

Πρωτοπαθείς Κιρσοί των κάτω άκρων

Δημήτρης Χριστόπουλος MD, PhD

Αγγειοχειρουργός
Αναπληρωτής Καθηγητής Αριστοτέλειου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Ειδικός Επιστήμων (expert) της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις φλεβικές παθήσεις (με αριθμό E58676/ DG IX SECTEUR EXPERT/ COMMISSION DES COMMUNOTES EUROPEENES / RUE de la Loi 200, B-1049 Bruxelles).

Αλληλογραφία:

Δημήτρης Χριστόπουλος
Β' Χειρουργική Α.Π.Θ.,
Αγγειοχειρουργικό τμήμα.
Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς»
Θεσσαλονίκη
e-mail: dechrist@otenet.gr
Τηλ: 6945973255

Περίληψη: Οι πρωτοπαθείς κιρσοί είναι η συχνότερη αγγειακή πάθηση και μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, δεδομένου ότι οι κυριότερες επιπλοκές τους είναι η θρόμβωση και τα χρόνια έλκη των κνημών. Η διαγνωστική προσπέλαση είναι κατά κανόνα αναίμακτη και ανώδυνη και η θεραπεία απλή σε σχέση με τις άλλες αγγειακές παθήσεις. Η συνοπτική ανασκόπηση, που ακολουθεί, προορίζεται για την ενημέρωση του μη ειδικού γιατρού.

Εισαγωγή

Οι κιρσοί είναι οφιοειδείς και διατεταμμένες φλέβες του δέρματος των κάτω άκρων. Μπορεί να είναι δευτεροπαθείς, αποτέλεσμα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ή αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών, ή πρωτοπαθείς, οπότε πάσχει μόνο το επιπολής φλεβικό δίκτυο και οφείλονται κυρίως σε κληρονομική προδιάθεση, τρόπο ζωής (ορθοστασία, ελλιπής άσκηση) και εγκυμοσύνη.

Οι πρωτοπαθείς κιρσοί είναι η συχνότερη αγγειακή πάθηση. Το 25-33% του πληθυσμού πάσχει από πρωτοπαθείς κιρσούς με τη σχέση ανδρών: γυναικών να είναι 1:4. Το 2-5% του πληθυσμού πάσχει από επιπεπλεγμένους κιρσούς με δερματικές αλλοιώσεις και έλκη κνημών.¹

Στοιχεία Παθοφυσιολογίας

Στην όρθια θέση η κυκλοφορία του αίματος στους κιρσούς είναι ανάστροφη λόγω καταστροφής των βαλβίδων τους. Έτσι αντί να κατευθύνουν το αίμα προς την καρδιά, ώστε να επανοξυγονωθεί στους πνεύμονες, το επιστρέφουν στο πόδι. Αρχικά η ποσότητα του παλινδρομούμενου αίματος είναι μικρή και το πρόβλημα είναι αισθητικό, κατόπιν όμως παρουσιάζεται οίδημα, κράμπες και εύκολη κόπωση.

Σε προχωρημένα στάδια αλλοιώνεται σημαντικά η μικροκυκλοφορία του δέρματος. Καταργείται η ρυθμιστική λειτουργία των προτριχοειδικών σφικτήρων και τα δερματικά τριχοειδή διευρύνονται και λειτουργούν σαν πολλαπλές μικρές αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες, με αποτέλεσμα το κατώτερο τμήμα της κνήμης γίνεται θερμό και ερυθρό (φλεβικό έκζεμα). Η τριχοειδική διήθηση αυξάνεται. Στα αρχικά στάδια έχουμε μεγάλη εξαγγείωση ύδατος και μικρομοριακών ενώσεων στο διάμεσο χώρο, με αποτέλεσμα το οίδημα. Σε προχωρημένα στάδια όμως εξαγγειώνονται πρωτεΐνες, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια.

Οι πρωτεΐνες δημιουργούν ένα στρώμα άναρχου ινώδους ιστού, που εμποδίζει τη σωστή θρέψη των κυττάρων και το δέρμα γίνεται σκληρό, ανελαστικό και εύθρυπτο (λιποδερματοσκλήρωση). Τα εξαγγειοθέντα ερυθρά αιμοσφαίρια διαλύονται, αλλά ο σίδηρος, που περιέχουν, εναποτίθεται και δημιουργεί τη μελάγχρωση του δέρματος. Τέλος τα λευκά αιμοσφαίρια ενεργοποιούνται στο διάμεσο χώρο και εκλύουν πρωτεολυτικά ένζυμα και ελεύθερες ρίζες οξυγόνου, που καταστρέφουν τους ιστούς, με τελικό αποτέλεσμα το φλεβικό έλκος.²

Στους πρωτοπαθείς κισσούς οι βαλβίδες της μείζονος σαφηνούς φλέβας έχουν καταστραφεί σε ποσοστό 70-80% των ασθενών και οι βαλβίδες της ελάσσονος σαφηνούς και των διατιτραίνουσών φλεβών σε ποσοστό 14-67%.^{1,3}

Η στάση του αίματος μέσα στους κισσούς δημιουργεί υποξία των ενδοθηλιακών κυττάρων και προδιάθεση για θρομβώσεις. Επιπολής φλεβοθρόμβωση εμφανίζεται σε περισσότερο από 11% των ασθενών με κισσούς, σε 6-44% των οποίων επιπλέκεται με θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών ή/και συμπτωματική ή ασυμπτωματική πνευμονική εμβολή.⁴

Η ρήξη των κισσών είναι μια σπάνια, αλλά δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή, λόγω της μεγάλης απώλειας αίματος, που μπορεί να προκαλέσει.

Διαγνωστική προσπέλαση

Οι διαγνωστικές δοκιμασίες των Trendelenburg και Perthes έχουν καταργηθεί στην πράξη και αντικατασταθεί με την εξέταση με το υπερηχητικό αιμοταχύμετρο (Doppler), με το οποίο ανιχνεύεται η παλινδρομη ροή στις πάσχουσες φλέβες. Η διαγνωστική ακρίβεια του Doppler εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή. Η πλέον αξιόπιστη αναίμακτη διαγνωστική μέθοδος, σε έμπειρα χέρια, είναι η υπερηχητική απεικόνιση της ροής στο σύνολο του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων, που γίνεται με το Triplex, με το οποίο μπορούμε να διαφοροδιαγνώσουμε τους πρωτοπαθείς από τους δευτεροπαθείς κισσούς και, όσον αφορά τους πρωτοπαθείς, να εντοπίσουμε τα σημεία παθολογικών επικοινωνιών του

επιπολής με το εν τω βάθει δίκτυο: τη σαφηνομηριαία και τη σαφηνοϊγνυακή συμβολή και τις διατιτρώσες. Οι πληροφορίες αυτές είναι το κλειδί για μια επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση.^{1,3}

Σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να γίνουν μετρήσεις των δυναμικών φλεβικών πιέσεων⁵ ή να χρησιμοποιηθούν πληθυσμογραφικές τεχνικές,⁶ που προσφέρουν αναλυτικές πληροφορίες φλεβικής αιμοδυναμικής, ή να γίνει απεικόνιση του φλεβικού δικτύου με κλασική, μαγνητική ή αξονική φλεβογραφία.

Θεραπεία

Η ανάροπος θέση των κάτω άκρων, η άσκηση (κολύμπι, βάδισμα), η απώλεια πρόσθετου βάρους, η αποφυγή της ορθοστασίας και των στενών ενδυμάτων, βοηθούν τους ασθενείς με κισσούς να αισθάνονται καλύτερα και να μειώνεται το οίδημα.

Οι ελαστικές κάλτσες, με πίεση 20-30 mmHg στα σφυρά και βαθμίδωση πιέσεως, βελτιώνουν τη φλεβική κυκλοφορία, μειώνοντας τη φλεβική παλινδρομηση και βελτιώνοντας τη φλεβική επιστροφή.⁶ Ο ρόλος τους είναι σημαντικός στη θεραπεία και την πρόληψη των φλεβικών ελκών. Η χρήση τους όμως είναι προβληματική κατά τη θερινή περίοδο και υπάρχει δυσανεξία των ασθενών σε ποσοστό 10-20%. Υπάρχουν διάφορα «φλεβοτονικά» φάρμακα, τα οποία ανακουφίζουν από τα συμπτώματα, χωρίς όμως ουσιαστική επίδραση στη φλεβική αιμοδυναμική.⁷

Η συντηρητική αγωγή δεν θεραπεύει τους πρωτοπαθείς κισσούς, ούτε προλαμβάνει τη φλεβοθρόμβωση. Ριζική θεραπεία μπορεί να γίνει μόνο χειρουργικά με αφαίρεση των παθολογικών φλεβών. Η αφαίρεση των φλεβών αυτών πρέπει να είναι πλήρης, ώστε να μην ξαναδημιουργηθούν. Σ' αυτό βοηθάει η ακριβής εντόπιση των παθολογικών επικοινωνιών του επιπολής με το εν τω βάθει δίκτυο με το Triplex, όπως προαναφέρθηκε.³

Η επέμβαση μπορεί να γίνει με γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία, που αναισθητοποιεί μόνο το κατώτερο μέρος του σώματος. Αφού αποσυνδεθούν οι παθολογικές φλέβες από τις εσωτερικές (μείζων ή/και ελάσσον σαφηνής ή/και διατιτρώσες), οι κισσοί αφαιρούνται με μικροτομές της τάξεως του ενός χιλιοστού. Η τεχνική λέγεται «φλεβική μικροχειρουργική». Οι μικροτομές εκτός από το πολύ καλό αισθητικό αποτέλεσμα έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν πονάνε μετεγχειρητικά, δεν μολύνονται, δεν εξαντλούν τον οργανισμό και δεν έχουν επιπλοκές. Η επέμβαση συνήθως διαρκεί μία ώρα περίπου και την επομένη μέρα ο ασθενής παίρνει εξιτήριο με τη σύσταση να φοράει ελαστικές κάλτσες επί μία εβδομάδα.⁸

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται τεχνικές εξουδετέρωσης των φλεβών με καθετήρες Laser ή μικροκυμάτων, ώστε να επιτυγχάνεται ταχύτερη κινητοποίηση του

ασθενούς.⁹ Στη χώρα μας οι τεχνικές αυτές αυξάνουν σημαντικά το κόστος της επέμβασης, χωρίς ουσιαστική διαφορά των αποτελεσμάτων με τη δοκιμασμένη κλασική χειρουργική.

Σε αρχικά στάδια των κιρσών, οπότε και η διάμετρος των παθολογικών φλεβών είναι μικρή, μπορεί να γίνει εξουδετέρωση των φλεβών αυτών φαρμακευτικά με αφρώδη σκληρυντική ουσία. Αυτό γίνεται με ασφάλεια εφ' όσον έχει αποσυνδεθεί χειρουργικά, με τοπική αναισθησία η παθολογική φλέβα από την εσωτερική, ώστε ο τοξικός αφρός να μην περάσει στην κυκλοφορία και δημιουργήσει προβλήματα. Έχουν αναφερθεί εγκεφαλικά επεισόδια από μικροφυσσαλίδες, που πήγαν στον εγκέφαλο μετά από έγχυση του αφρού, με υπερηχοτομογραφικό έλεγχο μεν, αλλά χωρίς προηγηθείσα αποσύνδεση των επιτολής από τις εν τω βάθει φλέβες. Εφόσον τηρηθούν οι κανόνες, η τεχνική είναι ασφαλής, αποτελεσματική, δεν χρειάζεται νοσοκομειακή νοσηλεία και επιτρέπει την άμεση επιστροφή του ασθενούς στις επαγγελματικές ή οικογενειακές του υποχρεώσεις, φορώντας ελαστικές κάλτσες.¹⁰

Η επιτολής φλεβοθρόμβωση ανάλογα με την έκτασή της αντιμετωπίζεται με αντιφλεγμονώδεις αλοιφές τοπικά, ελαστική επίδεση, ηπαρίνες μικρού μοριακού βάρους και τον προγραμματισμό χειρουργικής αντιμετώπισης των κιρσών. Αν η θρόμβωση επεκτείνεται προς τη σαφηνομηριαία ή σαφηνοιγνυακή συμβολή, η ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης είναι επείγουσα λόγω του κινδύνου επεκτάσεως του θρόμβου στις εν τω βάθει φλέβες.⁴

Η ρήξη των κιρσών πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα με τοπική πίεση, ανάροπο θέση, τοπική συρραφή και προγραμματισμό για μονιμότερη χειρουργική αντιμετώπιση.

Όσον αφορά τα φλεβικά έλκη, εφόσον διαγνωσθεί ότι οφείλονται σε πρωτοπαθείς κιρσούς και το εν τω βάθει σύστημα είναι σε καλή κατάσταση, θεραπεύονται πλήρως με την αφαίρεση των παθολογικών επιτολής φλεβών, τοπική περιποίηση και ελαστική επίδεση ή ελαστικές κάλτσες μέχρι να επουλωθεί το έλκος.¹¹

Summary:

Primary varicose veins of lower extremities

Primary varicose veins is the commonest vascular disease. It has significant consequences for the patient and the society because its major complications are thrombosis and chronic leg ulceration. The diagnosis is usually non-invasive and painless and the therapeutic approach is simple comparing with the other vascular diseases. The aim of this brief review is the update of the knowledge of the non-specialist physician.

Βιβλιογραφία

1. Bradbury A, Evans CJ, Allan P, et al: The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on Duplex ultrasonography: The Edinburgh Vein Study. *J Vasc Surg* 2000; 32: 921-931.
2. Welkie JF, Comerota AJ, Kerr RP, Katz ML, Jayheimer EC, Brigham RA. The development of venous ulceration. *Ann Vasc Surg* 1992;6(1):1-4.
3. Lambropoulos N, Tiongson J, Pryor L, et al. Definition of venous reflux in lower extremity veins. *J Vasc Surg* 2003; 38 (4) : 793-798.
4. Van Weert H, Dolan F, de Vries C, et al. Spontaneous superficial thrombophlebitis : does it increase risk of thromboembolism? *J Fam Pract* 2006; 55: 52-57.
5. Nicolaides AN, Hussein MK, Szendro G, Christopoulos D, et al: The relationship of venous ulceration with ambulatory venous pressures measurements. *J Vasc Surg* 1993; 17:414-419.
6. Christopoulos D, Nicolaides AN, Szendro G, Irvine AT, Bull ML, Eastcott HHG: Air-plethysmography and the effect of elastic compression on venous hemodynamics of the leg. *J Vasc Surg* 1987; 5 (1): 148-159.
7. Cesarone MR, Belcaro G, Pellegrini L, et al: Venoruton vs Daflon: evaluation of effects on quality of life in chronic venous insufficiency. *Angiology* 2006; 57: 131-138
8. Bergan JJ, Saphenous vein stripping and quality of outcome. *Br J Surg* 1996; 83 (8): 1027.
9. Teruya TH, Ballard JL. New approaches for the treatment of varicose veins. *Surg Clin North Am* 2004; 84 (5) : 1397-1417.
10. Bountouroglou DG, Azzam M, Kakkos SK, Pathmarajah M, Young P, Geroulakos G. Ultrasound-guided Foam Sclerotherapy Combined with Sapheno-femoral Ligation Compared to Surgical Treatment of Varicose Veins: Early Results of a Randomised Controlled Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31, 93-100.
11. O'Donnell TF Jr. The present status of surgery of the superficial venous system in the management of venous ulcer and the evidence for the role of perforator interruption. *J Vasc Surg* 2008; 48: 1044-1052.