

VÉNÁK BETEGSÉGEI

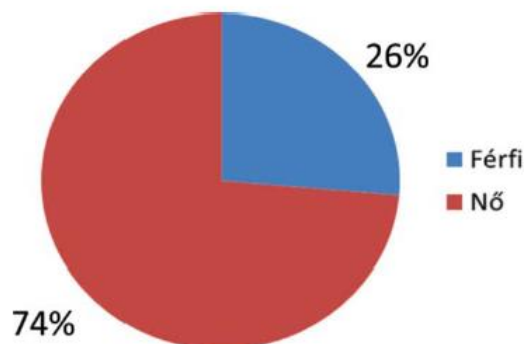
Az alsó végtagi visszérbetegség rizikófaktorainak, tüneteinek és súlyossági fokának vizsgálata

Írta: DR. LEPRÁN ÁDÁM, DR. TAKÁCS TIBOR, DR. SIPKA RÓBERT

Bevezetés

A visszeresség, az életminőséget rontó kórállapotok közül az Egyesült Államokban a hetedik leggyakoribb betegség (1). Nyugat-Európa országaiban a felnőtt populáció 10-35%-a szenved a krónikus vénás megbetegedés valamely formájától. Kelet-Európában a helyzet hasonlóan kedvezőtlen. Hazánkban, vénás keringési zavar miatti panaszával a felnőtt lakosság 35-40%-a élete folyamán legalább egyszer orvoshoz fordul (2; 3). A betegség gyakrabban érinti a nőket, mint a férfiakat (4). Súlyos terhet jelent a társadalom számára mind a direkt, mind az indirekt ráfordítás, vagyis a kezelési költségek, a kifizetett táppénz, valamint a munkából való kiesés. A súlyos, szövődményes visszeresség életminőséget rontó hatása pedig anyagilag nem is mérhető. A nyugat-európai államok éves társadalombiztosítási költségvetésük 1,5-2%-át fordítják a krónikus vénás elégtelenség kezelésére (5, 3).

A hatékony megelőzés és eredményes kezelés szempontjából rendkívül fontos a betegség által érintett populáció és a háttérben álló rizikótényezők, valamint a tünetek súlyossági fokának ismerete. A visszérbetegség jellemzője, hogy egészen enyhe, panaszmentes stádiumtól az életminőséget nagyban rontó, súlyos következményekkel járó eseteket is felölel. Megvizsgáltuk tehát, hogy a páciensek a betegség mely stádiumában és milyen panaszokkal keresik fel leggyakrabban az orvost. A szubjektív panaszok mellett, a nemzetközi gyakorlatban elterjedt CEAP klasszifikáció alapján, a betegség objektív stádiumát is meghatároztuk.



1. ábra.

A visszérbetegek nemek közötti megoszlása

Beteganyag, módszer, eredmények

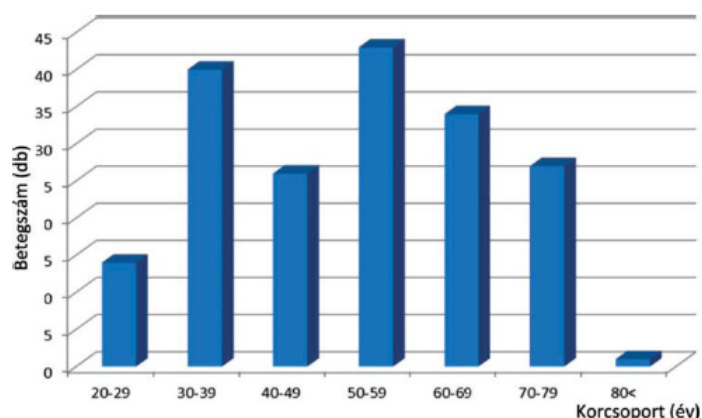
Kutatásunk során az SZTE ÁOK Sebészeti Klinikáján 2011. szeptember 1. és november 30. között megjelent, krónikus vénás elégtelenségben szenvedő 180 beteg adatait dolgoztuk fel a Medical Solution (MedSol) számítógépes rendszerében

található információk alapján. A betegek különböző jellegű panaszokkal kerültek szakrendelésünkre, de ezek mértékétől függetlenül a részletes vizsgálatot követően alsó végtagi visszeresség diagnózist állapítottunk meg.

A szakrendelésen anamnézis felvétel, és részletes fizikális, valamint eszközös vizsgálat történt. A kapott adatokat számítógépes rendszerben rögzítettük, majd ezután különböző szempontok alapján táblázatba rendeztük, összehasonlítottuk, illetve elemeztük.

1. Rizikófaktorok. Vizsgált beteganyagunkban a nemek szerinti megoszlás az irodalmi adatokkal megegyezik, mivel a klinikánkon megjelent betegek 74%-a nő, 26%-a férfi volt (**1. ábra**).

A Klinikán, a vizsgált időszakban megjelent betegek átlagos életkora 52 év volt. Ez szintén az irodalmi adatoknak megfelelő, hiszen a krónikus vénás elégtelenség prevalenciája a korrall együtt nő, az átlagéletkor pedig 50 év körül van (6).

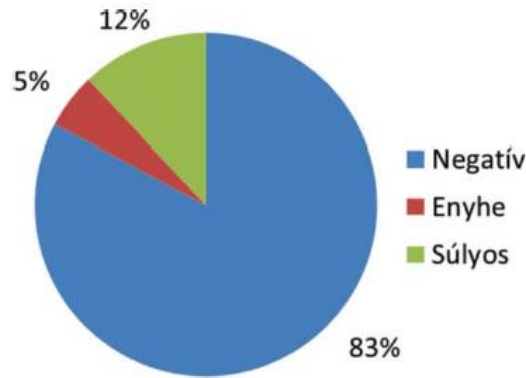


2. ábra.

A visszérbetegek korcsoportok szerinti megoszlása

A betegek életkor szerinti megoszlását oszlopdiagramon mutatjuk be (**2. ábra**). A vizsgált betegpopulációban 2 életkori csúcs mutatkozott, a 30-39 éves, ill. az 50-59 éves korosztály. Az oszlopdiagram nem tükrözi egyértelműen a prevalencia egyenletes növekedését, de figyelembe kell vennünk, hogy az általunk vizsgált betegcsoport már bizonyos szempontból válogatott, hiszen visszeres panaszával nem mindenki fordul orvoshoz. A 40-49 éves korcsoporthoz tartozó betegek alacsonyabb számának hátterében gazdasági-szociális tényezőket feltételezünk. Az idősebb populációba tartozó betegek pedig valószínűleg visszerességüket, polimorbiditásuk miatt kevésbé súlyos problémaként élik meg. A fiatalabb korosztály nagyobb arányát feltételezhetően két tényező is befolyásolja: egyrészt, hogy a fiatalabbak nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az esztétikai problémáknak, másrészt tájékozottabbak a megelőzés szükségességében.

Az örökletes tényezők vizsgálata a családi anamnézis alapján történt (**3. ábra**). Betegeink 82%-ában a családi anamnézis negatív volt, vagy értékelhető információ nem állt rendelkezésre. Krónikus vénás elégtelenség 5%-ban egy, 12%-ban több családtagnál fordult elő. Így különböztettünk meg enyhe és súlyos fokozatot. Ezen adatok alapján az esetek 17%-ában valószínűsíthető örökletes tényező fennállása a visszérbetegség kialakulásában (**3. ábra**).



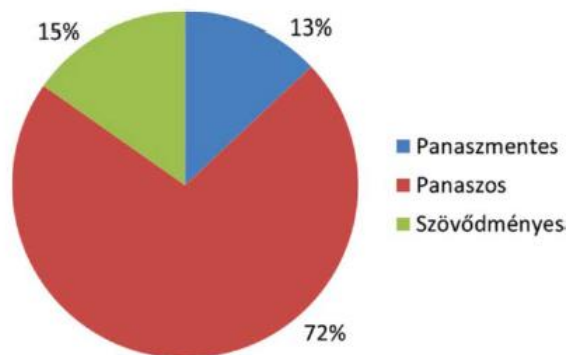
3. ábra.

Örökletes tényezők szerepe a visszér betegség kialakulásában, a családi anamnézis alapján.

2. Tünetek, súlyossági fok. A betegek egy része ugyan panaszmentes, de pozitív családi anamnézis, vagy egyéb okok miatt mégis orvoshoz fordul. A visszérbetegségben szenvedők jelentős része azonban panaszok miatt, pl. *lábdagadás, nehézláb érzés, nyugtalan láb szindróma, éjszakai lábgörcsök, viszketés és feszülés érzés a lábszárban*, jelentkezik orvosnál (7).

A betegek leggyakrabban a fent említett panaszok miatt keresik fel az orvost, de vannak, akik csak a komplikációk fellépését követően (tromboflebitisz, lábszárfekély, vérzés) kérnek segítséget. A betegek kisebb hányada, főként esztétikai okokból szeretné kezelteni betegségét, még kevesebben pedig a szövődmények kialakulását szeretnék megelőzni (8).

Az orvoshoz fordulás okát is elemeztük. Az okokat súlyossági szempontból csoportosítottuk, a betegek szubjektív véleménye, anamnézise és a fizikális/eszközös vizsgálata alapján. Három csoportot alakítottunk ki: panaszmentes, panaszos és szövődményes (4. ábra). Eredményeink alapján a betegek 13%-a panaszmentes (csak esztétikai problémát okoz visszereességük), 72%-a panaszos, 15% pedig szövődményes volt (4. ábra).



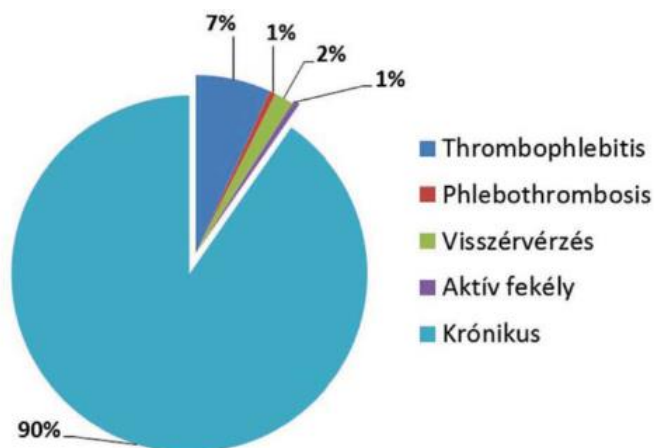
4. ábra.

A betegek szubjektív véleménye, anamnesztikus és fizikális vizsgálata alapján kialakított súlyossági csoportok.

Elemeztük azt is, hogy pácienseink akut, vagy krónikus panaszokkal kerültek vizsgálatra. Akut panasznak tekintettük a vizsgálat idején észlelt tromboflebitist,

flebo trombózt, visszérvérzést, krónikus panaszoknak pedig a hosszú ideje fennálló, napi gyakorisággal problémát okozó visszereiséget, valamint az aktív lábszárfekelet (5. ábra).

Betegeink 90%-a krónikus panaszokkal (~1% aktív lábszárfekelet), 7%-a akut thromboflebitisszel, 1%-a flebotrombózzal, 2%-a visszérvérzéssel érkezett a rendelésre (5. ábra).



5. ábra.
Betegeink vezető panasza a vizsgálat idején.

Az adatokat a CEAP klasszifikáció szerint is elemeztük:

C: *klínikum alapján*, a betegeink a következő csoportba sorolhatók (6. ábra):

11%-a C1-es azaz teleangiektáziájuk, vagy retikuláris vénáik vannak

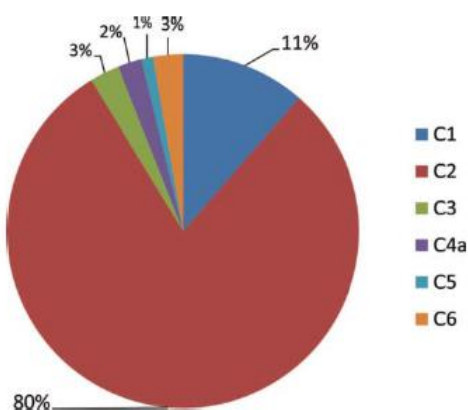
80%-a C2-es azaz lábaikon varikózus vénák láthatóak

3%-a C3-as azaz lábaikon ödémásak

2%-uk C4a azaz lábaikon pigmentáltak, ekcémásak

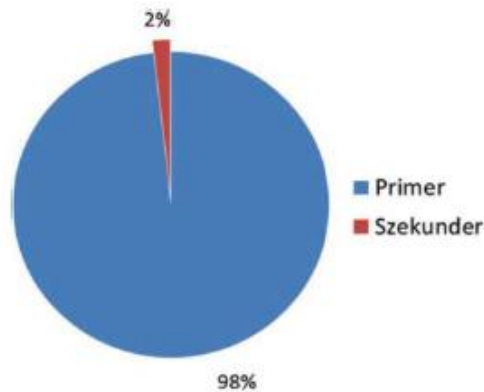
1%-uk C5-ös, azaz gyógyult lábszárfekeletük van

3%-uk C6-os azaz aktív lábszárfekeletük van



6. ábra.
Betegeink megoszlása a CEAP klinikai beosztása szerint.

E: etiológia: a betegek mindössze 2%-a érkezett szekunder okok következtében kialakuló visszeresség miatt, 98% primeren alakult ki. Ez megfelel az irodalmi adatoknak, miszerint a visszeresség többnyire primer módon alakul ki (**7. ábra**).

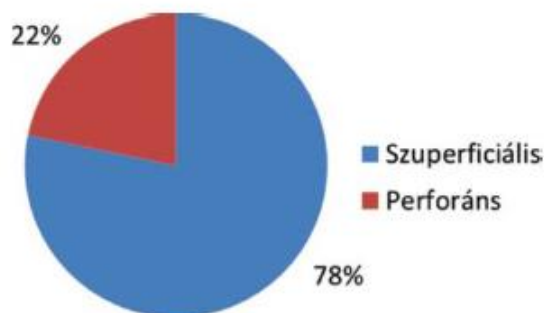


7. ábra.

Betegeink megoszlása a CEAP etiológiai beosztása szerint

A: anatómia: 78%-ban szuperficiális vénák elégtelensége okozta a visszerességet, 22%-ban perforánsok (**8. ábra**).

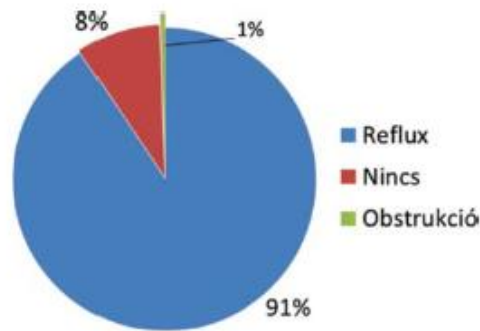
A perforáns vénák elégtelenségének aránya azért is fontos, mivel műtéti beavatkozást követően a reziduális, illetve recidív visszeresség oka lehet. Fontos megállapítani, hogy mely érszakaszt érinti az elégtelenség, mivel ez befolyásolhatja a műtéti megoldást. Perforáns elégtelenség kialakulhat szekunder módon, a mélyvénák elégtelensége miatt is. A primer perforáns elégtelenség viszonylag ritkább ennél. Valószínűnek tartják, hogy a primer perforáns elégtelenség kialakulásának oka is elsősorban az örökletes tényező.



8. ábra.

Betegeink megoszlása a CEAP anatómiai beosztása alapján.

P: patológia: a visszeresség kialakulásának oka a betegek 91%-ában vénás reflux, 8%-ában nincs kifejezett patológiai ok, 1%-ban pedig obstrukció volt (**9. ábra**)



9. ábra.
A betegek megoszlása a CEAP patológiai beosztása alapján.

Következtetés

A visszérbetegség, prevalenciája alapján népbetegségnek tekinthető.

Saját beteganyagunkban a visszéresség többnyire a nőket érintette (74%), a betegek átlagéletkora 52 év és az esetek 17%-ában a családi anamnézis pozitív volt. A betegek 87% -a a tünetek ill. szövödmények megjelenése után kereste fel szakrendelésünket.

A CEAP besorolás alapján többnyire C2-es osztályba tartoztak (80%), primeren alakult ki visszérességük (98%), döntően szuperficiális (78%), kisebb részben perforáns véna elégtelenség (22%) és csaknem kizárólagosan reflux miatt (91%). Hangsúlyoznunk kell a prevenció lényeges szerepét, hiszen a visszéresség nem csupán egy kozmetikailag zavaró, progrediáló állapot, hanem potenciális veszélyforrás is. Az előforduló, esetleg igen súlyos, életet veszélyeztető szövödmények az időben elkezdett kezeléssel meg - előzhetők.

Irodalom

1. White GH: Chronic venous insufficiency. In: Veith F, Hopson RW, Williams RA, Wilson SE, Editors. Vascular surgery. Second ed. New York: McGraw-Hill, Inc.; 1993.p.865-88
2. Criqui MH, Jamosos M, Fronek A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J, Golomb BA: Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. Am J Epidemiol. 2003;158(5):448-56.
3. Sándor T: Chronic venous disease. A state of art. Orv Hetil. 2010;151(4):131-9.
4. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D: The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005;15(3):175-84.
5. Meissner MH, Gloviczki P, Bergan J, Kistner RL, Morrison N, Pannier F, Pappas PJ, Rabe E, Raju S, Villavicencio JL: Primary chronic venous disorders. J Vasc Surg. 2007;46 Suppl S:54S-67S.
6. <http://erbetegsegek.com/image/temak/tovabbkepzes/14ment.pdf>

7. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolaidis AN, Boisseau MR, Eklof B: Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-98.
8. O'Leary DP, Chester JF, Jones SM: Management of varicose veins according to reason for presentation. *Ann R Coll Surg Engl.* 1996;78(3 (Pt 1)):214-6.
9. Agus GB, Mondani P, Ferrari P et al: New epidemiology. The impact of CEAP classification and the style of life on chronic venous insufficiency. *Acta Phlebologica* 2000;1: 7-15.
10. Mátyás L: Micronizált flavonoiddal (Detralex) kezelt, vénás elégtelenségben szenvedő betegek nemzetközi vizsgálatának első magyarországi eredményei (RELIEF-tanulmány). *Érbetegségek* 7:51-58 (2000)
11. Bihari I, Tornoci L, Bihari P.: Epidemiological study on varicose veins in Budapest. *Phlebology.* 2012;27(2): 77-81.
12. Bihari I., Tornóci L., Bihari P.: Alsó végtagi varicositas hazai epidemiológiai felmérése. *Érbetegségek*, 9:57-62. (2002)
13. Hetényi A: Az alsó végtag krónikus vénás elégtelen - ségének klasszifikációja és a súlyosság mértékének megállapítása. *Érbetegségek* 3:21-24. (1996)
14. Jawien A: The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. *Angiology* 2003; 54:S19-S31.
15. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K et al: Bonner Venestudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003;32:1-14.
16. Langer R D, Criqui M H, Denenberg J, Fronck A: The prevalence of venous disease by gender and ethnicity in a balanced sample of four ethnic groups in Southern California. *Phlebology*, 2000;15:99-105.
17. Chiesa R, Marone EM, Limoni C: Chronic venous insufficiency in Italy: The 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005;30: 422-429.
18. Criqui MH, Denenberg JO, Langer RD et al: Epidemiology of chronic peripheral venous disease. In *The Vein Book*, Ed: JJ Bergan, Amsterdam, Boston, Heidelberg, Elsevier, 2007. pp 27-37
19. Scuderi A, Raskin B, Al Assal F, et al: The incidence of venous disease in Brazil based on the CEAP classification. *Int Angiol* 2002;21:316-321.
20. Kroeger K, Ose C, Rudofsky G, et al: Risk factors for varicose veins. *Int Angiol* 2004;23: 29-34.
21. Ziegler S: Chronic venous disease is highly prevalent in hospital employees. *Phlebology* 2006;13:150-155.
22. Fowkes FGR: Prevalence and risk factors for chronic venous insufficiency. *Acta Phlebologica* 2000;1:69-78.

Támogatás

Jelen munka „A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012- 0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program - Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Dr. Leprán Ádám

Szegedi Tudományegyetem
Sebészeti Klinika

Érbetegségek: 2015/1. 19-23. oldal