

TELENJEKTAZİ VE RETİKÜLER VENLERİN TEDAVİSİNDE SKLEROTERAPİ

Sclerotherapy In Telangiectasia And Reticular Veins

Sedat Özcan¹, Dilşad Amanvermez Şenarslan²

ÖZET

Venöz yetersizlik; telenjektaziler gibi basit kozmetik bozukluklardan variköz venlere ve hatta ciddi venöz yetmezlikte cilt ülserasyonlarına kadar varabilen değişik formlarda görülebilir. Çalışmanın amacı küçük çaptaki variköz venlerde (≤ 3 mm çap) skleroterapinin komplikasyonlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Variköz venleri nedeniyle Nisan-Haziran 2011 tarihleri arasında skleroterapi uygulanan 30 hasta (26 kadın, 4 erkek) çalışmaya dâhil edildi. Bu çalışmada hastalardaki 0,1-1 mm çaplı telenjektaziler ve 1-3 mm çaplı retiküler venlere skleroterapi uygulandı. Sklerozan ajan olarak polidocanol %0,5-1 dozunda kullanıldı. İşlem sonrası 24-48 saat boyunca elastik bandaj ile kompresyon uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubumuzda yalnızca 1 hastada (%3,3) tromboflebit komplikasyonu gözlemlendi. Derin ven trombozu, cilt ülseri, anflaksi gelişmedi. Bir aylık hirüdin tedavisi sonunda yalnızca bir hastada (%3,3) hiperpigmentasyon sebat etmekteydi. Üç hastada (%10) tüm variköz genişlemelerin kapatılması için ikinci bir seans skleroterapi gerekti.

Sonuç: Skleroterapi kolay, ucuz, düşük komplikasyon riski olan ve hastaneye yatışı gerektirmeyen bir yöntemdir. Özellikle kozmetik amaçlı başvuran hastalarda alınan iyi sonuçlar skleroterapiyi cazip kılar ve bunun yanında skleroterapi bacak ağrısı ve huzursuzluğu şikâyetlerini de hafifletir.

Anahtar kelimeler: *Komplikasyonlar, Retiküler Venler, Skleroterapi, Telenjektazi, Venöz Yetmezlik*

ABSTRACT

Venous disorders may appear in many forms from simple cosmetic disorder as telangiectasia, painful varicose veins to skin ulcerations caused by serious venous insufficiency. The aim of the study is to define sclerotherapy efficiency and complications in small size diametered (≤ 3 mm) varicose veins.

¹Rize Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Rize

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Yozgat

Sedat Özcan, Uzm. Dr.
Dilşad A. Şenarslan Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Dilşad A. Şenarslan
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Yozgat

Tel: 0 354 2127060-3626

e-mail:

damanvermez@yahoo.com

Materials and Methods: 30 patients (26 female, 4 male) suffering from varices who were threatened by sclerotherapy between april 2011 and june 2011, were involved in our study. Sclerotherapy is applied to the varicose veins in size of 0.1-1 mm (telangiectasies) and 1-3 mm (reticular veins). Polidokanol (%0,5-1) were administered to all patients as a sclerozing agent. Compression therapy applied by elastic bandages for 24-48 hours after the procedure.

Results: In our study group only one tromboflebitis (3,3%) was observed. We did not encountered any deep venous thrombosis, ulcer or anaflaktoid reaction. At the end of one month hirudin therapy only in one patient (3,3%) hyperpigmentation persisted. 3 (%10) patients needed a second session sclerotherapy to complete occlusion for all varicosities.

Conclusion: We concluded that sclerotherapy is an easy method, inexpensive, with low complication rate and does not necessitates hospitalization. Especially good reasults in patients applying for cosmetic reasons make it a favourable method. In addition, sclerotherapy is effective in relieving leg pain and discomfort.

Key words: *Complications, Reticular Veins, Sclerotherapy, Telangiectasia, Venous Insufficiency.*

GİRİŞ

Venöz yetersizlik; telenjektaziler gibi basit kozmetik bozukluklardan variköz venlere ve hatta ciddi venöz yetmezlikte cilt ülserasyonlarına kadar varabilen değişik formlarda görülebilir. Skleroterapi telenjektazi ve retiküler venlerin tedavisindeki en güncel yaklaşımlardan biridir. Telenjektaziler ilk olarak Von Graft tarafından 1807'de ciltte gözlenen genişlemiş venöz yapılar olarak tanımlanmıştır. Telenjektaziler kapiller dolaşımın venöz kısmında oluşan mor renkli genişlemiş yapılardır. Genellikle 0,1-1 mm çapındadırlar (1). Bu tipteki lezyonların tedavisinde en etkin tedavi yöntemi skleroterapidir. Skleroterapi uygulamasında sklerozan ajan venöz lümen içerisine enjekte edilir ve endotelde ve transmural hasara sebep olur (3). Çalışmanın amacı küçük çaplı (≤ 3 mm) variköz venlerde skleroterapinin etkinliğini ve komplikasyonlarını belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Variköz venleri nedeniyle Nisan-Haziran 2011 tarihleri arasında skleroterapi uygulanan 30 hasta; 26 (86,6%) kadın ve 4 (13,3%) erkek çalışmaya dâhil edildi. Has-

ların ortalama yaşları $32,4 \pm 2$ idi ve 19-38 yaş aralığında değişmekteydi. Tüm hastalara 0,1-1 mm çaplı telenjektaziler ve/veya 1-3 mm çaplı retiküler venler nedeniyle skleroterapi uygulandı. Skleroterapi kararı dikkatli fizik muayene ve venöz doppler ultrason incelemesiyle safen ven, derin venöz damarlar ve perforatör venlerde yetmezlik ekarte edildikten sonra verildi.

Hastalardan 19'u (%63) herhangi ek şikâyeti olmaksızın yalnızca kozmetik amaçlı başvurmuştu, diğer 11(%36) hasta da ise bacak ağrısı, ağırlık ve rahatsızlık şikâyeti vardı. Sklerozan ajan olarak tüm hastalara % 0,5-1'lik polidocanol uygulandı. Skleroterapi için 26-30 G iğneler kullanıldı. İşlem sonrasında tüm hastalara elastik bandaj ile 24-48 saat süresince kompresyon tedavisi uygulandı. Tüm hastalar en az yarım saatlik gözlem sonrasında aynı gün taburcu edildi; oral antibiyotik ve analjezik yanında hiperpigmentasyonu önlemek amacıyla potent bir trombin inhibitörü olan hirüdin lokal olarak verildi.

BULGULAR

Çalışma grubumuzda ciddi skleroterapi komplikasyonu olarak yalnızca 1 hastada (%3,3) tromboflebit gözlemlendi. Derin ven trombozu, cilt ülseri, anafaksi gelişmedi. Hastaların 8'inde (%26,6) hiperpigmentasyon, 5'inde (%16,6) geçici ödem ve şişlik gözlemlendi. Bir aylık hirudin tedavisi sonunda 8 hastadan 7'sinde hiperpigmentasyon kayboldu ve yalnızca bir hastada (%3,3) hiperpigmentasyon gerilemekle birlikte sebat etmekteydi. Geçici ödem ve şişlik görülen hastalar venöz yetmezlik tedavisinde kullanılan standart ilaçlar ve bacak elevasyonu uygulanarak tedavi edildi. Tromboflebit gözlenen hastada ise standart tromboflebit tedavisi uygulandı. Üç hastada (%10) tüm variköz genişlemelerin kapatılması için ikinci bir seans skleroterapi gerekti.

TARTIŞMA

Telenjektazi ve retiküler venlerin oluşumundaki temel nedenin venöz hipertansiyon olduğu iyi bilinmektedir (4). İki tipte telenjektazi gözlenir; uyluğun medial kısmında uzunlamasına kırmızı ve mor renkte, lateral kısmında ise araknoid (örümcek ağı) tipte görülür. Retiküler venler ve telenjektazilerin gelişiminde rol oynayan diğer etkenler; genetik, hormonal, hamilelik, kollajen doku hastalıkları, travmalar, tekrarlayan enfeksiyonlar, anoksi, uzun süreli ayakta kalmak (günde 6 saatten fazla) ve obezitedir (5). Skleroterapi öncesi tüm hastalar iyi bir anamnez alınarak ve fizik muayene yapılarak CEAP sınıflamasına göre sınıflandırılmalıdır. Skleroterapi tedavisi öncesi venöz doppler ultrason çekilmesi doğru tanı ve tedavi seçimi için şarttır (6,7,8). Büyük safen ven veya küçük safen ven yetmezliği, bunlarla ilişkili yetmezlikler veya perforan ven yetmezliği başarılı bir skleroterapi için dışlanmalıdır (5).

Skleroterapi retiküler venler ve spider (örümcek ağı), telenjektaziler olarak bilinen küçük intrakutanöz variköz venlerin tedavisinde ilk tercih edilecek yöntemdir (6). Skleroterapi için major kontrendikasyonlar; sklerozan maddeye karşı allerji, ciddi sistemik hastalıklar,

akut yüzeysel veya derin ven trombozu, skleroterapi uygulanacak olan sahada lokal enfeksiyon, immobilité, ileri düzeyde periferik arter hastalığı ve hamileliktir (6,8).

Doğru seçilmiş hasta gruplarında skleroterapi az sıklıkta komplikasyon gözlenen etkin bir tedavi yöntemidir (6). Skleroterapiye bağlı görülebilecek komplikasyonlar; alerjik reaksiyonlar, cilt nekrozları, tromboflebit, pigmentasyon, matting (haritalanma), sinir hasarları, skotomlar, tansiyon düşmesi ve tromboembolilerdir (6,8,9). Bulantı, vazovagal bayılma, görme bozuklukları enjeksiyondan hemen sonra görülebilen geçici yan etkilerdir (9). Uzun dönemde hiperpigmentasyon %0,3-10 sıklıkla en sık görülen komplikasyondur ve sıklıkla yavaşça geriler (6,10). Çalışmamızda 1 aylık hirudin tedavisi sonunda yalnızca 1 hastada; literatürle uyumlu olarak %3,3 oranında kalıcı hiperpigmentasyon izlenmiştir.

Hirudinün hiperpigmentasyon tedavisinde önemli rolü olduğuna dair az sayıda yayın vardır (11). Weis ve arkadaşları sklerozan uygulaması sonrası uygulanacak kompresyon tedavisinin komplikasyon sıklığını azaltmadaki önemini vurgulamışlardır (12). Ayrıca kompresyon tedavisinin süresi ile iyileşme hızı arasında da ilişki bulmuşlardır. Hastalarını 3 grubu ayırmışlar ve bunlardan 3 hafta süresince kompresyon tedavisi uygulananlarda 1 hafta ve 3 günlük uygulamalara göre iyileşme en hızlı olmuş ve hiperpigmentasyon en az gözlenmiştir (12). Bizim çalışmamızda kısa süre (24-48 saat) kompresyon uygulanmasına rağmen komplikasyon oranımız literatüre benzerdir.

Skleroterapi sonuçları ve komplikasyonları sklerozan ajanın cinsi ve konsantrasyonundan da etkilenmektedir. Aynı zamanda sklerozanı uygulanan damarın çapına uygun miktarda vermek ve en yüksek dozu aşmamak komplikasyonları azaltmada önemlidir (8). Avrupa'da sıklıkla kullanılan 3 sklerozan ajan vardır; Polidocanol, Sodium Tetracycl Sulfate (STS, Sotradecol) ve Chromated Glycerin (Scleremo) (9). Türkiye'de ise Polidocanol yaygın olarak kullanılmaktadır.

Polidocanol'ün toplam maksimum dozu 2 mg/kg; STS'nin ise %3'lük çözeltiden 10 ml. dir. Telenjektaziler ve retiküler venler için gerekli sklerozan enjeksiyon miktarı 0,1-0,5 ml civarındadır (6,8,13). Çalışmamızda %0,5-%1'lik Polidocanol çözeltisinden her ven için maksimum 0,5 ml uyguladık ve toplamda 2 mg/kg dozunu aşmadık.

Köpük skleroterapi genellikle telenjektazilerden daha geniş olan damarlar sıklıkla da > 3 mm çapındaki damarlarda uygulanır (14). Köpük skleroterapi bu çaptaki damarlarda sıvı skleroterapiden daha etkindir (14,15). Köpük skleroterapinin oluşturulması için Tessari yöntemi yaygın olarak kullanılır. 1 kısım sıvı, 4 kısım gaz (sıklıkla oda havası veya karbondioksit) üçlü musluk ve 2 enjektör yardımıyla karıştırılarak köpük hazırlanır (16,17). Telenjektaziler sıvı sklerozan ajanlarla yeterli düzeyde tedavi edilebilirler. Köpük kullanılacak olursa da oldukça seyreltilmesi önerilir; visköz köpükler telenjektaziler için uygun değildir (6). Küçük çaplı variköz venlerin tedavisinde % 0,2-1 konsantrasyonunda Polidocanol uygulanması yeterlidir (14). Köpük skleroterapi sonrası geçici migren, baş ağrısı yan etkileri sıvı skleroterapideki orana daha sık görülür (9).

Tromboembolik komplikasyonlar; derin ven trombozu, pulmoner emboli, inme skleroterapi sonrası nadir olarak gözlenir (13). Bu olguların çoğu asemptomatikdir ve sıklıkla rutin çekilen Doppler ultrasonlarda ortaya çıkar (9,13). Myers ve Jolley 5mm üzerindeki çapa sahip damarlarda toplam köpük hacminin 10 ml'yi aştığı durumlarda tromboz riskinin arttığını belirlemişlerdir. Toplam 1931 seansda 28'inde %1,45 oranında derin venöz tromboz saptamışlardır. Ultrason aracılı skleroterapi uygulamasında yüksek derecede dilüe veya hiç dilüe edilmediğinde, 5mm çaptan daha küçük damarlara uygulandığında ve toplam sklerozan miktarı 10 ml'yi aşmadığında derin ven trombozu riskinin daha düşük olduğunu saptamışlardır (18).

Cilt nekrozu sıklıkla sklerozan maddenin perivasküler alana yapılması ya da yüksek konsantrasyonda verilmesi nedeniyle meydana gelir. Nadiren uygun şekilde enjeksiyon sonrasında da oluşabilir (10).

Bacaklardaki yüzeysel variköz damarlar ve telenjektaziler hastalar için yalnızca kozmetik problem değildir, aynı zamanda bacak ağrısı ve rahatsızlık hissine sebep olmaktadır. Weis ve arkadaşları 211 vaka içeren serilerinde %53'ünün bacak ağrısı ve rahatsızlıktan şikâyetçi olduklarını belirtmişlerdir. Skleroterapi sonrası % 85'inin ağrı ve rahatsızlık hissi düzelmiştir. Bu çalışmalarında skleroterapinin bacak ağrısı ve rahatsızlığını gidermede de etkin olduğunu belirtmişlerdir (19). Çalışmamızda ilk başvurularında 11 hasta (%36) bacak ağrısı, gerginlik ve rahatsızlık şikâyetlerine sahip idi. Bunlardan 7'sinin (%63) şikâyetleri skleroterapi sonrası kayboldu veya belirgin şekilde azaldı. Hastaların 3'ünde (%10) birkaç bölgeye ikinci seans skleroterapi uygulanması sonrası tamamen variköz venler kapatıldı.

Çalışmamızın kısıtlılığı olgu sayısının azlığıdır. Klinikimize çok sayıda varis hastası başvurmakta ancak Doppler ultrason tetkikinde çoğunda büyük venöz damarlarla ilişki saptanmaktadır ve bu sebeple çalışmaya dahil edilememişlerdir. Daha geniş hasta grubunda yapılacak randomize kontrollü çalışmalar ile skleroterapi sonrası kompresyon süresi, hiperpigmentasyon oranları, bacak ağrısında azalma ve komplikasyon oranları hakkında daha açık kanıtlar ortaya konulacaktır.

SONUÇ

Skleroterapi, dermal (intrakutanöz) venlerin; telenjektazi ve retiküler venlerin tedavisinde uygulanan standart tedavidir ve %80-90 başarılıdır (6). Skleroterapinin başarısı uygulama tekniği, sklerozan ajan ve konsantrasyonu, uygulanan damarın çapına bağlıdır (20).

Çalışmamızda skleroterapinin küçük çaplı (<3 mm) variköz venlerde uygulaması kolay, ucuz ve hastaneye yatış gerektirmeyen bir yöntem olduğunu gözledik. Skleroterapi düşük komplikasyon oranına sahip, özellikle kozmetik sebeplerle başvuran hastalar için cazip ve etkin bir yöntem olmakla birlikte bacak ağrısını azaltmada da etkindir.

REFERENCES

1. Tüzün H. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kronik Venöz Yetersizlik Sempozyumu Dizisi 2007;56:115-9.
2. Akbulut B, Tok M, Ucan H.İ, Dündar B. Sık Görülen Venöz Sistem Hastalıkları Görülme Sıklığı ,Risk Faktörleri ve Tedavisi. Anatolian journal of clinical investigation 2009;3(1):113-9.
3. Recek C. Saphenofemoral Junction ligation supplemented by postoperative sclerotherapy ; a review of long –term clinical and hemodynamics results . Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2004;38:533-40.
4. Goldman MP, Bergman JJ, Guex JJ. Sclerotherapy : Treatment of Varicose and Telenjektazic leg veins (in chapter?). China: Mosby Elsevier, 2007.
5. 2003 Guidelines for Sclerotherapy -The American Academy Of Cosmetic Surgery- From web; http://cosmeticsurgery.org/doctors/2003_sclerotherapy_guidelines.pdf.
6. Rabe E, Pannier-Fischer F, Gerlach H, Breu FX, Guggenbichler S, Zabel M; German Society of Phlebology. Guidelines for sclerotherapy of varicose veins (ICD 10: I83.0, I83.1, I83.2, and I83.9). Dermatol Surg. 2004;30(5):687-93.
7. Weiss RA, Weiss MA. Continuous wave venous Doppler examination for pretreatment diagnosis of varicose and telangiectatic veins. Dermatol Surg. 1995;21(1):58-62.
8. Khunger N, Sacchidanand S. Standard guidelines for care: Sclerotherapy in dermatology. Indian J Dermatol Venereol Leprol [serial online] 2011 [cited 2012 Jan 3];77:222-31. Available from: <http://www.ijdv.com/text.asp?2011/77/2/222/77478>.
9. Guex JJ, Allaert FA, Gillet JL, Chleir F. Immediate and midterm complications of sclerotherapy: report of a prospective multicenter registry of 12,173 sclerotherapy sessions. Dermatol Surg 2005 Feb;31(2):123-8.
10. Goldman MP, Sadick NS, Weiss RA. Cutaneous necrosis, telangiectatic matting, and hyperpigmentation following sclerotherapy. Etiology, prevention, and treatment. Dermatol Surg 1995;21(1):19-29; quiz 31-2.
11. Bayrak S, Gökalp O, Yaşa H, Yetkin U, Gürbüz A. Skleroterapi sonrası gelişen hiperpigmentasyon ve hirudin. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 11.Ulusal Kongresi 27-31 Ekim ,Antalya.
12. Weiss RA, Sadick NS, Goldman MP, Weiss MA. Post-sclerotherapy compression: controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome. Dermatol Surg 1999;25(2):105-8.
13. Rabe E, Pannier F.Sclerotherapy of varicose veins with polidocanol based on the guidelines of the German Society of Phlebology. Dermatol Surg 2010;36 (2):968-75.
14. Mowatt-Larsen E.Management of secondary varicosities.Semin Vasc Surg. 2010;23(2):107-12.
15. Yamaki T, Nozaki M, Iwasaka S.Comparative study of duplex-guided foam sclerotherapy and duplex-guided liquid sclerotherapy for the treatment of superficial venous insufficiency. Dermatol Surg 2004;30(5):718-22.
16. Tessari L, Cavezzi A, Frullini A.Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins.Dermatol Surg 2001;27(1):58-60.

17. Morrison N, Neuhardt DL, Rogers CR, McEown J, Morrison T, Johnson E, Salles-Cunha SX. Incidence of side effects using carbon dioxide-oxygen foam for chemical ablation of superficial veins of the lower extremity. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40(3):407-13.

18. Myers KA, Jolley D. Factors affecting the risk of deep venous occlusion after ultrasound-guided sclerotherapy for varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;36(5):602-5.

19. Weiss RA, Weiss MA. Resolution of pain associated with varicose and telangiectatic leg veins after compression sclerotherapy. *J Dermatol Surg Oncol.* 1990;16(4):333-6.

20. Norris MJ, Carlin MC, Ratz JL. Treatment of essential telangiectasia: effects of increasing concentrations of polidocanol. *J Am Acad Dermatol* 1989;20(4):643-9.