

DERİN VEN TROMBOZLARI

(100 olgunun analizi)

Nusret Torun*

Bülent Alıç**

Günümüzde venlerin trombotik hastalıkları hala yüksek mortalite ve morbiditeye yol açmakta, keza genç komplikasyonları büyük iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır.

Derin ven trombozu (DVT) özellikle meydana getirebileceği komplikasyonları (Pulmoner emboli, venöz gangren ve postflebitik sekeller) açısından önem kazanır. Özellikle geciken vakalarda tedavi, çoğu kez tam bir iyileşme ile sonuçlanmaz, hastayı ve hekimi aylarca uğraştırır. Tanı ve tedavi (gerek tıbbi, gerekse cerrahi) olanaklarımızın geliştiği son yıllarda dahi bu hastalar vasküler cerrahi kliniklerinin önemli sorunlarından biri olmuştur.

Hunter (9), hastane ölümlerinde yapılan postmortel incelemelerinde % 50 oranında DVT saptandığını, bunların yaklaşık 1/4 ünde pulmoner emboli saptadığını bildirmiştir. Derin ven trombozunun yaygınlığını ve önemini vurgulaması açısından bu rakamlar çarpıcıdır. Ancak tromboz olayının, keza pulmoner embolinin çoğu kez saklı, en azından silik kaldığı bilinmektedir. Bildirilen bir seride trombozisin ilk belirtilerinin hastaların % 70 inde pulmoner embolizm olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Denebilirki vakaların ortalama % 50 sinde çevrel venlerde hiçbir trombozis bulgusu yokken pulmoner emboli gelişmektedir.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda A. Ü. T. F. Genel Şirürji Kliniğinde Ocak 1978 - Nisan 1981 tarihleri arasında başvurmuş 100 DVT olgusunun retrospektif analizi yapılmıştır (Kronik venöz yetmezlikler, ulkus varikosum v.s seriye dahil edilmemiştir).

Hastaların tedavisinde semptomlar başladıktan sonra ilk 72 saat içinde başvuran hastalara venöz trombektomi, bu süreden sonra gelenlere ise medikal tedavi,

* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kl. Doçenti

** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kl. Uz. Asistanı

venöz gangren gelişmiş ise uygun düzeylerde amputasyon uygulanmıştır. Uygulanan medikal tedavi şöyledir :

Etkili bir antikoagülasyon : Tercihan infüzyon şeklinde günlük total 400-600 mg Heparin Sulphate İ.V. ile başlanır, uygun bir süre sonunda oral antikoagulanlara geçilir (Coumadin, Warfarin).

Ekstremité elevasyonu : Kalb düzeyine kadar yapılır. Vena içi basıncı, ödem ve ağrıyı azaltmaya yöneliktir.

Antibiyotik

Antiflojistik

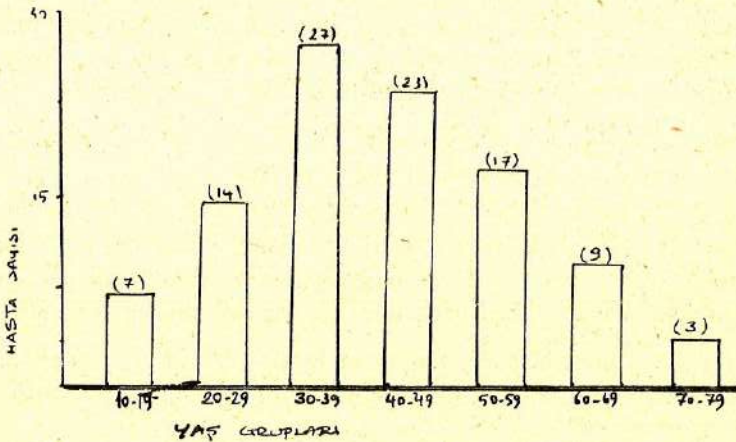
Küçük molekül ağırlıklı dextran : Kan viskozitesini azaltır, kapiller dolaşımı artırır.

Rekanalizasyon dönemi : Hasta mobilize edilmeye başlandığında da elastik bandaj, varis çorabı veya varsa pnömatik kompresyon.

Serimizde trombolitik bir ajan (Streptokinaz, Ürokinaz) kullanılmamıştır.

BULGULAR

Serimizde 53 olgu erkek, 47 olgu bayandır. Yaş ortalaması 40.9 dur. Serimizdeki en genç hasta 16, en yaşlı hasta 75 yaşındadır. Olguların dekartlara göre dağılımını histiogram halinde izlersek (Grafik 1) 4. dekartta (30-39 yaş grubunda)



Grafik 1 : Derin ven trombozlu hastaların yaş gruplarına dağılımı

vakaların en çok olduğu, 5. ve 6. dekartlarda ise diğer yaş gruplarına karşın daha fazla DVT oluştuğu dikkatimizi çeker.

Serimizde DVT 89 olguda alt, 11 olguda ise üst ekstremitede idi. (Tablo I)

TABLO I : Olguların ekstremitelere dağılımı

Alt ekstremitede	Solda	56
	Sağda	25
	Bilateral	9
		89
Üst ekstremitede	Solda	8
	Sağda	3
	Bilateral	—
		11

Tabloda görüldüğü üzere sol alt ekstremitede sağa karşın daha fazla (yaklaşık 3/1) görülmektedir. Üst ekstremitede yaklaşık 4/1 oranında yine solda fazla meydana gelmektedir.

Hastalarımızdan gerek tanı ve gerekse tedavinin planlanması amacı ile 20 olguya venografi uygulanmıştır. Bu olgularda DVT nun lokalizasyonu tablo II de görüldüğü gibi en fazla alt ekstremitede iliofemoral, üst ekstremitede ise subclavian bölgededir.

TABLO II : Venografi yapılan olgularda tıkanıklığın lokalizasyonu

Alt ekstremitede :	
İlio - femoral	4
Derin femoral	4
Derin crus venleri	3
Femoro - popliteal	2
V. Cava Inferior	1
Üst ekstremitede :	
Subclavian	4
Axillo - Subclavian	1
Axiller	1
Axillo - Brachial	1

TABLO III : Derin venöz trombozle eşlik eden hastalıklar

16 hastanın	Son iki ay içerisinde bir ameliyat veya yatağa bağlayan başka bir neden (Fraktür, hemipleji, v.s.) geçirdiğini
11 hastanın	Son bir ay içerisinde doğum veya düşük yapmış olduklarını saptadık. (Bu iki grubun oluşturduğu total % 27 lik oran inaktivitenin en önemli predispozan etken olduğunu ortaya koymaktadır). Ayrıca
6 olguda	Atherosklerotik kalp hastalığı (ASKH)
6 »	Muhtelif deri lezyonları (Dermatit, tinea pedis v.s.)
4 »	Kronik obstruktif Akciğer hastalığı (KDAH)
4 »	Yüzeysel tromboflebitis
3 »	Romatoid artrit
2 »	Karında non - opere tümör (neoplazm)
1 »	Kronik böbrek yetmezliği'nin
Derin venöz tromboza eşlik etmekte olduğunu gördük.	

Serimizde hastaların kliniğe başvurdıklarında (Tablo III) 16 sını son iki ay içinde bir ameliyat veya yatağa bağlayan başka bir neden (fraktür, hemipleji v.s) geçirdiğini, 11 hastanın son bir ay içinde doğum veya abortus yapmış olduklarını saptadık. Ayrıca 6 olguda arteriosklerotik kalp hastalığı, 6 olguda muhtelif deri lezyonları, 4 olguda kronik obstruktif akciğer hastalığı, 4 olguda yüzeysel tromboflebit, 3 olguda romatoid artrit, 2 olguda karında non-opere tümör, 1 olguda ise kronik böbrek yetmezliğinin DVT ye eşlik etmekte olduğunu gördük.

Üst ekstremitedeki DVT larında ise 5 olguda (% 45 oranda) travma hikayesi (aşırı kas hareketi, barfiks, pnömotik alet kullanımı, v.s.) saptadık.

Semptomların başlangıcından hasta kliniğe başvurana kadar geçen süre ortalama 24.8 gündür.

Hastalarımızın 4 ünde venöz trombektomi yapılmış, cerrahi tedavi şansını yitirmiş olarak değerlendirdiğimiz % 96 olguya ise medikal tedavi uygulanmıştır.

Serimizde, hastanın kliniğimize başvurduğunda mevcut olan veya tedavi sırasında ortaya çıkan komplikasyonları incelersek; 15 olguda manifest pulmoner komplikasyonlar saptandı. Bunlardan 6 tanesi tipik pulmoner emdbolydi. (2 tanesi öldü) 7 olguda iskemik tipte bir DVT gelişmişti. Bu 7 olgudan 5 tanesinde venöz gangren kliniğimize başvurduğunda mevcuttu. Gecikmiş venöz gangrenle başvuran 5 hastadan ikisine uyluktan amputasyon birine ise articulatio coxae'dan deartikülasyon yapılmak zorunda kalındı. (Bu son hasta kaybedildi). 2 hastada ise heparin kesilip oral antikoagulanlara geçildiği günlerde «Psodoemboli» gelişti (He-

parin rebound). Tekrar heparinize edildiklerinde düzeldi. (Uzun süreli takipler yeterince ve sağlıklı bir şekilde yapılamadığından postflebitik sendrom, kronik venöz yetmezlik gibi geç komplikasyonlar için rakam vermeyi doğru bulmadık).

Hastalarımızın klinikte ortalama yatma süreleri 19.4 gündür. Tedavi sonucu % 54 4vak'ada tatmin edici olmaktan uzaktır. % 26 olguda sonuç çok iyi olarak değerlendirilmiştir ,(Uzunca bir süre ayakta kalmak ve yürümek ile ağrı ve semptom yok). % 20 olguda sonuç iyi denilebilir. (Hafif renk değişikliği dışında semptom yok). 4 vaka öldü. Ölüm sebepleri:

- 2 vakada masif pulmoner emboli
- 1 vakada gecikmiş venöz gangren
- 1 vakada myokard enfarktüsü, mortalite % 4 dür.

TARTIŞMA

Olguların cinslere göre dağılımında, istatistiki açıdan manidar bir fark olmadığını görmekteyiz. Literatürde bazı serilerde durum böyle iken (2,4) bazılarında hastalığın kadınlarda fazla görüldüğünü izlemekteyiz (5).

Hastalık genellikle orta yaşlarda oluşmaktadır. Yabancı yazarların serilerinin de yaş ortalaması biraz daha yüksektir (3,14).

DTV'nun sol ekstremitede daha fazla oluşmasının nedeni sol V. Iliaca Communis ile sağ A. Iliaca Communis arasındaki anatomik çaprazlaşma, keza sol V. Iliaca, V. Cava Inferiora, sağa karşın daha açılı olarak katılmasıdır. Bizim serimizde alt ekstremitede solda DVT oluşma sıklığı % 63 iken bu oran :

- Edwards'ta % 72 (4)
- Yaycıoğlu'nda % 75 (18)
- Aygen'de % 80 (1) dir.

Üst ekstremitede de ise solda DVT oluşma oranı bizde % 72, Tüzüner'de ise % 77 dir (17).

DVT tanısında klinik bulguların yanı sıra gerektiğinde doppler ultrasount dan, izotop venografi ve I²⁵¹ ile işaretlenmiş fibrinojen uptake'inden de faydalanıyoruz. Ancak (özellikle venaların derinleştiği orta femoral ve pelvik bölgede) bu yöntemlerin filebografi kadar değer taşımadığı açıktır. Serimizde % 20 olguya venografi uygulanmış olup tıkanıklık en sık ilio-femoral lokalizasyonda saptanmıştır.

Seride dikkat edilirse hastaların % 27 sinde inaktivitenin en önemli predispozan etkeni oluşturduğu görülür. O halde alt ekstremitede DVT da inaktivite, üst ekstremitede DVT da ise travma en önemli sebeptir denebilir.

Hastalarımızın kliniğe semptomlar başladıktan oldukça uzun bir süre sonra başvurduklarını izledik (24.8 gün). Bu gecikme nedeni ile 4 olgu hariç hastaların

% 96 sı erken cerrahi tedavi (venöz trombotomi) şansını yitirmiş olarak değerlendirilmiştir. Bunu yaparken en önemli değer yargımız semptomların başlama-sından, hastanın kliniğimize başvurana kadar geçen süredir. Kliniğimizde DVT tedavisinde genel prensip ilk 72 saatlik dönemi geçirmiş DVT ların medikal yöntemlerle sağıtılmasıdır.

Ancak şunuda hemen belirtmek gerekirken bu konuda otörler ve klinikler arasında görüş farkları mevcuttur. Bazı yazarlar venöz trombektominin ancak ilk 48 saat içinde uygulanabileceğini savunurken (6) bazı yazarlar erken cerrahi girişim süresine daha geni ş(9-10 güne kadar) tutarlar (4,11,18). Yapılan deneysel çalışmalar venöz trombüs formasyonunun ilk 12 saatte başlayıp 24 saat sonunda tamamlandığını, 48 saatten itibaren ise trombüsün endotel hasar yaparak vena duvarına yapışmaya, giderek organize olmaya başladığını göstermektedir (4,9). 72 saatlik sürenin bitiminde yapılacak bir cerrahi girişimde ise endotel lezyonunun oluşması kaçınılmazdır, keza trombektomi sırasında (zaten frajil olan) pıhtının proksimalinden kopacak bir parça pulmoner emboliye sebep olabilecektir.

Mavor ve arkadaşları (13) 252 vakalılık trombektomi serisinde % 32 oranında erken postoperatif retrombozis saptadıklarını bildirmişlerdir, çalışmada ayrıca trombektomilerden hemen sonra çekilen venografilerde % 62 oranda venöz trombosun tam olarak çıkarılamıyacağı gösterilmiştir. Bu oran hikayesi bir haftayı aşan DVT ında uygulanacak trombektomilerde % 80 e ulaşmaktadır (8,10). Bu bilgilerin ışığı altında erken cerrahi, tedavi şansını yitirmiş olarak değerlendirdiğimiz hastalara medikal tedavi uyguladık (amaç trombozun ilerlemesini önlemek, pulmoner emboli riskini azaltmak ve venaların rekanalizasyonuna yardımcı olmaktır).

Hastalığın en önemli erken komplikasyonu olarak pulmoner embol ve venöz gangrenler görülmektedir.

Pulmoner embolinin etkin bir antikuagülasyon sırasında dahi oluşabilmesi enteresandır. Özellikle heparinin kesilip oral antikuagülanlara geçildiği günler, en dikkatli olunması gereken zamanlardır. Keza bu günlerde «psodoemboli» tablosu ile karşılaşılmasında pek nadir değildir (% 2). Venöz irreverzibl beslenme bozukluğu meydana gelmiş ise tedavide enerjik davranılmalıdır.

İlk 72 saat içinde gelen ve başarı ile venöz trombektomi uygulanan hastalar dramatik bir şekilde çabuk ve sekelsiz iyileşmişlerdir. Oysa cerrahi tedaviye geç gelen hastaların medikal tedavileri uzun, zahmetli ve hemen yarısında tatmin edici olmaktan uzaktır.

SONUÇ

DVT larında ilk 72 saat içerisinde başvuran hastalarda ideal tedavi venöz trombektomi olmasına rağmen ülkemizde çeşitli nedenlerle hastalar tedaviye geç (hatta bazen venöz gangrenler oluştuktan sonra) başvurmakta, ve çoğuna medikal

tedavi uygulanmak zorunda kalınmaktadır. Bu durumda hasta uzun süre hastanede yatmakta, etkin bir medikal tedaviye rağmen postflebitik komplikasyonlara ve sekelleri tamamiyle önlemek mümkün olmamaktadır. O halde yapılacak iş DVT açısından riskli guruplarda (postoperatif ve postpuerperal devrelerde, inaktif hastalarda) dikkatli olmak, mümkün olduğunca erken mobilizasyonu sağlamak, yatak istirahati gerekenlerde yatak ayak uçlarını kalb seviyesinde Trandelenburg durumunda tutmak, kalb akciğer sorunu olan hastalarda ve uzun süren ameliyatlarda ameliyat masasını Trandelenburg durumuna almak; ayrıca şişman hastalarda, varisli hastalarda, daha önce DVT yada yüzeysel tromboflebit geçirmişlerde preoperatif elastik bandaj uygulanması, hatta bu uygulamanın rutin olarak ameliyat edilecek hastaların tümüne tatbik edilmesi olmalıdır. Yine vücut sıvıları eksik kimselerin bu durumlarının düzeltilmesi, infeksiyon gelişmemesi için de önlem alınmasının profilakside yararı vardır. Ayrıca yeni yetişen hekimlere DVT nin iyi tanıtılarak görüldüğünde cerrahi hudut içinde bir vasküler cerrahi kliniğine vakit geçirilmeden ulaştırılması gerektiğini arzetmek gerekir.

ÖZET

Derin ven trombozu sex ayrımı gözetmeyen, genellikle orta yaşlarda görülen bir ven hastalığıdır. Alt ekstremite DVT larında inaktivite, üst ekstremitede ise travma serimizde en önemli predispozan etken olarak görülmektedir. Sol tarafta sağa karşın 3/1 oranda daha fazla meydana gelir. Tıkanıklık en sık iliofemoral lokalizasyondadır.

Ülkemizde DVT lu hastalar bir vasküler cerrahi merkezine oldukça geç başvurmakta ve bu arada «venöz trombektomi» şanslarını yitirmektedirler. Bu safhada yapılacak medikal tedavi de uzun bir süre hospitalizasyonu gerektirir (ortalama 19.4 gün), postflebitik sekellerin önlenmesinde ise sanıldığı kadar etkin değildir.

Mortalite % 4 olarak saptanmıştır.

DEEP VENOUS THROMBOSIS

(Retrospective analysis of 100 cases)

Deep venous thrombosis (DVT) is seen mostly in the middle aged, with equal frequencies in both sexes. In our series the most frequent predisposing factor was inactivity and trauma of the lower and the upper extremities respectively. Left to right ratio was 3 to 1. The obstruction was most commonly located at the iliofemoral region.

In Turkey, the patients' first admission to the hospital is generally to so as miss the change «venous thrombectomy». The only remaining alternative, medical therapy, on the other hand requires a long, costly hospitalisation (approximately 19.4 days) and unfortunately does seem to be satisfactorily effective in preventing the postphlebotic sequela. Our mortality was % 4.

LİTERATÜR

1. Aygen N, Atasalihi, A, Yener A Derin ven trombozlarının tedavisi İst. Ün. Tıp Fak. Mec. 43. 372. 1980
2. Bialostozky L, Liceage J, Benaviders R Massive venous thrombosis of the upper extremity İnternational Surgery. 55. 99. 1971
3. Crenley J.J. Canos A.J. The diagnosis of dep venous thrombosis Arch .Surg. 11. 34. 1976
4. Edwards W.H., Savyers J.L. İliofemoral vencus thrombosis Ann. Surg. 171. 961. 1970
5. Fogarty T.J. Catheter technique for venous thrombectomy SGO. 121. 362. 1965
6. Haller J.A., Abrams B.L. Treatment of acute iliofemoral venous thrombosis in 45 Ann. Surg. 158. 561. 1963
7. Hershy-Calman Atlas of vascular surgery Sec. Edition. W.B. Saunders Co. 1967
8. Hobbs J.T. The treatment of venous disorders MTP press Ltd. England 1977
9. Hunter J.A. Surgery of venous and thrombotic disorders Surg. Clin. North Amer. 51. 99. 1971
10. Kiper H, Tatlıcıoğlu E, Yaycıoğlu A. Venöz tromboz üzerinde deneysel bir çalışmadan çıkarılan sonuçlar A.Ü. Tıp Fak. Mec. 25.6.1972
11. Lansing A.M., Davis W.M. 5 year follow up study of iliofemoral venous thrombectomy Ann. Surg. 1681620. 1968
12. Lee B.Y., Trainer S.F. Nonivasive prevntion of thrombosis of dep veins of the thigh SGO. 142. 705. 1976
13. Mavor G.E., Galloway J.M. İliofemoral venous thrombosis Brit. J. Surg. 56, 45, 1969
14. Mc Namara M.F., Takaki H.S. Venous Disease Surg. Clin. N. Amer, 57, 6, 1977
15. Resengarten D.S., Liard J. The effect of leg elevation on the incidence of deep-vein Thrombosis after operation Brit. J. Surg. 58. 182. 1971
16. Schwartz S.I. Principles of Surgery Mc Graw Hill C 1969
17. Tüzüner a., Tatlıcıoğlu E., Yaycıoğlu A. Üst ekstremiteilerin akut primer derin ven trombozu A.Ü. Tıp Fak. Mec. 27. 517. 1974
18. Yaycıoğlu A., Arıbal D., Tatlıcıoğlu E. Cerrahi damar hastalıkları Nuray Matbaası 1978 Ankara
19. Yaycıoğlu A., Tatlıcıoğlu E., Gökçora H. Derin ven trombozlarında klinik tanı ve tedavinin 20 vak'a üzerinde incelenmesi. A.Ü. Tıp Fak. Mec. 27. 179. 1974