

Venöz bacak ülserleri: Doğru tanının sağaltımdaki yeri

Venous leg ulcers: The value of accurate diagnosis in the treatment

M. Oğuz Yenidünya

Kamran Afandiyev

M. Erol Demirseren

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bilkent Yolu-Ankara

Özet

Amaç: Venöz bacak ülserlerini, diğer kronik bacak ülserlerinden ayırmanın sağaltım açısından önemini vurgulamak.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize başvuran, değişik boyutlarda venöz bacak ülseri olan 5 olgu, eşlik eden ve kronik bacak ülserlerine neden olabilecek diğer komorbid hastalıklarıyla birlikte sunuldu.

Bulgular: Dizideki 5 olgunun, ortalama ülser alanı 54 cm² olarak hesaplandı. Olguların tümü diyabetik olup, dış merkezlerde "diyabetik ayak ülseri" tanısını almıştır.

Sonuç: Olgulardan üçünün orta yaşlarda (35y, 36y, 40y) olması, venöz ülserleri yaşlılık hastalığı olarak tanımlamanın yanlış olacağını düşündürmektedir. Venöz ülserler sıklıkla, bacak ülserlerine neden olabilecek diğer kronik hastalıklarla (diabetes mellitus, arteriyel yetmezlik vs.) birliktelik göstermektedir. Komorbid hastalık bulgularının var olması venöz yetmezlik tanısını zorlaştırmakta ve dolayısıyla sağaltımını geciktirebilmektedir. Bu yüzden kronik bacak ülseri varlığında, venöz yetmezlik düşünülmeli ve bulguları dikkatlice araştırılmalıdır. Olgularımızın tümü dış merkezlerde "diyabetik ayak ülseri tanısı" almıştı. Bu nedenle venöz ülserler, özellikle diyabetik ayak ülserlerinden ayırt edilmesi konusunda, özel ilgi gerektirmektedir.

Anahtar sözcükler: Venöz ülserler, kronik bacak ülserleri

Kronik venöz yetmezliğin iki ana nedeni variköz venler ve derin ven trombozunun geç etkileridir (1). Asıl etki, alt ekstremitedeki pompa fonksiyonunun bozulması sonucu venöz hipertansiyonun meydana gelmesidir. Venöz ülserlerin oluşum mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, bütün teoriler venöz hipertansiyonun oluşmasından yola çıkılarak öne sürülmüştür (2). Weiss ve ark. (3) bir araştırmada, kronik venöz yetmezlik komplikasyonları nedeniyle, önemli derecede iş-günü yitiminin meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Summary

Aim: To emphasize the importance of differentiation of venous leg ulcers from other types of chronic leg ulcers from the point of treatment.

Materials and Methods: Five patients with leg ulcers of varying sizes are presented associated with other comorbid diseases which could also lead to chronic leg ulcers.

Findings: Mean ulcer size was calculated as 54 cm². All of the patients were diabetic and had been previously diagnosed as diabetic leg ulcers.

Conclusion: Due to the fact that three of our patients were at their middle ages (35yrs, 36yrs, 40yrs) it would be improper to define venous ulcers as a disease of elderly. Venous leg ulcers are frequently accompanied by other conditions that also cause chronic leg ulcers (DM, arterial insufficiency etc.). Presence of signs of comorbid diseases lead to a delay in the diagnosis as well as the treatment of venous insufficiency. For this reason, in the presence of chronic leg ulcer, physician has to search for venous insufficiency and observe carefully for its signs.

Key words: Venous ulcers, chronic leg ulcers

Venöz bacak ülserleri, kronik venöz yetmezliğin istenmeyen sonuçlarıdır ve kronik alt ekstremité ülserlerinin en az 70% ini oluşturmaktadır (6). Birçok çalışmada varislerin yaş ilerledikçe progresif olarak arttığı ve kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü, ortak sonucuna varılmıştır (5,7). ABD, Japonya, Brezilya ve bazı Avrupa ve Afrika ülkelerini içeren önemli bir epidemiyolojik çalışmada kronik venöz yetmezlik yaygınlığı kadınlarda %3-7 erkeklerde %2-7, variköz damar yaygınlığı da kadınlarda %20-25, erkeklerde ise %10-15 olarak bildirilmiştir (7).

Gereç ve yöntem

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği'nde, 2004–2005 yıllarında, izlenen 5 olgu sunulmuştur. Bu olguların tümü dış merkezlerde "diyabetik ayak" tanısı almış ve buna yönelik işlem görmüşlerdir. Olguların tümü erkektir. Ortalama yaş 40, ortalama ülser adedi 1.4, ortalama ülser boyutu 54 cm² olarak hesaplanmıştır. Olgularda saptanan yedi venöz ülserden dördü dış malleol üzerindedir. Medial malleol bölgesinde ise sadece bir lezyon saptanmıştır (Tablo I).

Seçilmiş olgu 1

Otuz altı yaşındaki erkek hasta ayağında kapanmayan yara yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde, ayağını çarpma sonucu yara geliştiği ve bir ay boyunca iyileşmediği, bir ay sonra kızarıklık, ısı artışı ve şişlik gelişmesi üzerine başvurduğu merkezde, burada diyabetik ayak tanısı konduğu, yara debridmanı ve günlük pansumanlara rağmen yarasının kapanmadığı öğrenildi. Fizik bakıda lateral malleol, lateral kalkaneal bölge ve önbacak distal 1/3'ü üzerinde, sırasıyla 5x1 cm (5 cm²), 4x3 cm (12 cm²) ve 5x4 cm (20 cm²) boyutlarında çevresinde renk değişikliği bulunan üç adet ülser lezyon ve variköz venlerin olduğu görüldü. Hastaya venöz yetmezlik tanısı konarak bacak elevasyonu, antibiyotik tedavisi, antibakteriyel preparatlarla yara bakımı ve kompresyon uygulandı. Bacaktaki doku defektleri, debridmanı sonrası kısmi kalınlıktaki deri greftleriyle onarıldı. Postoperatif dönemde greftlerin tuttuğu gözlemlendi ve hasta kompresyon uygulanarak (varis çorabı) eşliğinde taburcu edildi (Resim 1, Resim 2).

Seçilmiş olgu 2

Otuz yıldır diabetes mellitus tanısıyla izlenen altmış yaşındaki erkek hasta kliniğimize ayakta doku defekti ile başvurdu. Kliniğimize başvurmadan yedi ay önce, trafik kazası sonucu, sağ ayak lateral malleol düzeyinde yara-

landı ve yaranın kapanmadığı öğrenildi. Fizik bakıda medial malleol üzerinde 10x4 cm (40 cm²) boyutlarında ülser lezyon olduğu görüldü. Variköz venlerinin ve lezyon etrafındaki deri renginde koyulaşmanın da olduğu belirlenen hastaya, venöz yetmezlik tanısı konarak, bacak elevasyonu ve kompresyon uygulandı. Doku defekti, debridman sonrası kısmi kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı. Postoperatif dönemde greftin tuttuğu gözlemlendi. Hasta kompresyon uygulanarak ve bacak elevasyonu önerisi eşliğinde taburcu edildi (Resim 3, Resim 4).

Tartışma

Venöz ülseler venöz yetmezliğe bağlı gelişen lezyonlardır ve alt ekstremitelerde görülen kronik bacak ülselerinin en sık nedenidir. Geniş tabanlı, kenarları belirgin olmayan genellikle çok ağrılı lezyonlardır ve en sık medial malleol olmak üzere, genellikle ayak bileği ve çevresinde gelişir ve nüks bu bölgede sıktır. Bazı yayınlarda venöz ülselerin ağrısız olduğu belirtilse de diğer çalışmalarda hastaların 3/4'ü ağrılarının olduğunu ve bu ağrılarının günlük yaşamı olumsuz etkilediğini bildirmiştir. (7,13) Alt ekstremitedeki bir ülser çevresinde ödem, ekzema, lipodermatoskleroz (LDS) ve hiperpigmentasyonun olması, lezyonun venöz kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Hiperpigmentasyon kırmızı-kahverengi olup, ekstremitelerde eritrositlerden kaynaklanan hemosiderin birikimine bağlı gelişmektedir. Venöz dermatit olarak da adlandırılan kızarıklık, kaşıntı ve kabuklanma bulguları sıklıkla venöz ülserle eşlik etmektedir. Bu durum derinin topikal ajanlara karşı sensitizasyonu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ailede variköz damar öyküsü, hastada derin ven trombozu öyküsü, geçirilmiş venöz yetmezlik tedavisi ve fizik bakıda variköz venlerin varlığı da kronik venöz yetmezliğini önemli ipuçlarındandır (4). Venöz ülseri olan hastaların %50'sinde travma öyküsü bulunmaktadır (5).

Kronik bacak ülselerinin diğer sık nedenleri olarak DM, arteriyel yetmezlik, bası ülseleri ve daha az olarak da romatoid artrit, maligniteler, inflamatuvar hastalıklar (örn. vaskülit) ve infeksiyon gösterilebilir (9).

Tablo I. Dizide yer alan 5 olgunun klinik bulguları.

Hasta No (n)	Yaş/Cins	Ülser sayısı	Ülser yeri	Ülser boyutları	Eşlik eden hastalık
1	36/E	3	Lateral malleol	5 cm ²	-
			Lateral kalkaneal	12 cm ²	DM
			Önbecak 1/3 distal	20 cm ²	-
2	60/E	1	Medial malleol	40 cm ²	DM, Travma
3	55/E	1	1/3 distal pretibial	2 cm ²	DM
4	40/E	1	Medial malleol	100 cm ²	DM
5	35/E	1	Lateral malleol	200 cm ²	DM

Diyabetik ülserler, daha çok bası noktalarında gelişen, nekrotik ve cansız görünümdeki lezyonlardır ve ayak ülserlerinin en sık nedenidirler.

Bu ülserlerin nöropatik ve iskemik olmak üzere iki komponenti vardır. Nöropati motor, duyu ve otonom olmak üzere üç türde gelişebilir:

- Motor nöropatiye bağlı, ayağın intrinsek kaslarının fonksiyon bozukluğu sonucunda plantar arkın çökmesiyle oluşan ve Charcot eklemi olarak adlandırılan ayak deformitesi gelişir.
- Otonom nöropati sonucu oluşan kallus, diyabetik ayağın değişmez bulgularındandır.
- Duyu yitiminin olması aksi kanıtlanıncaya kadar diyabetik nöropatinin kanıtıdır.

Arteriyel ülserler genellikle kardiyak ya da serebrovasküler patolojisi bulunan yaşlı hastalarda gelişen, nekrotik tabanlı ve kenarları belirgin lezyonlardır. Soğuk ve soluk alt ekstremitelerde yürümekle gelişen ağrının olması (klaudikasyon) ve nabızların zayıf alınması, arteriyel yetmezliğin önemli bulgularındandır. Arteriyel ülserler %25 oranında venöz ülserlerle birliktelik göstermektedir (10). Bası ülserleri ise yataklık hastalarda, uzun süre bası etkisinde kalan noktalarda gelişmektedir.

Maligniteler de, ayırıcı tanıda önemli bir yer tutar. Bacaktaki malignitelerde ülser gelişebilmekte, venöz ülserlerde de malign değişim meydana gelebilmektedir (12).

Venöz ülser gelişmesi hem hasta hem sağlık ekibi açısından, sorumlu günlerin başlangıcı anlamına gelmektedir. Bu nedenle venöz yetmezliğin erkenden tanısı ve ülser gelişiminin önlenmesi sosyal ve ekonomik yönden büyük önem taşımaktadır (13).

Eskilerden bu yana, venöz ülserler için birçok sağaltım seçeneği geliştirilmiştir ve geliştirilmeye devam edilmektedir. Günümüzde kompresyon, altın standart olarak kabul edilen ve vazgeçilmeyen tek sağaltım seçeneğidir (2,3,8,11,13,18). Pentoksifillin (11,15) ve topikal büyüme faktörleri (11,16) güncel medikal sağaltım seçenekleri olup cerrahi doku transferleriyle onarım tercih edilmektedir (11,17).

Birçok çalışmada, varislerin yaş ilerledikçe progresif olarak arttığı ve kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü ortak sonucuna varılmıştır (1,2,7). Buna karşın ol-

gularımızın tümü erkekti ve hastaların yaşı ile ülser boyutları karşılaştırıldığında en büyük boyuttaki ülserlerin orta yaşlı hastalarda olduğu görüldü.

Olgulardan üçünün, orta yaşlarda olması, venöz ülserleri sadece yaşlılıkla özdeşleştirmenin yanlış olacağını düşündürmüştür. Bazı yayınlarda, hasta ve sağlık personelinin venöz ülserin yaşlılığın bir sekeli olduğunu düşündüğü belirtilmektedir (13). Bu patolojinin sadece yaşlılarda değil, daha genç yaşlarda da görülebileceği ve gözden kaçan her venöz yetmezliğin, ileride venöz ülser olarak geriye dönebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca, tedavi edilmeyen venöz ülser sonucunda malign değişim meydana gelebileceği unutulmamalıdır.

Olguların tümüne dış merkezlerde diyabetik ayak tanısının konduğu göz önüne alındığında venöz ülserlerin, özellikle diyabetik ayak ülserlerinden ayırt edilmeleri konusunda özel ilgi gerektirdiği açıkça anlaşılmaktadır. Örneğin, duyu kaybının olması, tersi kanıtlanıncaya kadar diyabetik nöropatinin kanıtıdır. Ağrının olması da venöz ülserlerin diyabetik ülserlerden kolayca ayırt edilebilmesini sağlamaktadır.



Resim 1. Olgu 1, Venöz ülserlerin preoperatif görünümü.



Resim 2. Olgu 1, Postoperatif 3. ayda ülserlerin iyileşmiş görünümü.



Resim 4. Olgu 2, Postoperatif 3. ayda ülserin iyileşmiş görünümü.



Resim 3. Olgu 2, Venöz ülserin preoperatif görünümü.

Venöz ülserler sıklıkla, bacak ülserlerine neden olabilecek diğer kronik hastalıklarla (Diabetes Mellitus, arteriyel yetmezlik vs.) birliktelik göstermektedir. Komorbid hastalık bulgularının var olması, venöz yetmezlik tanısını zorlaştırmakta ve dolayısıyla sağaltımını geciktirebilmektedir. Bu yüzden kronik bacak ülseri varlığında venöz yetmezlik düşünülmeli ve hastalar ayakta dururken venöz yetmezlik bulguları araştırılmalıdır. Belirginleşen dolgun venler ve varislerin varlığı venöz yetmezlik açısından bilgi verici olabilir.

Kaynaklar

1. Becker F. Mechanisms, epidemiology and clinical evaluation of venous insufficiency of the lower limbs. Rev Prat 1994; 44(6): 726-31.
2. Luciana P, Fernandes A, Sidnei L. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment Int J Dermatol 2005; 44 (6): 449.
3. Weiss RA, Heagle CR, Raymond-Martimbeau P. The Bulletin of the North American Society of Phlebology. Insurance Advisory Committee Report. J Dermatol Surg Oncol 1992;18(7): 609-16.
4. de Araujo T, Valencia I, Federman DG, Kirsner RS. Links Managing the patient with venous ulcers. Ann Intern Med 2003;138(4): 326-34.

5. Scott TE, LaMorte WW, Gorin DR, Menzoian JO. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study. *J Vasc Surg* 1995; 22: 622–8.
6. Bergqvist D, Lindholm C, Nelzen O. Chronic leg ulcers: the impact of venous disease. *J Vasc Surg* 1999; 29(4): 752–5.
7. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994;81(2): 167–73.
8. Friedman SA. The diagnosis and medical management of vascular ulcers. *Clin Dermatol* 1990; 8: 30–9.
9. Falabella A, Falanga V. Uncommon causes of ulcers. *Clin Plast Surg* 1998; 25: 467–79.
10. Sindrup JH, Groth S, Avnstorp C, et al. Coexistence of obstructive arterial disease and chronic venous stasis in leg ulcer patients. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12(6): 160–3.
11. Tami de Araujo, Isabel Valencia, Daniel G. Federman, Robert S. Kirsner. Managing the patient with venous ulcers. *Ann Intern Med* 2003; 138(4): 326–34.
12. Ackroyd JS, Young AE. Leg ulcers that do not heal. *BMJ* 1983; 286: 207–8.
13. Mary Y. Sieggreen, Ronald A. Kline, Recognizing and managing venous leg ulcers. *Advances in Skin and Wound Care* 2004; 17 (6): 302–311.
14. Hareendran A, Bradbury A, Budd J, Geroulakos G, et al. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. *J Wound Care* 2005; 14(2): 53-7.
15. Jull A. Pentoxifylline for leg ulcers. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 29(4): 440.
16. Kantor J, Margolis DJ. Management of leg ulcers. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22(3): 212–21.
17. Jankunas V, Rimdeika R, Pilipaityte L. Treatment of the leg ulcers by skin grafting. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(5): 429–33.
18. Clinical Practice Guidelines, The Management of Patients With Venous Leg Ulcers. RCN Institute, 1998.

Yazışma adresi:

Doç. Dr. M. Oğuz Yenidünya
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilkent Yolu-Ankara
Tel : 0312 291 25 25 / 42 65
Email : moyenidunya@hotmail.com

Türkiye Ekopatoloji Dergisi'nden OLAYLAR ve HABERLER

Prof. Dr. Uğur Çevikbaş'ın ziyareti.
(Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Patoloji AD,
İnciraltı-İzmir,09 Aralık 2004).



Prof. Dr. Uğur Çevikbaş, Prof. Prof. Dr. H. Uğur
Pabuççuoğlu, Prof. Dr. M. Şerefettin Canda



Prof. Dr. Fatanneh A. Tavassoli (Yale Üniv. ABD)

Prof. Dr. Fatanneh A Tavassoli'nin ziyareti,
Kocaeli Üniv. Tıp. Fak. 13 Haziran 2005, İzmit.



Prof. Dr. Fatanneh A. Tavassoli, eři Prof.
Dr. Bahman Jabbari, Prof. Dr. İbrahim
Öztek, Prof. Dr. Tülay Canda.

Uzm. Dr. Sibel Yenidünya,
Prof. Dr. Tülay Canda,
Prof. Dr. Fatanneh A. Tavassoli,
Prof. Dr. Gamze Mocan Kuzey,
Prof. Dr. Yavuz Özorana ,
Prof. Dr. Şükrü Özdamar.



Prof. Dr. Fatanneh A. Tavassoli,
Prof. Dr. M. Şerafettin Canda,
Doç. Dr. Nusret Erdoğan.