

Dr. Sándor Tamás

A krónikus vénás elégtelenség és a vénás thromboembóliák epidemiológiája

Összefoglalás

A vénás betegségek az európai felnőtt lakosság több mint 20%-át érintik. Varixokat a lakosság egynegyedén találunk, vénás lábszárfekély pedig a populáció 1%-án alakul ki. A vénás thromboembóliák okozta halálozások száma az utóbbi 20 évben a nyugati államokban jelentősen csökkent. Hazánkban éppen ellenkezőleg, a vénás mortalitás megduplázódott. A költségek a biztosítókra, egészségügyi költségvetésre jelentős terhet rónak. Szükségesnek tartjuk ezért szervezett megelőzési programok kidolgozását és a korszerű trombozisosprofilaxis széleskörű, rendszeres alkalmazását.

Jelentőség, történeti háttér

Az alsó végtag felületes-, mély-, vagy perforáns vénáiban lévő billentyűk elégtelen működése vénás hipertóniát okoz. A fokozott vénás nyomás következtében előbb, vagy utóbb megjelennek a krónikus vénás insufficiencia (KVI) klinikai tünetei. Ezek az idült vénás rendellenességek a populáció jelentős részét érintik, a végső állapot, a lábszárfekély, egyes országokban valósággal népbetegségnek számít. Így a vénás betegségek egészségügyi, társadalmi, gazdasági jelentősége világszerte fontos kérdés. Az elhúzódó keresőképtelenség, a kieső munkanapok, a kezelési költségek a biztosító társaságokat, az egészségügyi költségvetést jelentősen terhelik.

A lábszárfekély kezelésével már az egyiptomi orvosok foglalkoztak, az *ulcus cruris* és a vénás betegségek közti összefüggést Hippocrates idejében felismerték. A KVI gyakoriságát századokon át tanulmányozták. A 18. században úgy gondolták, hogy a lábszárfekély a munkaképes lakosság egyötödét érinti. Mégis, napjain-

kig a prevalencia meghatározása tulajdonképpen becsléseket jelentett. Az elmúlt 40 év során azonban objektív vizsgálatok elemezték a KVI és a lábszárfekély epidemiológiáját.

Vitatott kérdések

A *prevalencia definíciója*. Kétfajta prevalenciát különböztetünk meg. A „pont prevalencia” megmondja, hogy egy adott időpontban hány beteg szenved egy adott betegségben. A „periódus prevalencia” ezzel szemben a betegségben egy adott időszak alatt észlelt betegek számát jelöli. Mivel a lábszárfekély idült, begyógyul, ugyanakkor gyakran kiújuló betegség, jelentős különbségek mutatkoznak a pont és periódus prevalencia értékekben.

A *Populációs mintavétel*. Az objektív értékek meghatározásához megfelelő nagy populációt kell vizsgálni. Ugyanakkor a tanulmányba fölvetek számának gyakorlati határa van. A kiválasztott csoport valamennyi tagját a korlátozott idő és az együttműködés hiánya miatt lehetetlen tanulmányozni. Az aktuálisan vizsgált minta és a teljes populáció közti viszonyt ezért tisztázni kell.

A *lábszárfekély definíciója, aetiológiája*. Különbségek vannak az adatokban az *ulcus* fogalmát, lokalizációját, aetiológiáját, fennállásának időtartamát illetően. Egyesek az alsó végtagon észlelt minden fekélyt belevettek a vizsgálatba. Mások, helyesen, kizárták az artériás, diabetikus, daganatos, egyéb eredetű *ulcus*okat, ismét mások csak a 6 héten túl is fennálló elváltozásokat értékelték. Voltak, akik csak a bokarégióban az adott időpontban talált elváltozásokat vették figyelembe, olyanokkal szemben, akik az egész alsó végtagon, az anamnézisben valaha szerepelt *ulceratio*kat is számbavették. A tanulmányok metodikája is különböző: egyes vizsgálatokban csak kérdőíveket, megtekintést alkalmaztak, míg mások korszerű vizsgálóeljárásokat:

Doppler technikát, fotoplethysmographiát.

Objektív tanulmányok

A földrajzi megoszlást illetően a vénás betegségek gyakorisága a fejlett országokban, Európában, Észak-Amerikában magas. Afrikában az incidenciája alacsony: ezt a speciális étkezési szokások, más életvitel magyarázza. Kevés adatunk van Ázsiáról, Óceániáról.

Widmer nevezetes Baseli tanulmányai (I, II, III) jelentették az első tudományos alapossággal feltárt epidemiológiai értékelést. Ő mutatta ki, hogy a vizsgált gyári munkások közül a férfiak 30%-a, a nők 34%-a szenved vénás betegségben. Svájcban és Ausztriában 100.000, Németországban 1 millió lakost kezelnek életük végéig KVI miatt.¹

5 jelentős tanulmány vizsgálta a vénás betegségek epidemiológiáját.

A vénás betegségek (varixok) prevalenciája

	%
Csehszlovákia ²	36,2
Magyarország ³	27,5
Spanyolország ⁴	29,6
Oroszország ⁵	11,4
Németország ⁶	21,5

Az együttesen 8670 egyén adatait extrapolálva a vénás betegségek (varixok) gyakorisága Európában 25,2%.

Szorosan vett, súlyosabb már bőrelváltozásokat okozó KVI-re vonatkozó adatok 4 korszerű vizsgálatban találhatóak.

A krónikus vénás elégtelenség prevalenciája

	%
Svájc ¹	3,2
Jugoszlávia ⁷	1,2
Németország ⁸	1,3
Spanyolország ⁴	1,1

Az összesen 12839 egyén adatait extrapolálva a KVI prevalenciája Eu-

Dr. Sándor Tamás

Semmelweis Egyetem

II. Sebészeti Klinika Kútvölgyi Klinikai Tömb
1125 Budapest, Kútvölgyi út 4.

rópában 1,7%. A legújabb vizsgálatok azonban ennél gyakoribb előfordulásra utalnak. Ezek szerint a felnőttek 15%-án figyelhetők meg a KVI egyes jelei, amelyek vénás fekély kialakulásához vezethetnek. Bizonyított az is, hogy az aktív, krónikus lábszárfekély pont prevalenciája a felnőtt lakosságon: 0,1-0,2%. Megközelítőleg a felnőtt lakosság 1%-án alakul ki életük egy pontján vénás lábszárfekély.⁹

Magyarországi viszonyok

A KVI gyakoriságának felmérésére Baranya, Heves, Komárom, Nógrád és Szolnok megyében végeztek adatfelvételt. 917 beteg jelentkezett a bőrgyógyászati gondozókban. A férfiak száma 380 (41,4%), a nők 537 (58,6%) volt. Az 1000 lakosra számított morbiditás a teljes anyagban 0,9-et tett ki. 50 évnél idősebb volt a betegek 66,7%-a. A táppénzes napok átlaga 45,1 nap volt. A KVI-ban megbetegedettek közül csak 2,8-4% volt szellemi dolgozó, 96-97,2 %-ban nem fizikai munkát végeztek. Az ulcusok 27,8%-a egy éven belül, 64,2%-a egy év után kiújult, a rendszeres gondozás ellenére.¹⁰

Budapest XVI. kerületében vizsgált 30-60 év közötti 3005 lakos között primér varicositást a férfiak 24,7%-án, a nők 29,4%-án, KVI-t a férfiak 1,95%-án, a nők 2,6%-án mutattak ki.³

A II. kerületi phlebológiai gondozóban 1975-80 között vénás betegség miatt vizsgált 2008 beteg közül 602 betegen (30%) észleltek szövődmény nélküli primér varixokat, 1406 betegen (70%) pedig KVI-t. A KVI-k 64%-a suprafascialis, 36%-a subfascialis eredetű volt. Túlsúlyban voltak a nők (65%), a beteganyag 53%-a 50-70 év közé esett.¹¹

Hazánkban minden munkaképes 1000 lakos közül évente egyet rokkantnyugdíjaznak, vénás betegség diagnózisával.¹²

Kockázati tényezők

Az életkort illetően a tünetek már a 20. év után fellépnek, de KVI miatt a legtöbben 50-60 év között jelentkeznek orvosnál. A nemek eloszlásában dominálnak a nők. Egyesek ezt azzal magyarázzák, hogy esztétikai okokból ők gyakrabban fordulnak

orvoshoz. Kétségtelenül befolyásolják a vénás betegségek kialakulását a terhességek. A növekvő uterus nyomást gyakorol az iliacalis vénákra, fokozódik az alsó végtag hidrosztatikus terhelése, csökken a símaizom tónus, jelentős a progesteron hatása. Multiparákon négyszer gyakrabban alakulnak ki varixok: visszértágulatok első terhesség után 13%-ban, harmadik terhesség után már 57%-ban keletkeznek. Rizikó faktor a foglalkozás: az álló munka a kockázatot növeli (kovács, bányász, textil-, kézműves-, festék-ipari munkás, borbély, pedagógus, sebész!). Az elhízás is befolyásolja a kórállapotot. A növekvő intestinalis tömeg közvetlenül befolyásolja a sapheno-femoralis junctiót, mivel a v.cava inf. avaluaris, az iliacalis vénák pedig kevés, vagy egyetlen billentyűt sem tartalmaznak. A túlsúlyos emberek gyakran egyébként is sok zsírt, édességet, ugyanakkor kevés rostot fogyasztanak. Ez székrekedéshez és a kismencedei nyomás emelkedésével vénás refluxhoz vezet. Kétségtelen, hogy szerepet játszik az öröklődés is. Ha a mélyvénás thrombosit követő szekunder KVI-t, postthrombotikus szindrómát is figyelembe vesszük, számolnunk kell a vénás thromboembóliák rizikó faktoraival is: ezek közül a legfontosabbak: a nagy sebészeti, ortopédiai műtétek, csípő és térdtáji törések, malignus betegségek, előzetes thromboembóliák, immobilitás, szív-betegségek, terhesség, szülés, fogamzásgátló tabletták, oestrogén kezelés, thrombophilia.

Költségek

A KVI gazdasági kihatása óriási. 1971-ben a Berliner Krankenkasse a vénás betegségek kezelésére 4 millió DM-et költött. 1990-ben Németországban a KVI miatt igénybevett táppénzes napok száma: 2 437 000 nap volt, ami 483 millió DM-et jelentett. Angliában ugyanekkor, ugyanilyen okból a kiesett munkanapok száma: 903 000 nap volt, ez 36 millió fontba került. Spanyolországban, 1992-ben csak gyógyszeres kezelésre, venotonikumokra 47,2 millió ECU-t költöttek. A WHO adatai alapján az Európai Község legjelentősebb országában 1992-ben a vénás betegségek kezelésére Franciaországban 1,135-

Németországban 696-, az Egyesült Királyságban 418-, Olaszországban 412-, Spanyolországban 134- millió ECU- költöttek.¹³ Ezek az országok tulajdonképpen teljes évi egészségügyi költségvetésük 1,5-2%-át fordítják a legfontosabb KVI szövődmények: a varicositas és a lábszárfekély kezelésére.¹⁴

A vénás thromboembóliák epidemiológiája

A vénás thromboembóliák (VTE) a halál oka statisztikákban jelenleg is előkelő helyen szerepelnek, még egyes gazdaságilag fejlett országokban is. Az Egyesült Államokban évente 200 000, Angliában 20 000 ember veszti életét tüdőembólia miatt.¹⁵ A legújabb epidemiológiai adatok azt mutatják, hogy az átlagos népességben évente megközelítően 160/100 000 mélyvénás thrombosis, 20/100 000 szimptomás, nem halálos tüdőembólia és 50/100 000 halálos, bronchialis igazolt tüdőembólia fordul elő.¹⁶

Saját vizsgálataink során a WHO hivatalos statisztikája alapján, 10 országra vonatkoztatva elemeztük a vénás betegségekre, gyakorlatilag a VTE-kre visszavezethető halálási adatokat, 1970 – 1990 között.¹⁷

A vénás betegségek halálozási rátái az általános népességben

100 000 lakosra	1970	1990
Anglia és Wales	12,7	4,9
Ausztria	29,2	5,8
Csehszlovákia	9,2	5,9
Finnország	9,0	2,5
Franciaország	5,5	2,5
Magyarország	10,8	19,8
Német Szöv. Közt.	7,5	4,7
Olaszország	1,8	1,4
Svájc	6,3	10,0
USA	7,2	0,8

A táblázatból kitűnik, hogy ebben a 20 éves periódusban a vénás betegségek – lényegében a VTE-k – halálozási arányai kedvezően alakultak, a legtöbb európai országban fokozatosan csökkentek, így Franciaországban 50%-kal, Finnországban 70%-kal. Legkifejezettebb a javulás az Egyesült Államokban. Érdekes Ausztria helyzete. A Magyarországgal nagyság tekintetében összehasonlítható nyugat-európai országok

közül 1970-ben a VTE-k mortalitása Ausztriában volt a legmagasabb, a magyar mutatók mintegy háromszorosa. 1990-re azonban már Ausztria is azok közé az országok közé tartozik, ahol a VTE-k halálózása mérsékelt szintű.

Magyarországon 1970-ben a WHO adatok szerint a VTE-kra visszavezethető mortalitás még közepes szintű (10,8 / 100 000). Csehszlovákiában és Finnországban az arányok ekkor még hasonlóak, Angliát megelőztük, Ausztriához viszonyítva pedig a VTE-k okozta halálozás kifejezetten kedvező volt. Számokban kifejezve 1970-ben 1116 beteg halt meg vénás betegségben.

1990-re ez a helyzet gyökeresen megváltozott. Ekkorra a VTE-k okozta halálozás gyakorlatilag megduplázódott (19,8 / 100 000). Ez azt jelenti, hogy ebben az évben hazánkban 2064 beteg vesztette életét VTE miatt. A hozzáférhető adatok szerint ez a legmagasabb érték Európában.

A kormegoszlást illetően hazánkban az értékek a 40-45 éves korcsoportban kezdenek emelkedni, ug-rásszerű a növekedés 55-64 év között, majd a mutatók folyamatosan emelkednek. A nemek különbségét tekintve nálunk is a nőknél a nagyobbak a halálozási ráták. 1990-ben a férfi: nő arány 16,8 : 22,8.

Mivel magyarázható hazánkban a VTE-k okozta mortalitás feltűnő növekedése?

A korszerű trombózisprofilaxis jelentőségét a nyugateurópai országokban és az USA-ban már az 1970-es évek elején felismerték. Ezzel szemben Magyarországon a bizonyítottan hatásos, kisdózisú heparinnal (LDH) végzett profilaxis bevezetése mintegy 10 évet késelt.¹⁹ Amikor Angliában 1990-ben a sebészek 90%-a már rendszeresen használt LDH profilaxist, nálunk a korszerű, gyógyszeres prevenció alkalmazását idegenkedés, félelem kísérte. Sokan a LDH profilaktikus hatását kétkedve, szkeptikusan fogadták, a sebészek pedig az új módszert a vérzéses szövödményektől félve nem alkalmazták.

De nemcsak a megelőzés területén, hanem a VTE-k kezelésében is komoly hiányosságok észlelhetők kórházainkban. Sokan az anticoagulációs

kezelés során a betegeket defenzív szempontból nem a kijelölt terápiás INR tartományban tartják. Mások a kumarin kezelést nem kellően monitorozzák, vagy korán abbahagyják.

Természetesen társadalmi, gazdasági, táplálkozási okok is hozzájárultak a magas halálozási arányok kialakulásához. Nálunk a rendszerváltozást a társadalom életét megrendítő válságok kísérték. A népesség fogyásával párhuzamosan a társadalom fokozatos elöregedése figyelhető meg. Az átlag életkor növekedésével több betegen észlelünk malignus tumorokat, gyakoribbak a műtétek, a törést okozó sérülések, több beteg kerül immobilis állapotba. Az egészségtelen táplálkozás miatt több az elhízott beteg, a myocardialis infarktus, a stroke. Ugyanakkor a nyugdíjból élő idős korosztály helyzete romlik. Az infláció és a gyógyszerárak emelkedése a beteg és idős embereket sújtja a legjobban. A testmozgás hiánya, a dohányzás, az alkoholizmus és a drogfogyasztás ugyancsak hozzájárul a lakosság egészségügyi állapotának romlásához.

Következtetések

A vénás betegségek az európai lakosság több mint 20%-át érintik. A költségek az egészségügyi költségvetést jelentősen terhelik. A háttértényezők és okok alaposabb feltárását elősegítené, ha pontos adatok állnának rendelkezésünkre a vénás betegségek és ezek kockázati tényezőinek eloszlásáról a magyar népességen belül, a főbb szociális, környezeti és kulturális mutatók szerint. A mortalitási elemzésen túl ezért további epidemiológiai tanulmányok szükségesek, amelyek az alapellátásban, a rendelőintézetben és a kórházban kezelt, vénás betegségben szenvedő betegek morbiditási mutatóit vizsgálják. A széleskörű prevenció sokkal költségkímélőbb, mint a már kialakult betegség intenzív ellenőrzése, kezelése. Ezért a vénás betegségek ellen szervezett megelőzési programok kidolgozását és a korszerű trombózisprofilaxis kiterjedt, rendszeres alkalmazását szükségesnek tartjuk.

Irodalomjegyzék:

1. Widmer, L.K., Stähelin, H.B., Nissen, C., Da Sil-

- va, A.: *Venen-Arteienkrankheiten, koronäre Herzkrankheiten bei Berufstätigen. Prospektiv-epidemiologische Untersuchung. Basler Studie.* Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1978.
2. Cepelak, V., Barcal, R., Belesova, M. és mtsai.: *Zur Epidemiologie der Venenerkrankungen. Erfahrungen aus zwei Populationstudien. In: Ergebnisse der Angiologie.* (4, 17-21), Schattauer, Stuttgart, 1970.
3. Bonyhádi, K.: *Gyűjtőmérlegbetegedésekre vonatkozó epidemiológiai vizsgálatok a főváros XVI. kerületének lakócai között.* Orv. Hetil. 1974; 115, 920-23.
4. Jimenez Cossio, J.A.: *The Epidemiology of Varicose Disease.* Phlebology. 1993; 1, 3-8.
5. Khokholia, V.P.: *Zur Frage der Verbreitung der Varizen bei Landleuten.* Klin. Chir. 1978; 7, 60-62.
6. Leipnitz, G., Kiesewetter, H., Jung, F. és mtsai.: *Prävalenz von Venenerkrankungen in der Bevölkerung.* Phlebol. u. Proktol. 1989; 18, 265-66.
7. Mimica, M., Pavlinovic, Z., Malinar, M.: *Varice Nogu.* U. Radnog Stanovnistva. Arch. hig. rada 1977; 28, 145-55.
8. Wienert, V., Willer, H.: *Epidemiologie der Venenerkrankungen.* Schattauer, Stuttgart-New York, 1992.
9. Callam, M.: *Prevalence of Chronic Leg Ulceration and Severe Chronic Venous Disease in Western Countries.* Phlebology Suppl. 1. 1992; 7, 6-12.
10. Postthrombotikus syndroma (ulcus cruris) in: *A dermatovenerológia haladása 17., szerk.: Flórián, E., Károlyi, I. (3-4. old.), Orsz. Bőr-Nemikórtani Intézet, Budapest, 1973.*
11. Radó, Gy.: *A phlebológiai gondozás tapasztalatai.* in: *A dermatovenerológia haladása 21., szerk.: Horváth A., (104-49 old.), Orsz. Bőr-Nemikórtani Intézet, Budapest, 1982.*
12. Pető, L., Paksy, A., Kovács, A., Sas, G.: *A mélyvénás trombózis népegészségügyi vonatkozásai.* Népegészségügy 1980; 61, 159-60.
13. Laing, W.: *Chronic venous diseases of the leg.* in: *Statistics of the Office of Health Economics,* 12 Whitehall, London, SW1A 2DY, 1992.
14. Allegra, C.: *A vénás betegség epidemiológiája.* in: *A krónikus vénás elégtelenség felfedezése (5-9. old.), Servier, 1998.*
15. Sándor, T.: *A posztoperatív thromboembóliás szövödmények megelőzése kis dózisú subcutan heparinnal.* in: *Az Orvostudomány Aktuális Problémái* 38, szerk.: Káldor, A., Gergely, J., Kulka, F., (99-147. old.), Medicina, Budapest, 1980.
16. *Prevention of Venous Thromboembolism. International Consensus Statement.* (p.9), Med-Orion, Nicosia, 1997.
17. Molnár, L., Sándor, T., Monos, E., Acsády, Gy.: *A vénás betegségek mortalitásának feltűnő növekedése Magyarországon.* Orv. Hetil. 1997; 138, 2727-32.