

Behandling av venøs insuffisiens

Sammendrag

Varicer er vanlig. Indikasjonene for kirurgisk behandling er relative og avhengig av om pasienten har plagsomme symptomer. Symptomer ved venøs hypertensjon kan også lindres ved bruk av kompresjonsstrømpe. Hvis pasienten har plager og det ikke foreligger kontraindikasjoner mot kirurgi, kan han henvises til kirurgisk vurdering. Ved primære varicer pga. klaffeinsuffisiens i v. saphena magna eller parva er effekten av kirurgisk behandling godt dokumentert. Tilstanden er arvelig og kronisk progredierende, og residiv av varicer er vanlig, uten at man nødvendigvis får residiv av symptomer.

Kirsten Krohg-Sørensen

kirsten.krohg-sorensen@rikshospitalet.no
Thoraxkirurgisk avdeling, seksjon for karkirurgi
Rikshospitalet
0027 Oslo

10–15 % av menn og 20–25 % av kvinner har åreknuter (1). De fleste har moderate plager som ikke påvirker arbeidsevnen, og bare ca. 30 % trenger behandling. Ved primær (hereditær) venøs insuffisiens er det typiske bildet klaffesvikt i v. saphena magna eller parva, med varikøse vener som står i forbindelse med disse stammene. I tillegg kan pasientene ha symptomer pga. venøs hypertensjon i form av tyngdefølelse, smerter, ødemer, pigmentforandringer, eksem og sårutvikling. Kirurgisk behandling gir effektiv symptomlindring, men fordi tilstanden er ufarlig, er indikasjonen relativ og må vurderes i forhold til pasientens allmenntilstand og ev. kontraindikasjoner mot kirurgi. Indikasjonen for kirurgi styrkes ved pigmentforandring, eksem eller leggsår, ved residiverende tromboflebitter i varikøse vener og ved blødninger fra varicer som perforerer hud.

Den vanligste differensialdiagnosen er posttrombotisk syndrom (sekundære varicer) med dyp venøs refluks som sekvele etter dyp venetrombose med skade av klaffene, hos noen kombinert med avløpshinder på grunn av ufullstendig rekanalisering av

vener. Disse pasientene har ikke nytte av kirurgiske inngrep på overflatiske vener. Tvert imot kan det forverre situasjonen.

En sjeldnere differensialdiagnose er kongenitt vaskulær malformasjon, som også kan forårsake venøs insuffisiens med varicer, ødem og sårutvikling. Dette bør mistenkes hvis pasienten har symptomer fra barne-/ungdomsalder og ved atypisk lokalisasjon av varicer, f.eks. til lateralsiden av låret, og ev. hypertrofi av ekstremiteten. Slike pasienter bør utredes og behandles ved regionsykehus.

Vurdering hos fastlege

I anamnesen legges det vekt på familiær forekomst av varicer, om pasienten har hatt dyp venetrombose eller symptomer på eller familiær belastning for perifer karsykdom. Varicenes utbredelse og lokalisasjon beskrives, i tillegg til en positiv eller negativ bekreftelse av funn som kan tyde på venøs hypertensjon (f.eks. «slanke ankler uten ødem eller hudforandringer» eller «ankelødem med pigmentforandring og eksem»). Puls-palpasjon og ev. måling av ankel-arm-indeks ved mistanke om arteriell insuffisiens er viktig, da samtidig forekommende arteriell insuffisiens har betydning for terapivalg. Pasientens øvrige sykdommer og medikamentbruk er relevant informasjon for vurdering av operasjonsrisiko.

Direkte henvisning fra fastlege til venografi eller fargedupleksundersøkelse frarådes, da slike undersøkelser gjøres mer målrettet etter kirurgvurdering.

Da indikasjonen for kirurgisk behandling ikke er absolutt, trenger man ikke henvise pasienter som ikke skal opereres enten fordi vedkommende er lite plaget og/eller ikke ønsker kirurgisk behandling eller det foreligger kontraindikasjoner (fig 1). Kompresjonsstrømpe gir god symptomlindring. Strømpen bør ha kompresjonsgrad 1–2 ved smerter, ødem og pigmentering og 2–3 ved eksem/leggsår. Arteriell sirkulasjon må alltid vurderes før strømpes anbefales. Ved ankel-arm-indeks < 0,75 er kompresjonsstrømpe kontraindisert, og ved indeks 0,75–0,9 bør forsiktighet utvises og pasienten følges nøye opp. Strømpes må tilpasses nøyaktig, og fornyes regelmessig, da effekten reduseres med tiden. De er dyre, og utgifter refunderes ikke.

Vurdering hos kirurg

Kirurger som opererer pasienter med venøs insuffisiens, bør samarbeide med radiolo-

gisk avdeling eller sirkulasjonslaboratorium med kompetanse på fargedupleksvurdering av klaffesvikt og refluks samt blodstrøm og avløp i underekstremitetsvener. Ved den første konsultasjonen gjøres klinisk undersøkelse med Trendelenburgs test og kartlegging av refluks med håndholdt dopplerapparat. Mens pasienten står, lyttes det etter refluks i saphenastammer samt v. poplitea etter manuell kompresjon av tykkleggen. Hvis man finner refluks i v. saphena magna og ikke refluks i fossa poplitea, og det ikke er residivvaricer etter tidligere kirurgiske inngrep, kan pasienten tilbys kirurgisk behandling uten ytterligere utredning. I motsatt fall, eller ved tvil om tolking av funn, bør det gjøres fargedupleksundersøkelse for å kartlegge overflatiske og dype vener i ekstremiteten. Dette er nødvendig for å utelukke differensialdiagnoser og for å planlegge et ev. inngrep (fig 1). I enkelte tilfeller kan det være nyttig å supplere med ambulatorisk venetrykksmåling (invasiv trykkmåling i vener) eller pletysmografi. Ved dyp venøs insuffisiens hvor man vurderer rekonstruksjon av klaffer i dype vener, kan det også være nødvendig med venografiundersøkelse. Dette betraktes foreløpig som eksperimentell behandling.

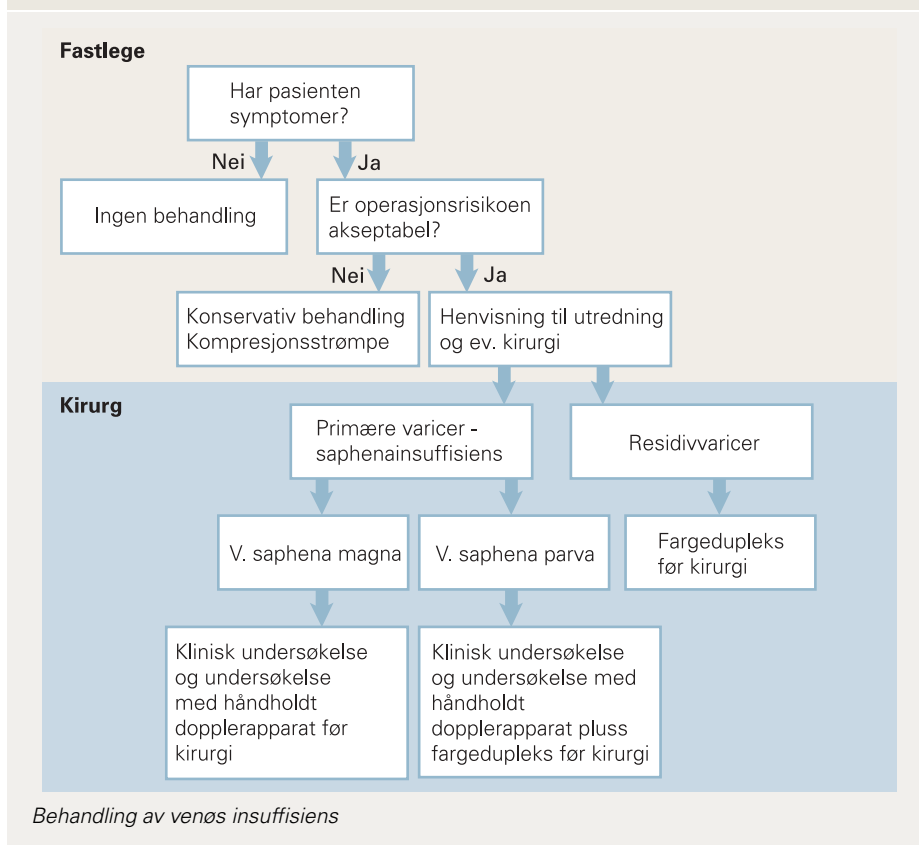
Inngrep

Det finnes ingen oversikt over omfanget av venekirurgi i Norge. Det meste av varicekirurgien er dagkirurgi, utført av generelle kirurger ved mindre sykehus eller karkirurger ved større sentralsykehus og regionsykehus.

Hovedbudskap

- Indikasjonen for kirurgisk behandling av varicer er relativ. Pasienter som har lite besvær, har kontraindikasjoner mot operasjon eller ikke ønsker det trenger ikke henvisning til kirurg. Fastlegen kan ev. følge opp behandling med kompresjonsstrømpe, som gir god symptomlindring
- Den best dokumenterte behandling for primær venøs insuffisiens er høy ligatur og fjerning av den insuffisiente saphenastammen, kombinert med lokal fjerning av alle varikøse vener. Residiv er vanlig. Pasienten må få beskjed om at lidelsen er arvelig og kronisk progredierende

Figur 1



I tillegg har mange private sykehus tilbud om varicekirurgi. Inngrepet utføres oftest i regionalanestesi eller generell anestesi. Venekirurgi har ofte vært utført sjablonmessig, uten adekvat undersøkelse. Forståelse for venøs hemodynamikk og grundig preoperativ undersøkelse er avgjørende for målrettet kirurgisk behandling.

Ved refluks i saphenastammer er det godt dokumentert at høy ligatur og stripping av stammen og lokale eksisjoner av varikøse vener gir godt resultat på kort og langt sikt (2). V. saphena magna skal deles helt inntil v. femoralis, og alle sidegrener må også deles. Ufullstendig gjennomføring av dette er den vanligste årsaken til residiv. V. saphena magna på låret strippes. På leggen kan den etterlates, men dersom den er varikøs, bør den fjernes lokalt gjennom flere små hudsnitt, da stripping av denne delen øker risikoen for skader av n. saphenus med sensibilitetstap og i verste fall kroniske nevrogene smerter.

Ved refluks i v. saphena parva opereres pasienten i mageleie. Saphenopoplitealovergangen kan være lokalisert fra et par centimeter under bøyefuren til høyt oppe på låret. Nivået må merkes på forhånd ved hjelp av fargedupleks for å unngå store incisjoner for eksplorasjon. Variasjon i anatomiske forhold gjør inngrepet mer komplisert, og parvakirurgi bør være en oppgave for karkirurger. V. saphena parva deles i saphenopoplitealovergangen. Stammen bør ikke fjernes med

venestriper, men gjennom flere små snitt i huden langs venens forløp. Skade av n. suralis, som ligger inntil distale del av v. saphena parva, kan gi sensibilitetstap i fotsålen.

I tillegg til fjerning av saphenastammer gjøres omhyggelig fjerning av varikøse vener gjennom multiple små hudsnitt (stab avulsions). For det beste kosmetiske resultat bør disse bare være 3–4 mm, og kan settes med 4–7 cm avstand langs på forhånd tusjmerkede varikøse vener, som dras ut mellom incisjonene. Hudsnittene lukkes med metallklips, intrakutan sutur eller bare tape (f.eks. SteriStrip). Varighet av en operasjon for varicer er 30–60 minutter avhengig av hvor mange lokale eksisjoner som må gjøres. Nøyaktig oppmerking preoperativt og omhyggelig fjerning av alle varicer gir det beste resultat.

Forløp

Ved avslutning av inngrepet anlegges kompresjonsbandasje fra tærne til lysken. Den må legges så stramt at den hindrer blødning og hematomer, også når pasienten er i oppreist stilling. Pasienten mobiliseres umiddelbart postoperativt, og oppmuntres til å gå hyppige, men korte turer hver dag.

Kompresjonsbandasje eller strømpe brukes i fire uker postoperativt. Med mindre det oppstår større hematomer er postoperative smerter moderate. De kan lindres med paracetamol, ev. supplert med Paralgin forte de første par døgn.

Venetrombose kan forekomme som komplikasjon til varicekirurgi, og pasientene bør få tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin preoperativt og instrueres om mobilisering postoperativt. Inngrepet medfører sykmelding i 3–10 dager.

Residiv er vanlig, og kan være forårsaket av mangelfull diagnostikk eller operasjon. Pasienten må informeres om at varicer er en kronisk progredierende tilstand, og at kirurgi ikke hindrer utvikling av varicer i andre kargebeter, f.eks. kan parvaricer utvikles flere år etter stripping av v. saphena magna.

Reoperasjon for residiv kan gi gode resultater. Utredning og behandling er en karkirurgisk oppgave.

Kontroversielle spørsmål

Insuffisiente perforantvener er vanlig hos pasienter med varicer, og kommer av volumoverbelastningen som følger av refluks i saphenastammen. Hos noen ses også refluks i dype vener. Perforantvenenes og dype veners funksjon vil normaliseres ved fjerning av den insuffisiente saphenastammen (3, 4). Det er ikke dokumentert at perforantligatur i tillegg til stripping påvirker operasjonsresultatet, og det pågår forskning for å avklare dette.

Kirurger som likevel velger å utføre perforantligatur, bør vurdere å gjøre inngrepet endoskopisk for å redusere forekomsten av sårkomplikasjoner, som er vanlig etter åpen subfasciell perforantligatur (5).

I de senere år er det lansert endoluminale teknikker for obliterasjon av v. saphena magna (laser, oppvarming med radiofrekvensenergi). Dokumentasjonen er foreløpig sparsom (6, 7).

Skleroterapi hevdes å være et godt alternativ ved residivvaricer mindre enn 3–4 mm, og ved venektasier. Derimot synes det klart at skleroterapi av insuffisiente saphenastammer gir dårlig resultat.

Litteratur

1. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167–73.
2. Dwerryhouse S, Davies B, Harradine K, Earnshaw JJ. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial. *J Vasc Surg* 1999; 29: 589–92.
3. Labropoulos N, Mansour MA, Kang SS, Gloviczki P, Baker WH. New insights into perforator vein incompetence. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 18: 228–34.
4. Walsh JC, Bergan JJ, Beeman S, Comer TP. Femoral venous reflux abolished by greater saphenous vein stripping. *Ann Surg* 1994; 8: 566–70.
5. Kalra M, Gloviczki P. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: who benefits? *Semin Vasc Surg* 2002; 15: 39–49.
6. Bergan JJ, Kumins NH, Owens EL, Sparks SR. Surgical and endovascular treatment of lower extremity venous insufficiency. *J Vasc Interv Radiol* 2002; 13: 563–8.
7. Campbell B. New treatments for varicose veins. *BMJ* 2002; 324: 689–90.