

Variköz Venler: Gebeliğin Hediyesi *Varicose Veins: Gift Of Pregnancy*

Öz

Variköz venler, gebelerde fizyolojik olarak görülebilen, yaşam kalitesini düşüren, fiziksel aktiviteyi kısıtlayan, kozmetik ve psikolojik problemlere yol açan, tanı ve tedavi maliyetleri yüksek bir sağlık sorunudur.

Bu olgu sunumunda gebelikte variköz ven şikayeti olan fakat herhangi bir tedavi görmeyen, doğumdan sonra ise şikayetleri gerileyen bir gebeden bahsedilecektir.

Abstract

Varicose veins are a health problem that can be seen physiologically in pregnant women, that decreases the quality of life, restricts physical activity, leads to cosmetic and psychological problems and has high diagnostic and treatment costs.

In this case report, a pregnant woman who had varicose vein complaints during pregnancy but did not received any treatments, and whose complaints have regressed after birth will be mentioned.

Giriş

Variköz venler, özellikle de gebelerde, yaşam kalitesini oldukça düşüren, fiziksel aktiviteyi kısıtlayan, kozmetik ve psikolojik problemlere yol açan, tanı ve tedavi maliyetleri yüksek bir sağlık sorunudur (1).

Bu konuda çok farklı prevalans tahminleri vardır. Framingham çalışmasına göre (n=3822) variköz venler için yıllık insidans kadınlarda %2.6, erkeklerde ise %1.9'dur. Batılı ülkelerde variköz ven prevalansı olarak kadınlarda %25-30, erkeklerde ise %10-20 civarındadır. Gebelerin ise %18-22'sinde bu problem ile karşılaşmaktadır (2-4).

Arterlerden farklı olarak venlerin duvar yapıları daha incedir. Daha düşük kan basıncınca çalışmaktadırlar. Ekstremitelerden kanın kalbe dönmelerini sağlamaktadırlar, bunun için kas kasılmalarından ve yapılarındaki kapaklardan yardım alırlar. Normalde distalden proksimale, yüzeyelden derine olan venöz kan akımındaki bozulmalar, inkompetan kapaklar nedeniyle venöz sistemde kan akımının tersine dönmesine sebebiyet verir. Bu durum tedavi edilmediği sürece değişik derecelerde dolaşım dekompanzasyonları ve sekonder derin venöz sistem yetmezliği gelişir, akabinde ödem, ağrı, cilt değişiklikleri gibi bulgular görülür (5,6).

Bu olgu sunumunda, aile sağlığı merkezimize gebelik esnasında variköz venlerinden şikayetçi olan fakat herhangi bir tedavi kabul etmeyen, doğumdan sonra ise şikayetleri kendiliğinden düzelen bir hastadan bahsedilecektir.

Onur ÖZTÜRK¹

Metin OCAK²

Gülşah ÖZTÜRK³

¹ Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

² Gazi Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği

³ Gökberk Aile Sağlığı Merkezi

Yazışma Adresleri /Address for

Correspondence:

Onur ÖZTÜRK

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, SAMSUN

Tel/phone: +90 05547536566

Email: dr.onurozturk@yahoo.com

Geliş Tarihi - Received

12/03/2020

Kabul Tarihi - Accepted

05/04/2020

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında kadın hasta, aile sağlığı merkezimize bacaklarda ve cinsel bölgede varis şikayeti ile başvurdu. Mevcut kozmetik kaygısına eşlik eden ağrı, uyuşma, yürüyeme gibi şikayetleri yoktu. 27. gebelik haftasında olan hasta, 4. gebeliğini yaşamaktaydı. Önceki gebeliklerinden 2 yaşayan çocuğu, 1 ölü doğumu mevcuttu ve hiç varis şikayeti olmamıştı.

Gebelikte folik asit ve demir takviyesi dışında herhangi bir ilaç kullanma, ağır fiziksel aktivite, sigara kullanımı veya herhangi bir hastalık öyküsü olmayan hastanın aile öyküsü de normaldi.

Klinik sistemik bakısında, sağ ve sol bacak, diz üstü ve altı medial ve lateral bölgelerde ve vulvar alanda çapı 1 cm'yi bulan yaygın variköz venler dikkati çekti. (Resim 1-4) Beden kitle indeksi 32.4 kg/m² olan hastanın, gebelikten önceki değeri ise 28.8 kg/m² idi.

Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı ve biyokimyası normal olan hasta kardiyovasküler cerrahi kliniğine sevk edildi ve ilgili klinikte gebelik sonrası operasyon önerilip vazoaktif tedavi başlandı. Hasta önerilen medikasyonu kabul etmeyip, gebelikten sonra operasyon seçeneğini düşünmeye başladığını ilettilti. Doğumu takip eden birkaç hafta içerisinde variköz venlerde gözle görülür azalma dikkati çekti (Resim 5, 6) ve hastanın şikayetleri kendiliğinden geriledi. Hasta halen opere olmayı da düşünmemektedir.

Resim 1. Sağ bacak diz üstü medial bölge variköz venler



Resim 2. Sağ bacak diz üstü lateral bölge variköz venler



Resim 3. Vulvar alan ve sol bacak diz üstü medial bölge variköz venler



Resim 4. Sol bacak diz altı medial bölge variköz venler



Resim 5. Sol bacak diz altı medial bölge gebelik sonrası



Tartışma

Gebelikte en sık rastlanan fizyolojik değişikliklerden biri olan variköz venler, genellikle alt ekstremitelerde görülür. Variköz venlerde etiyoloji multifaktöriyeldir. Yaş, cinsiyet, hamilelik, kilo, boy, postür, uzun süre ayakta durma, ven trombozu, oral kontraseptifler, genetik faktörler, kabızlık, hareketsizlik, sıkı iç çamaşırı kullanma, kemer kullanma, sigara içme, tümörler, vs bunlar arasında sayılabilir (7,8).

Hastamızda multipardır ve gebe kaldığı dönemde fazla kilolu idi. Bu faktörler variköz venler için predispozan olabilir. Epidemiyolojik çalışmalar multipar kadınlarda nullipar kadınlara kıyasla variköz ven prevalansının arttığını ortaya koymaktadır (9-11).

Varis etyolojisi iki gruba ayrılarak değerlendirilir. Primer variköz venler özellikle safenofemoral bileşkede görü-

Resim 6. Sağ bacak diz üstü lateral bölge gebelik sonrası



len kapak yetmezliğidir. Sekonder variköz venler posttrombotik ve nontrombotik olarak incelenirler. Gebelik bu sekonder nedenler biridir. Gebelikte pelvik venlerin normal çapın 60 katına kadar genişlemesi ve doğum sonrası 6 aya kadar bu değişikliğin sabit kalması, genişleyen venlerde kapakçıkların yeteri kadar kapanamaması, dolaşan kan hacmindeki artış, kilo artışı ve büyümüş olan uterusun inferior vena kavaya basısı patogenezi açıklamaktadır (12).

Varisi olan hastalar asemptomatik olabilecekleri gibi çeşitli belirtiler gösterebilirler. Variköz venler değişik derecelerde ağrı, rahatsızlık veya şişliklerle ilişkilidir. Hastalarda ağrı, karıncalanma, huzursuzluk, yanma, sızlama, kaşıntı, gerginlik, ağırlık hissine neden olabilirler. Şikayetler sabah saatlerinde az iken günün ileri saatlerinde, uzun süre ayakta durma veya tüm gün oturma gibi durumlarda şiddetlenir ve bacak elevasyonu ve yürüme ile geriler (13).

Kendi gebemizde kozmetik kaygıların dışında herhangi bir bulgu mevcut değildi. Bunun sebebi variköz venlerin henüz yeni oluşmaya başlamış olması olabilir. Gebeliği boyunca genelde dinlenmesi ve yorucu fiziksel aktivitelerden uzak durması da bulguların oluşmasını engellemiş olabilir.

Variköz venlerin tedavisi konservatif yaklaşım, eksternal lazer tedavisi, enjeksiyon skleroterapi, endovenöz yaklaşımlar ve cerrahidir. NICE klavuzunun temel önerilerine göre gebe kadınlara olağanüstü durumlar dışında hamilelik

sırasında varisli damarlar için girişimsel tedavi uygulanmamaktadır. Gebelik sırasında varisli damarlarla ilişkili bacak şişmesi semptomlarının giderilmesi için sıkıştırma çoraplarını ve hafif sportif aktiviteler düşünülebilir (14).

Tedavi edilmeyen kişilerde venöz tromboz ve pulmoner emboli riski göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik başı başına fizyolojik olarak hiperkoagülasyona meyilli olunan bir durumdur ve binde 0,5–2,2 gebelikte derin ven trombozu gelişebilmekte ve bu da sekonder olarak kronik venöz hastalığa neden olmaktadır (4,15,16).

Konservatif tedaviyi kabul etmeyen hastamız, fizyolojik olan bu süreci ek sorun yaşamadan tamamlamıştır. Doğumdan sonra ise şikayetleri neredeyse tamamen ve kendiliğinden gerilemiştir.

Sonuç

Birinci basamak hekimleri, gebe takiplerinde gebeliğin variköz venler üzerindeki etkisi hakkında hastalarına bilgi vermeli ve farkındalıklarını arttırmalıdır. Gebelikte fizyolojik olarak beklenen bazı sağlık problemleriyle mücadele takip önemlidir. Tedavinin gerektiği veya gerekmediğini tespit etmek gebenin yaşam kalitesini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Gümüştakım RŞ, Yayla ME, Sürmeligoz O, Yavuz E, Kırımlı E, Doğan S. Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde? *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (2): 90-96.
2. Dean MS, Sprurell SS. Chronic venous insufficiency and varicose veins. *Vascular disease: diagnostic and therapeutic approaches*. Jaff MR, White CJ (eds.). Cardiotext Publishing. 2011:459-518.
3. Jones HR, Carek PJ. Management of varicose veins. *Am Fam Physician* 2008;78(11):1289-1294.
4. Öztürk H, Öztürk ŞY. Alt Extremité Venöz Doppler Ultrasonografik İnceleme Yapılan Hastaların Özellikleri. *Van Tıp Dergisi*: 21(4): 193-196, 2014
5. Laufman H: *The Veins*, Austin, silvergirl, 1986.
6. McDonagh PF. The microvascular pathophysiology of chronic venous insufficiency. *Yale J Biol Med*. 1993;66(1):27-36.
7. Henke PK, Varga A, De S, et al. Deep vein thrombosis resolution is modulated by monocyte CXCR2 mediated activity in a mouse model. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004; 24: 1130- 7.
8. Kocatepe K. 9 Ay 10 gün hamilelik rehberi. Papatya Yayıncılık Eğitim. İstanbul: 2006; 203-17.
9. Robertson L, Evans C, Fowkes FG. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology / Venous Forum of the Royal Society of Medicine*. 2008;23(3):103-11. doi:10.1258/phleb.2007.007061.
10. Lim CS, Davies AH. Pathogenesis of primary varicose veins. *The British journal of surgery*. 2009;96(11):1231-42. doi:10.1002/bjs.6798.
11. Bromen K, Pannier-Fischer F, Stang A, Rabe E, Bock E, Jockel KH. (Should sex specific differences in venous diseases be explained by pregnancies and hormone intake?). *Gesundheitswesen*. 2004;66(3):170-4. doi:10.1055/s-2004-813019.
12. Venbrux AC, Chang AH, Hyun SK, et al. Pelvic congestion syndrome (pelvic venous incompetence): impact of ovarian and internal iliac vein embolotherapy on menstrual cycle and chronic pelvic pain. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13:171–8.
13. Bartholomew JR. Approach to and management of varicose veins. In: *Manual of vascular diseases*. Rajagopalan S, Mukherjee D, Mohler E (eds.). Lipincott Williams & Wilkins. 2005:273-285.
14. National Institute for Health and Care Excellence CG168. *Varicose veins in the legs: The diagnosis and management of varicose veins*. NICE. London. 2013
15. Krajcar J, Radakovic B, Stefanic L. Pathophysiology of venous insufficiency during pregnancy. *Acta medica Croatica : casopis Hrvatske akademije medicinskih znanosti*. 1998;52(1):65-9.
16. Jacobsen AF, Sandset PM. Venous thromboembolism associated with pregnancy and hormonal therapy. *Best practice & research Clinical haematology*. 2012;25(3):319-32.