

Kronik Venöz Yetmezlikte Endoskopik Subfasiyal Perforan Ven Ligasyonu

Murat BAYAZIT*, Fuat ATALAY**, M. Kamil GÖL*, Oğuz TAŞDEMİR*, Kemal BAYAZIT*

* Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, ANKARA

** Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Kronik venöz yetmezlikte perforan ven yetmezliği sıklıkla eşlik eder. Medikal tedaviye dirençli venöz ülser olgularında subfasiyal perforan ven ligasyonu ameliyatı iyi sonuçlar vermektedir. Ancak, ameliyata

Anahtar kelimeler: Kronik venöz yetersizlik, Perforan yetersizliği, Endoskopik subfasiyal perforan ligasyonu

SUMMARY

ENDOSCOPIC LIGATION OF PERFORATING VEINS IN CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Perforating venous connection insufficiency usually accompanies chronic venous regurgitation. Subfascial perforating venous ligation operation has satisfying results in venous ulcer cases that are resistant to medical therapy, but skin complications of the operation causes long hospitalization.

Video endoscopic subfascial vein division which is a minimally invasive technique, is presented here as a satisfying alternative. subfasiyal subfasiyal

Key words: Chronic venous insufficiency, Perforating vein incompetence, Endoscopic ligation of perforating veins

GİRİŞ

Kronik venöz yetmezlik ve buna bağlı bacak ülserleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Kronik venöz yetmezlikte perforan venlerin önemi, ilk defa konusunun öncüleri olan Linton (1) ve daha sonra Cockett (2) tarafından bildirilmişlerdir. Linton'un 1938'de bildirdiği teknikle yapılan perforan ven ligasyonu operasyonları günümüzde de kullanılmaktadır. Bu operasyonun en önemli dezavantajları, uzun süre hospitalizasyon, sık görülen kesi komplikasyonları (uzun cilt insizyonu nedeni ile) ve cilt grefti gerektirmesidir. Bu komplikasyonlardan kaçınabilmek için,

ilk defa 1985'de Hauer, endoskopik teknikle perforan ven ligasyonu yapmıştır (3). Avrupa'da diğer araştırmacılar farklı tipte endoskop ve mediastinoskoplar kullanarak direkt görüş tekniği ile perforan ven ligasyonunu uygulamışlardır.

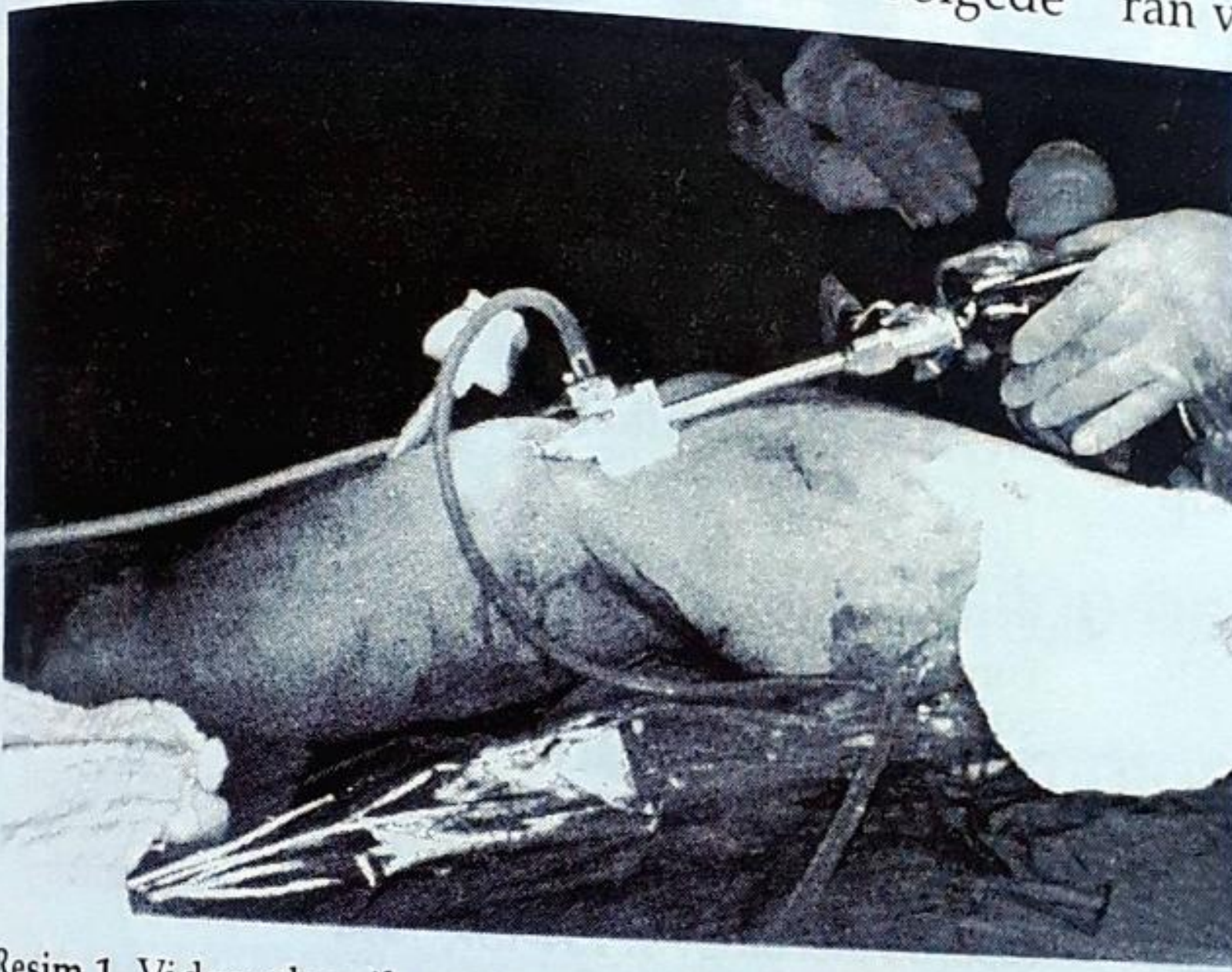
Laparoskopik enstrümanlar ile ilk kez O'Donnell (4), subfasiyal plana serum fizyolojik infüzyonu yaparak perforan ven ligasyonu yapmıştır. 1994 yılında Avusturalya'dan Conrad (5) ve 1996 yılında da Amerika'da Mayo Klinikten Gloviczki (6) karbondioksit insuflasyonu ile perforan ven ligasyonun erken sonuçlarını bildirmişlerdir. Biz de 1996 yılı Mart ayında karbondioksit insuflasyonu, laparoskopik aletler ve videoskopik sistemle

bir olgumuzda subfasial perforan ven ligasyonu uyguladık. Yazıda olgu sunumu ve cerrahi teknik irdelenmektedir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık birbuçuk yıldır sağ alt ekstremité iç malleol etrafında 3cm çapında kapanmayan ülser nedeni ile kliniğimize başvuran 28 yaşındaki erkek hasta, hikayesinde 10 yıl önce sol alt ekstremitésinden varis ameliyatı geçirdiğini ifade etmekteydi. Fizik muayenesinde Sağ alt ekstremité iç malleol etrafında ve cruris orta bölümüne kadar uzanan bölgede

lipodermatosklerozis mevcuttu. Proksimal ven belirgin olarak palpe edilebilmekte, cruris medialinde çok sayıda venöz pakeler ele gelmekte, ayrıca üç noktada perforan ven yetmezliğini gösteren fasyal defektler kolayca palpe edilmekteydi. Trandelenburg testi ile perforan venlerin yetmezliği belirgin olarak gösterildi. Duplex tekniği ile hastada derin venöz sistemin tamamen açık olduğu, ancak Grade 4 yetmezlik olduğu tespit edildi. Renkli doppler incelemede perforan venlerden yüzeyel sisteme Valsalva manevrası ile doluş gösterildi. Asendan venografi ile perforan venlerin yerleri lokalize edildi.

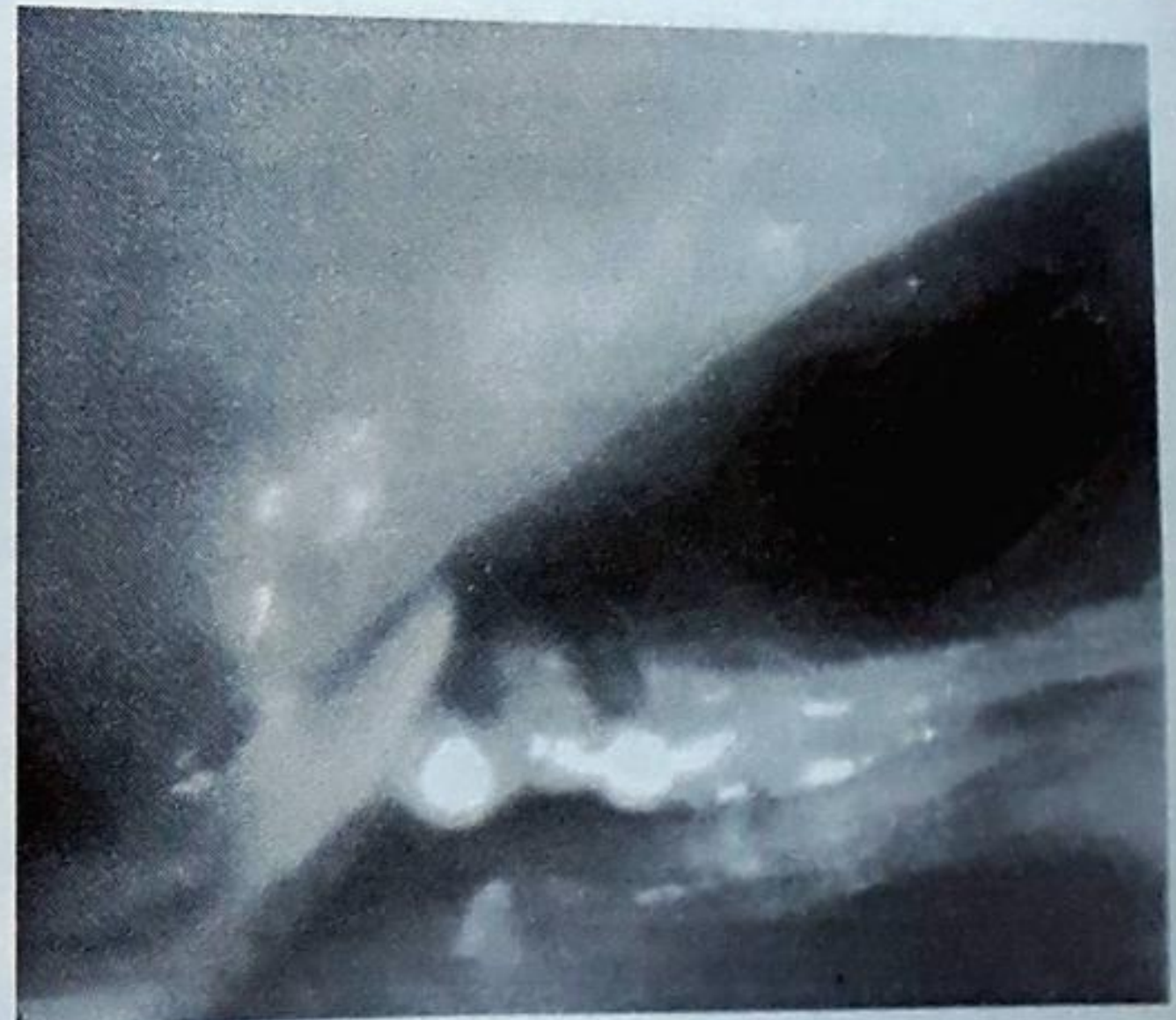


Resim 1. Video-skopik operasyonun görüntüsü

Cerrahi teknik: Genel anestezi altında sağ alt ekstremité kasıktan itibaren hazırlandı. Bacağa hafif Trandelenburg pozisyonu verildi. Esmarch bandajı ile bacadaki kan boşaltıldı. Tüberositas tibia'nın 8 cm altından baldır media yüzünde 1.5 santimetrelilik bir insizyonla cilt, cilt altı doku geçildi. Fasyada çok küçük bir insizyon yapılarak 10 mm'lik laparoskopik port fasya altına künt obturatorla ilerletildi. Buradan 30 mmHg basınçla karbondioksit insüflasyonu yapıldı. 10 mm düz kas lens kamera buradan yerleştirildi ve



Resim 2. Ciural subfasial bölge ve parlak beyaz perforan var.



Resim 3. Çift hemoklip konmuş, perforan ven kesilmek üzere

subfasiyal bölge görüntülendi. İkinci 10 mm'lik port trokar yardımı ile subfasiyal bölgeye yerleştirildi (Resim 1). Videoskopik kontrol ile, bu port aracılığı ile künt diseksiyonlarla fasiya ve adale arasında ilerletildi. Perforan venler çok kolaylıkla, parlak beyaz görüntüleriyle belirlendi (Resim 2). Perforan venler iki hemostatik klipe bağlanarak endoskopik makasla kesildi (Resim 3). Diseksiyon ayak bileğine kadar, tibia kenarından posterior orta hatta kadar götürüldü. Dört adet perforan vene divizyon yapıldı. İşlemden sonra portlar çıkarıldı. Proksimal safen vene stripping ve üç adet pake eksizyonu yapılarak işlem tamamlandı. Cilt, ciltaltı dokular uygun şekilde kapatılarak, bacak elastik bandaj ile sarıldı. Postoperatif ikinci gün hasta taburcu edildi. İki hafta sonra hastaya 40 mmHg'lık varis çorabı verildi. Postoperatif 1. yılda hastada ülser nüksü olmadı. Hasta takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Kronik venöz yetmezlikli hastaların % 10'unda ülser oluşumu ile nüksü görülmektedir (7). Krural bölgede venöz hipertansiyonun önemli nedenlerden biri, perforan venlerdeki yetmezlik sonucu derin sistemdeki basıncın yüzeysel sisteme geçmesidir. Perforan ven yetmezliği çok kolaylıkla fizik muayene, çift turnike Trandelenburg testi ile gösterilebilir. Ayırıcı tanıda fotopletismografi, renkli doppler sonografi ve asendan venografi önemlidir. Perforan ven ligasyonu ve divizyonu yaklaşık % 80 hastada ülserlerde iyileşme ve semptomlarda gerileme sağlar (7). Ancak % 20 oranında peroperatuar yara komplikasyonları olduğu ve geç dönemde yine % 20 oranında ülser nüksü olduğu bildirilmektedir (8). Endoskopik subfasiyal tekniğin en önemli avantajları, hastalıklı cilt ve ülser bölgesinde insizyon yapılmamasıdır. Mini-

mal invaziv bir teknikte tüm perforan venler bağlanmaktadır. Hastanede yatış süresi 24-48 saattir. Laparoskopik enstruman ve video sisteminin ülkemizde birçok hastanede bulunması bu cerrahi için ek bir mali yük getirmektedir. Çift port ve karbondioksit insuflasyonu ile uygulanan tekniğin daha emniyetli olması ve mükemmel görüş sağlaması nedeni ile tercih edildiğini belirtmek uygun olur.

Tekniğin Linton operasyonu yada ciddi medikal tedaviye olan üstünlüklerini gösterebilmek amacı ile çok merkezli, prospektif randomize klinik çalışmalar yapmak gereklidir. Ancak bu haliyle de bu tekniğin çok faydalı ve emniyetli olarak kabul göreceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Linton RR.; The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation. Ann Surg 107: 582-, 1938
2. Cockett FB.; The pathology and treatment of venous ulcers of the leg. Br J Surg 43: 260-, 1955
3. Hauer G.; The endoscopic subfascial division of the perforating veins. VASA 14: 59-61, 1985
4. O'Donnell TF.; Surgical treatment of incompetent communicating veins, in Bergar JJ, Kisner RL, editors, Atlas of venous surgery, Philadelphia. W.B. Saunders., 1992 pp.111-124
5. Conrad P.; Endoscopic exploration of the subfascial space of the lower leg with perforan vein interruption using laparoscopic equipment: a preliminary report. Phlebology 9: 154-157, 1994
6. Gloviczki P, Combria RA, Rhee RY, Canton LG, Mc Kusick MA.; Surgical technique and preliminary results of endoscopic subfascial division of perforating veins. J Vasc Surg. 23: 517-524, 1996
7. Cikrit DF, Nichols WK, Silver D.; Surgical management of refractory venous stasis ulceration. J Vasc Surg 7: 473-478, 1988
8. Silver D, Cikrit DF.; Operative management of perforator vein incompetence, in Rutherford RB editor, Vascular Surgery, Philadelphia. W.B. Saunders 1989, pp: 1608-1612

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Murat Bayazıt
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği
06100 Sıhhiye, ANKARA
Tel: (0 312) 310 30 80 - 1232
Faks: (0 312) 312 41 20