dodd ve arkadaşları (18) biraz daha az radikal posterior arkus venine drene olan üç sabit kommunikan venin ekstrasfasial ligasyonunu önerdiler. Nielubowicz ve Szostek (15) nükslere, kommunikan venlerin ilk ameliyat sırasında yeterince dikkatlice araştırılıp bağlanması veya ameliyat sırasında tromboze olup da sonradan rekanalizasyonunun neden olduğu görüşündedirler.

Derin venlerden ters akımın düzeltilmesi amacıyla son yıllarda uygulanan venöz valvüllerin düzeltilmesine yönelik çalışmaların geçmişi oldukça eskidir. Carrel ve Guthrie (19), 1906'da

deney hayvanlarında valvüllü venöz segmentin transplantasyonunu yaptılar. 1953'de Eiseman ve Mallette (20) köpeklerde yaptıkları venöz valvüler rekonstrüksiyon yöntemini yayınladılar. 1979'da Kirstner (21) valv transpozisyon tekniğini, 1982 de Taheri ve arkadaşları (22) ilk valv transplantasyonu klinik uygulamasını yayınladılar. Seksenli yılların ortalarından bu yana homogreft, xenogreft ve prostetik materyalle çeşitli valv rekonstrüksiyon ve replasmanı yöntemleri uygulandı ve bu yöndeki çalışmalar devam etmektedir.

Kronik venöz ülser cerrahi tedavisinde subfasial perforan venlerin bağlanarak venöz reflünün önlenmesi, tedavinin temel prensibidir. Kliniğimizde bu prensiple hareket ederek cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarda tatminkar palyasyon sağlandı.

KAYNAKLAR

1. Homans J: The etiology and treatment of varicose ulcer of the leg. Surg Gynecol Obstet 22: 300-11, 1917.
2. Luke JC: The diagnosis of chronic enlargement of the leg. Surg Gynecol Obstet 73: 472-80, 1941.
3. Bauer G: The etiology of leg ulcers and treatment by resection of the popliteal vein. J Int Chir 8: 937-61, 1948.
4. Dodd H, Cockett FB: The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower limb. 1st ed, Livingstone, Edinburg, 1956.
5. Bobek K, Cajzl L, Capela K, Slaisova V, Opatzyn K, Barcal R: Etude de la fréquence des maladies phlébologiques et de l'influence de quelques facteurs étiologiques, Phlebologie 19: 217-30, 1966.
6. Widmer LK: Peripheral Venous Disorders, Basle Study III. Hans Huber, Bern 1978.
7. Cornwall JW, Lewis JD: Leg Ulcer revisited Br. J Surg 70: 681-3, 1989.
8. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ: Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. Br Med J 290: 1855-6, 1985.
9. Wilson NM, Rutt DL, and Browne, NL: Repair and replacement of deep vein valves in the treatment of venous insufficiency, Br J Surg 78: 388-94, 1991.
10. Homans J: The late results of femoral thrombophlebitis and their treatment, N Eng J Med 235: 249-52, 1946.

11. Kirstner RL: Primary venous valve incompetence of the leg. Am J Surg 140: 218-24, 1980.
12. Erikson I, Almgren D: Surgical reconstruction of incompetent deep vein valves. Upsal J Med Sci 93: 139-43, 1988.
13. Negus D, And Friedgood A: The effective management of venous ulceration, Br J Surg 70: 623-27, 1988.
14. Linton RR: The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation. Ann Surg 107: 582-93, 1989.
15. Mielubowicz J, and Szostek M: Recurrences after Linton flap operation. J Cardiovasc Surg 20: 49-52, 1979.
16. Hyde GL, Litton CT and Hull DA: Long term results of subfacial vein ligation for venous stasis disease. Surg Gynecol Obstet 153: 683-6, 1981.
17. Cockett FB: The Pathology and treatment of venous ulcers of the leg. Br J Surg 43: 260-2, 1955.
18. Dodd H, Calo AR, Mistry M and Rushford A: Ligation of ankle communicating veins in the treatment of the venous ulcer syndrome of the leg, Lancet 2: 1249-51, 1957.
19. Carrel A, Guthrie CC: Uniterminal and biterminal venous transplantation, Surg Gynecol Obstet 2: 266-86, 1906.
20. Eiseman B, Mallette W: An operative technique for the construction of venous valves, Surg Gynecol Obstet 97: 731-4, 1953.
21. Kistner R, Sparkuhl MD: Surgery in acute and Chronic venous disease, Surgery 1979; 85: 31-41, 1979.
22. Taheri SA, Lazar L, Elias SM, Marchand P: Vein valve transplant, Surgery 91: 28-33, 1982.

Yazışma Adresi

Prof. Dr. Kâmuran ERK
PK. 8 Atakum
55200 SAMSUN