

Dr. Nagy Imre

Régi-új szempontok az ascendáló varicophlebitis kezelésében

Összefoglalás

A felületes vénák gyulladásával a beteg többféle szakembert kereshet fel.

Panaszaival csakúgy jelentkezhethet háziorvosánál, mint bőrgyógyászatban, sebészetben, érsebészetben, belgyógyászatban, szülészetben, onkológiai vagy gerontológiai osztályon.

Kezelésében több út járhatónak bizonyul, azonban célszerű mégis egy-két alapvető elvet követni a terápiás arzenál sokszínűségében, mert az elmúlt évtizedek kezelési taktikája, s a kifinomult haematológiai diagnosztika a nagy átfogó tanulmányok elemzése során megmutatott olyan követendő irányvonalakat, amelyek a thromboemboliás szövődmények megelőzésében nagy fontossággal bírhatnak.

Bevezetés

A phlebitist John Hunter írta le először 1775-ben, csakúgy, mint a pulmonális embóliát.⁹

A tapasztalatok már évszázadokkal ezelőtt azt mutatták, hogy a spasmus során a vénafal elég szorosan rátapad a kialakult vérrögre, így lényegében megakadályozza annak elszabadulását. Emiatt sokszor úgy gondolták, hogy ezen kórképben az embóliaveszély elhanyagolható.¹⁹

A gyulladással eredetű évszázadokig „rányomta a bélyegét” a kórformára, ugyanis az angolszász nyelvterületen nemcsak a felületes vénák gyulladását nevezték phlebitisnek, thrombophlebitisnek, hanem a mélyvénák thrombosisát is, amit manapság már phlebothrombosis, vagy thrombophlebitis profunda nevekkkel illetünk.

Az átlagnépesség 3-11%-ában fordul elő, a nők körében valamivel gyakrabban, mint a férfiaknál, és az életkor előrehaladtával az előfordulása emelkedő tendenciát mutat.¹⁶

Klinikai tünetek

Számos szakkönyv, kézikönyv banális betegségnek tartja, azonban egyre több esettanulmány jelenik meg a szakirodalomban, amelyek a folyamat progressziójáról, és meglepő szövődményeiről adnak hírt.

Jobbára az alsó végtagokon, tágult, varicosus vénák talaján kialakult vénagyulladások kezelése okozhat terápiás problémát. A felső végtagi phlebitisek eredetére utalhat számos körülmény: vérvétel, intravénás gyógyszer beadása, különösképpen kemoterápiás szerek bejuttatása.

Mind a felső, mind az alsó végtagi megjelenéskor a véna lefutása mentén bőrpírt észlelünk, fájdalmas kötegezethez tapintunk (1.kép).

Az alsó végtagon évek óta fennálló súlyos varicositas utalhat eredetére, azonban nem-tágult vénákban is kialakulhat gyulladás.

A végtag körfogatát tekintve nem duzzadt, inkább a véna mentén, annak környezetében jelentkezhet sok esetben jelentős környéki gyulladás.^{3,7,8,13,16,17,19}

Diagnosztika

Az anamnesztikus adatok mellett

1. kép



Bethrombotizált véna saphena magna törzse

sok esetben az alapos fizikális vizsgálat már felvetheti a vénagyulladás gyanúját, azonban ma már elfogadhatatlan a bilaterális duplex vizsgálat nélküli terápiás beállítása.¹⁶

A beteg megtekintése, a rendelésre történő belépése, végtagi panaszainak járás során észlelt manifesztációja, az érintett vénaszakasz megtapintása mind, mind elengedhetetlen mozzanat. Ma már háziorvosi, sebészeti, érsebészeti rendelő, sürgősségi osztályok alapfelszereltségéhez hozzátartozik egy kis kézi Doppler-készülék, amely a beteg gyors irányítása érdekében sok információt adhat. A fájdalmas bőrpír felett álló helyzetben refluxot nem hallunk, a szondafejet proximálisabbra helyezve észlelhetjük, hogy mekkora szabad vénaszakasz van a lágyékhajlatig, ahol már a saphenofemorális (vagy a térdhajlatban a saphenopopliteális) junctió érintettsége folytán mélyvénás propagáció veszélye állhat fenn.

A mindennapi gyakorlat azt mutatja, hogy a fájdalmas bőrpír „valódi” határa egy tenyérnyíval proximálisabban van a mélyben, mint a bőrfelszínen.

Ezen tapasztalati elveinket csak megerősítheti egy korrekt, mindkét

Dr. Nagy Imre
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház
Érsebészeti Profil
1115 Budapest, Tétényi út 12-16.

végtagot magába foglaló ultrahangvizsgálat, amely nemcsak a felületes vénarendszerről ad információt, hanem a mélyvénák állapotáról is tájékoztat.^{1,4,6}

Elkülönítő kórisme

Az anamnesztikus adatok ismeretében könnyen felismerhető a kórkép, azonban nyirokérgyulladás, cellulitis, mélyvénás thrombosis, erysipelas, tendinitis, neuritis, izomrostszakadás, rupturált Baker-cysta, túltelődő varixok, fokozott vénás dystensió (fogamzásgátló tabletták hatása lehet), nyugtalan láb, hypokalaemia okozhat időnként diagnosztikai problémát.^{12,13}

Tekintettel a thromboemboliás kórképek eredetbeli hasonlóságára, leginkább mélyvénás thrombosisból való időbeni elkülönítése a legfontosabb, ugyanis terápiás konzekvenciái lehetnek. Mélyvénás thrombosisok esetén beszélhetünk kifejezett végtagduzzanatról, a felületes thrombophlebitisek kapcsán ilyen extrém végtagduzzanat nagyon ritkán fordul elő.

Kezelés

Mivel a kórkép interdiszciplináris, megfelelő gyógyítása több irányból is megközelíthető.

Lokális, konzervatív kezelése sok esetben célvezethet gyulladáscsökkentő kenőcsök, fájdalomcsillapítók alkalmazásával, azonban fájdalmassága miatt a vérrög kis metszésből történő kibocsátása, exprimálása a beteg panaszmentességét eredményezheti.

Bihari a comb középső harmadától disztálisabban végződő varicophlebitises esetekre ajánlja ezt az ambulánsan is kivitelezhető módszert.²

A felületes visszérgyulladás kiterjedése nagyban meghatározza a további tennivalókat.

A véna saphena magna térd alatti lokalizációjú phlebitisei esetén ambulanter kezelést javasolunk, csakúgy, mint a véna saphena parva térdhajtól távoli gyulladása esetén is.

A térd fölötti VSM, és a fossa poplitea közeli VSP varicophlebitisek esetén gyakran sebészi megoldás a célravezető, mivel sok esetben ascendáló jelleggel a folyamat eléri, megközelíti a junctiót, és belögvén a mélyvénába mélyvénás thrombo-

2. kép



Ascendáló varicophlebitis lágyékhajlati feltárása: a lument kitöltő thrombus jól észlelhető

sist, illetve következményes pulmonális emboliát okozhat.

Denzel a lágyékhajlatot 10 cm-re megközelítő varicophlebitiseknél beszél sebészi indikációról. A műtétnél csak „tűzoltó munkát” alkalmaz, vagyis csak a beömlési ligaturát, végzi el, és „second operation” keretében, második ülésben a saphena törzs gyulladt, combi szakaszának eltávolítását, strippingjét.⁴

Hasonlóan „csak” ligaturát alkalmaz Krause is, véleménye szerint ezzel is csökkenthető a fatális tüdőembóliák előfordulása.⁹

Urai kiterjedt varicophlebitisek esetén radikális varicectomy elvégzését feleslegesnek tartja.¹⁹

Vizsy cryo-technika sikeres alkalmazását írja le varicophlebitisek kezelésére.²¹

Többen, külföldi szerzők közül is a sürgős, radikális műtét mellett voksolnak.^{14,18}

Nos, ez nem takar mást, mint a lágyékhajlati beömlési ellátás (cross-tomy) mellett (2. kép) a begyulladt combi szakasz (3. kép) eltávolítását (stripping), illetve a lábszáron lévő gyulladt és nem gyulladt varixok együlésben történő extirpatióját.

Gyakorlatunk szerint a saphenofemorális junctionál lekötött VSM, vagy a saphenopopliteális junctionál lekötött VSP mellett szükséges a többi gyulladt, bethrombotizált vénaszakasz eltávolítása is, hiszen így a beteg mielőbb panaszmentesé, és keresőképessé tehető.^{7,17}

Az aktív sebészi beavatkozásnak az előrehaladott kor sem képezi ellenjavallatát.¹¹

Összefoglalás

A banálisnak tűnő varicophlebitisek progressziójáról több nemzetközi tanulmány számol be.

Sobreira és mtsai 22-37% közé teszik a felületes vénák thrombophlebitise mellett a mélyvénás thrombosisok előfordulását, 33%-ra pedig a pulmonális embolizációt.¹⁵

Verlato 21 progredáló varicophlebitises beteg vizsgálatakor 7 pulmonális embolizációt diagnosztizált, közülük csak 1 beteg rendelkezett klinikai tünetekkel, 6 pedig „occult” pulmonális embólia volt.

Meglepő összefüggéseket hoztak nyilvánosságra: a felületes véngyulladás és tüdőembólia együttes előfordulása esetén nincs szoros összefüggés mélyvénás érintettséggel, tehát azoknál is előfordulhat occult, multiplex tüdőembólia, akiknek nincs közel az ascendáló folyamat a saphenofemorális junctióhoz.²⁰

Nagyszámú beteganyagot felölelő, randomizált tanulmányokon alapuló nemzetközi konszenzusnyilatkozat a felületes vénathrombosis és mélyvénás thrombosis vonatkozásában 6-53%-os, tüdőembólia tekintetében pedig 1,5-33%-os együttes előfordulást ad meg.¹⁶

Figyelemre méltó, és megszívlelendő van Weert és mtsai tanul-

3. kép



A thrombussal kitöltött VSM combi szakaszának strippingje

mánya. Hollandiában 34 háziorvos adatbázisában retrospektív vizsgálattal közel 40 000 beteg adatlapját tekintették át, köztük 185 alsó végtagi, spontán, felületes thrombophlebitist szűrtek ki, őket 6 hónapon keresztül megfigyelték újabb thromboembóliás történés előfordulása tekintetében.

2,7%-os mélyvénás thrombosis, 0,5%-os pulmonális embolia, 0,5%-os acut myocardialis infarctus, és 0,2%-os STROKE előfordulást regisztráltak. Ezen adatok rámutattak, hogy a spontán, felületes thrombophlebitist követő közel fél éven belül az átlaglakossághoz képest ezekben a betegekben közel 10-szer gyakoribb a mélyvénás thrombosis kockázata.

LMWH adása, és non-szteroid gyulladáscsökkentők jelentősen csökkentik az ismételt thromboembóliás esemény, a mélyvénás thrombosis kialakulását.²²

Hasonló utánkövetésről számolt be Dewar is, 79 felületes vénagyulladásos betegből 3 mélyvénás thrombosis felbukkanását észlelték fél éven belül.⁵

Ezen adatok új, nagyon fontos szempontokat emelnek ki a jövőben ezen betegcsoport vonatkozásában: feltétlenül szükséges a thrombophlebitises betegek haematológiai

szűrése véralvadási zavarok, congenitális eredetű betegségek, valamint a háttérben megbúvó rosszindulatú daganatok kizárása céljából.

Irodalomjegyzék :

1. Aper T., Simanowski J.: *Diagnostic and surgical treatment of the thrombophlebitis in the saphenofemoral junction* *Ultraschall Med.*2009. Apr.30(2):180-4.
2. Bihari I.: *A varicophlebitis kezelése a vérrög eltávolításával* *Orv.Hetil.*1986.127(2):91-92.
3. Bihari I.: *A felületes phlebitis kezelési lehetőségei* *Értebetegségek*, 1998. 5(3):93-100.
4. Denzel C., Lang W.: *Diagnosis and therapy of progressive thrombophlebitis of epifascial leg veins* *Zentralbl.Chir.*2001.May.126(5):374-8.
5. Dewar C., Panpher S.: *Incidence of deep vein thrombosis in patients diagnosed with superficial thrombophlebitis after presenting to an emergency department outpatient deep vein thrombosis service* *EMJ* 2010.27(10):758-761.
6. Graupe F., Hansen O., Zarras K., Mackrodt H.G., Stock W.: *Varicose and ascending thrombophlebitis – surgical planning for emergency crosssection by duplex ultrasound* *Langenbecks Arch.Chir. Suppl.Kongressbd.*1998.115.1240-2.
7. Hetényi A., Rác T., Nagy I., Holjencsik T.: (1996): *Radical varicectomy in ascending LSV varicophlebitis* *Int.Angiol.* 15(2 Suppl.1.):112.
8. Horváth T., Czenkár B.: *Tapasztalataink a thrombophlebitis superficialis (varicophlebitis) sebészkezelésével* *Orv.Hetil.*1990.131.8.391-393.

9. Hunter J.: *On the inflammation of veins* (Edin. Med.Comm.iii.430.) Edin 8vo.1775.
10. Krause U., Kock H.J., Kröger K., Albrecht K., Rudofsky G.: *Prevention of deep venous thrombosis associated with superficial thrombophlebitis of the leg by early saphenous vein ligation* *Vasa*, 1998. Feb.27(1):34-8.
11. Liashko V.V., Kozlov K.L., El'sinovskii V.I., Zhiruev M.S., Borobov IuM.: *Diagnosis and treatment of acute ascending lower limb varicophlebitis in geriatric population* *Adv. Gerontol.*2009.22(3):448-53.
12. Nemes A.: *A vénabetegségek nagy népegészségügyi jelentősége, az ellátás alapkérdései* *Háziorv. Továbbképző Szle*, 1:299-302.1996.
13. Sándor T.: *A felületes thrombophlebitis kezelése* *Orv. Hetil.*2009.150(51):2319-2322.
14. Selishchev V.V., Hardubei IeIu, Svyrydov V.O., Vatsuro M.F.: *Active radical surgical tactics in acute varicothrombophlebitis of the lower extremities* *Klin. Khir.*2009.Apr.(4).30-1.
15. Sobreira M.L., Maffei F.H., Yoshida W.B., Rollo H.A., Lastória S., Griva B.L., DeCarvalho L.R.: *Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in superficial thrombophlebitis of the lower limbs: prospective study of 60 cases* *Int.Angiol.* 2009.28.5.400-408.
16. *Superficial vein thrombosis* In: *Prevention and treatment of venous thromboembolism International Consensus Statement (Guidelines according to scientific evidence)* *Int.Angiol.*Vol.32.Apr.2013. No.2.:237-242.
17. Szabó T., Hetényi A., Nagy I.: *Az ascendáló varicophlebitis műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink* *Orv.Hetil.* 1992.133.47.3019-3021.
18. Ukhanov A.P., Shcheglov V.I.: *The surgical treatment of superficial thrombophlebitis of the lower extremities* *Vestn.Khir.Im.I.I.Grek.* 1993.Jan-Feb.150(1-2):129-31.
19. Urai L.: *Thrombophlebitis (superficialis)* In: Nemes A.(szerk.): *A vénák betegségei és kezelésük* *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 1986.101-105.
20. Verlato F., Zucchetto P., Prandoni P., Camporese G., Marzola M.C., Salmistraro G., Bui F., Martini R., Rosso F., Andreozzi G.M.: *An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh* *J.Vasc.Surg. Vol.*30.6.1113-1115.dec.1999.
21. Vizsy L., Bálint I.B., Farics Á., Parti K., Kolonics Gy.: *Varicophlebitis kezelése cryo-műtéttel* *Összehasonlító tanulmány* *Érbet.*, 2014.21(2):73-75.
22. van Weert H., Dolan G., Wichers I., de Vries C., ter Riet G., Buller H.: *Spontaneous superficial venous thrombophlebitis : does it increase risk for thromboembolism? A historic follow-up study in primary care* *J.Fam.Pract.*2006.Jan.55(1):52-7.