

Yaşlılarda ven hastalıklarına yaklaşım

Approach to venous diseases in the elderly

Dr. Ahmet Kürşat Bozkurt, Dr. Ozan Onur Balkanay

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Özet– Hem derin ven trombozunun hem de kronik venöz yetmezliğin insidansı ve şiddeti yaş ile birlikte artmaktadır. Ancak günümüzde yaşlı hasta popülasyonundaki önemleri hala yeterince kavranamamış haldedir. Çoğu hastada daha önceden tedavi uygulanması öyküsü olmasına rağmen genellikle ileri klinik evrede kronik venöz yetmezliğe rastlanmaktadır. Bunun sonucu olarak yaşlı hastalarda mobilizasyon kısıtlılıklarında, günlük aktivitelerde yardım alma gereksiniminde ve düşme riskinde artış mevcuttur. Hastalarda yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir. Yaşlılarda kronik venöz yetmezlik gelişiminde temel risk faktörleri içinde yaş, immobilizasyon ve obezite sayılabilir. Hastalar, bacaklarda ağrı, ödem, yanma, şişkinlik, ağırlık hissi, huzursuz bacak sendromu, gece krampları, damar genişlemesi, renk değişikliği ve açık yara gibi şikayetler ile kliniğe başvururlar. Tanısal süreçlerde öykü ve fizik muayenenin yanında hastanın evrelemesi ile birlikte renkli Doppler ultrasonografi incelemesi kullanılır. Venöz yetmezlik hastalarının tanımlanmasında “Klinik-Etiyoloji-Anatomi-Patoloji (KEAP)” sınıflaması kullanılmaktadır. Önde gelen ayırıcı tanıları içerisinde konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, karaciğer disfonksiyonu, anti-hipertansif, non-steroid anti-inflamatuar ve bazı anti-diyabetik ilaç kullanımı ile lenfödem ve derin ven trombozu sayılabilir. Hastalarda erken tanı ve uygun terapötik müdahaleler sonrasında uzun süreli düzenli takip altında hastaların tutulması ileri komplike klinik durumların oluşması riskini azaltır. Tedavinin ana bileşenleri içinde hasta eğitimi, mobilizasyonu, bacak elevasyonu, obezitenin önlenmesi, venöz kompresyon çorabı kullanımı, venoaktif ajanların kullanımı ve kateter temelli/cerrahi müdahaleler sayılabilir. Yüzeysel venöz yetmezlikte endovenöz radyofrekans veya lazer ablasyon teknikleri ile endovenöz kimyasal ablasyon teknikleri ileri yaş grubu kronik yüzeysel venöz yetmezlik hastalarında düşük morbidite riskleri nedeniyle öncelikli olarak tercih edilecek girişimsel müdahale modaliteleridir. Yüzeysel trunkal varikoziteler için köpük skleroterapi de ileri yaş grubunda bir alternatif olarak değerlendirilebilir. Alınacak her türlü tedavi kararında risk-fayda oranı, hastanın kliniği, mevcut bulunan tedavi imkanlarının yanında hastaya özgü riskler ve hepsinden önemlisi hastanın beklenti ve kararı temel belirleyici olmalıdır. Hastanın yaşından daha önemli olan şeyin hastanın kendi fizik kondüsyonu olduğu ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin bu yaş grubundaki önemi unutulmamalıdır.

Summary– Incidence and severity of both deep vein thrombosis and chronic venous insufficiency are increased with age. Today, however, the significance of these diseases in the elderly patient population are still poorly comprehended. Although most patients have a history of previous treatment, chronic venous insufficiency is usually encountered in the advanced clinical stage. As a result, there is an increase in mobility restrictions, the need for assistance in daily activities and the risk of falls in elderly patients. The quality of life is negatively affected in patients. Age, immobilization and obesity are the main risk factors for the development of chronic venous insufficiency in the elderly. Patients present with complaints such as pain, edema, burning, bloating, weight sensation, restless leg syndrome, night cramps, varicosities, color change and open wound in the legs. In diagnostic procedures, color Doppler ultrasonography examination is used together with patient’s staging as well as history and physical examination. Classification of “Clinical-Etiology-Anatomy-Pathology (CEAP)” is used in defining venous insufficiency patients. Among the leading differential diagnoses are congestive heart failure, renal failure, liver dysfunction, anti-hypertensive, non-steroidal anti-inflammatory and some anti-diabetic medications and lymphedema and deep vein thrombosis. Patients underwent early diagnosis and long-term regular follow-up after appropriate therapeutic interventions reduce the risk of developing advanced complicated clinical conditions. The main components of treatment include patient education, mobilization, leg elevation, prevention of obesity, use of venous compression stockings, use of venoactive agents, and catheter-based/surgical interventions. Endovenous radiofrequency or laser ablation techniques and endovenous chemical ablation techniques in superficial venous insufficiency are preferential interventional modalities due to low morbidity risks in older age group of chronic superficial venous insufficiency patients. Foam sclerotherapy for superficial truncal varicosities can also be considered as an alternative for older age groups. In any treatment decision to be taken, the risk-benefit ratio, the patient’s clinical status, the available treatment options as well as the patient-specific risks and the patient’s expectation and decision should be the main determinant. It is important to remember that what is more important than the age of the patient is the patient’s own physical condition and that the quality of life is improved.

Giriş ve Epidemiyoloji

Yaşlı hasta popülasyonunda sıklıkla karşımıza çıkan venöz sistem hastalıkları, venöz tromboz/tromboemboli ve venöz yetmezliktir.^[1] Her iki venöz patolojide de beklenen insidans yaş ile birlikte artış göstermektedir.^[2] Her iki klinik patoloji birbirinin oluşumunu tetikleyebilmekte, görülme oranlarını arttırmaktadır.^[2] Yaşlanma ile birlikte venöz yapılarda kompliyans giderek azalmaktadır.^[3] Yaşlı hasta popülasyonunda venöz yetmezlik tablosunda görülen variköz venler, bacak ülserleri ve ödem venöz tromboz gelişimi için risk faktörleri arasında görülmektedir.^[2] Bunun sonucu olarak yaşlı hastalarda venöz yetmezlik öyküsü mevcudiyetinde hem derin ven trombozu hem de pulmoner emboli için 1.6–3 kat tahmini risk artışı olduğu bildirilmektedir.^[2] Venöz yetmezlik semptomları ve bulguları ile başvurmuş yaşlı hastalarda tromboz riski açısından mutlaka uyanık olunmalıdır.^[2] Yetmiş yaş üzeri yaşlı popülasyonunda venöz tromboz insidansının yıllık %0.5–1 oranlarında olduğu bildirilmektedir.^[4] Trombotik olayların %60'ından fazlasının bu ileri yaş grubunda meydana geldiği belirtilmektedir.^[5] Venöz tromboz gelişiminin temelinde Virchow triadının komponentleri olan kan akımında staz meydana gelmesi, hiperkoagülabilite ve endotelial hasarlanma yatmaktadır.^[6] Venöz tromboz sonrasında gelişebilen post-trombotik sendrom olarak venöz yetmezlik kliniği gelişebilmektedir. Derin ven trombozu için temel tedavi hedefleri pulmoner emboli ve post-trombotik sendrom gelişimi risklerini azaltmaktır. Genel olarak derin ven trombozu yaşlı hastalarda daha sık görülmekle birlikte tedavi süreçleri ve hedefleri diğer yaş grupları ile benzerdir. Tedavi seçenekleri içerisinde standart ve düşük molekül ağırlıklı heparin ile varfarin ve yeni nesil oral antikoagülanlar kullanılmaktadır. İleri yaş grubu gibi major kanama riskinin yüksek olduğu gruplarda yeni nesil oral antikoagülan ajanlar öncelikli tedavi tercihi olabilmektedir. Bu yazıda genel hatlarıyla yaşlılarda görülen kronik venöz yetmezlik (KVY) konusu ele alınacaktır.

KVY, genel alışılan tabir ile “varis hastalığı” toplumda en yaygın şekilde rastlanılan hastalıklar içerisinde yer almaktadır. KVY, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilemektedir ve sosyo-ekonomik problemlere yol açmaktadır.^[7,8] Endüstrileşmiş ve gelişmekte olan toplumlarda beklenen ortalama yaşam sürelerindeki artış sonucu yaşlı popülasyonun toplumun diğer kesimlere oranında da bir artış söz konusudur. Bunun sonucunda da toplumdaki genel KVY prevalansında da artış meydana gelmektedir.^[7] Bunun yanında KVY, yaşlı hasta popülasyonunda genellikle ikinci plana itilmiş ve klinik önemi yanlış algılanmış bir patolojidir.^[7] Yaşlı popülasyonunda çok sık olarak KVY görülmesi nedeniyle “olağan” algısı mevcuttur ve bu nedenle genellikle ileri

tanısal veya terapötik basamaklara sıklıkla geçilmemektedir. Özellikle yaşlı erkek hastalar tarafından KVY daha da az önemsenmektedir.^[9] Venöz yetmezlik prevalansı yaşla birlikte giderek artan oranlara sahiptir.^[10–12] Bu nedenle yetişkin popülasyonda KVY sıkça karşımıza çıkan bir patolojidir.^[11] Yetişkin popülasyondaki ileri evre KVY hastalığının tahmini insidansının %0.5–3 olduğu belirtilmektedir.^[13,14] Daha erken evrelerde tanısal süreçlerin gerçekleştirilmesi, hatta 60 yaş üzerindeki geriatric hastalarda taramaların yapılarak uygun tedavi modalitelerinin gerçekleştirilmesi ile hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi sağlanacak ve sosyo-ekonomik avantajlar elde edilecektir.

Risk Faktörleri

İlerleyen yaş önde gelen KVY risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Yaşlı KVY hastaları, sıklıkla yaş ile ilintili olarak ilave komorbidite ve kısıtlılıklara sahip olarak kliniğe başvurur.^[7] KVY gelişimi ve klinik kötüleşmesini tetikleyecek temel ek risk faktörleri içinde obezite, immobilitate ve farklı tıbbi ilaç kullanım öyküleri sayılabilir.^[7] Hastalarda immobilizasyon KVY gelişimi riskini ve ciddiyetini arttırdığı gibi KVY de hastaların günlük aktivitelerini kendi kendilerine gerçekleştirebilmeye imkanlarını ve mobilizasyonları kısıtlayıcı etkiye neden olmaktadır.^[7] İleri klinik formlarda başvuran yaşlı KVY hastalarında günlük aktiviteleri yardım almadan gerçekleştirebilme oranları ciddi şekilde düşmektedir.^[7] İleri yaştaki KVY hastalarında mobilizasyon düzeyleri olumsuz etkilenmekte ve hastalarda mobilizasyon sırasında düşme riski artmaktadır. KVY ile immobilizasyon arasında karşılıklı ve çift yönlü bir etkileşim söz konusudur.^[7] Gerek KVY mevcudiyeti hastaları daha da immobil hale getirmekte, immobilizasyon artışı da KVY kliniğini giderek kötüleştirmektedir.^[7] Özellikle diz eklemine içeren etkilenmeler sonucu sınırlı mobilizasyon varlığı KVY için risk faktörü olarak kabul edilmektedir.^[15] Immobilizasyon ve/veya obezite, KVY semptomlarını içeren bağımlılık sendromuna açar.^[16,17] KVY'de vücut kütle indeksi 30 kg/m² üzerinde olan obez hastalarda, obez olmayanlara göre daha fazla ağrı şikayeti ve alt ekstremitede ödem şikayeti mevcuttur.^[7]

Klinik Başvuru

Yaşlı popülasyonda diğer çoğu hastalık grubunda olduğu gibi venöz hastalıklar da klinikte daha sık karşımıza çıkmaktadır. Hastalarda bacaklarda ağrı, ödem, yanma, şişkinlik, ağırlık hissi, huzursuz bacak sendromu, gece krampları, damar genişlemesi gibi başvuru şikayetleri bulunabilir.^[7,18] Erken evre KVY ile kliniğe başvuru, yaşlı hasta popülasyonu için nadirdir.^[19] Venöz yetmezliğe bağlı patolojilerde uzun süreli maruziyet hastalığın daha ileri formlarına ulaşmasına yol açmaktadır. İleri formlarında hiperpigmentasyon, iyileşmiş veya aktif

venöz ülserler mevcuttur.^[18] Yaşlı KVV hastalarında venöz hipertansiyona bağlı cilt değişiklikleri başladığında ülserasyon riski yüksek hale gelir.^[19] Aktif venöz ülser şikayeti ile başvuran hasta sayısı yaş ilerledikçe artış göstermektedir.^[9] Bu hasta grubunda geleneksel olarak atıfta bulunulan derin venöz yetmezlik patolojisi yerine altta yatan yüzeysel venöz sistem reflüsünün bulunma ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.^[11] Hastalarda yüzeysel tromboflebit, derin ven trombozu, kronik bacak ülseri öyküsü ve sedanter yaşam, mobilizasyon kısıtlılığı düzeyi mutlaka sorgulanmalıdır.

Tanı

KVV'de tanısal süreçler öykü ve fizik muayene ile başlar ve hastanın evrelemesi ile birlikte renkli Doppler ultrasonografi incelemesi ile tanı koyulur. Ultrasonografik değerlendirmenin yeterli gelmediği, ayırıcı tanıların dışlanması gereken ve abdomino-pelvik etkilenmelerin düşünüldüğü hastalarda yapılabilecek ileri incelemeler içerisinde bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme venografi tetkikleri yer alır.^[18] Günlük pratikte bu ileri tetkiklere nadiren gerek duyulmaktadır.

Evreleme

Venöz yetmezlik hastalarını değerlendirirken klinik pratiğimizde ortak bir dil kullanımının sağlanması için "Klinik-Etiyoloji-Anatomi-Patoloji (KEAP)" sınıflaması kullanılmaktadır.^[20]

Günlük pratikte KEAP evrelemesinin en sık "Klinik" evreleme parametreleri kullanılır. KEAP "klinik evre 0" fizik muayene ile patoloji saptanmayan hastaları tanımlarken, "klinik evre 1" telenjektazi veya retiküler venleri tanımlamaktadır. "Klinik evre 2" variköz venleri, "klinik evre 3" ise ödem mevcudiyetini tanımlar. "Klinik evre 4"ten itibaren venöz yetmezliğe bağlı cilt değişiklikleri saptanmaya başlanır. "Evre 4a"da pigmentasyon veya egzema görülürken, "evre 4b"de lipodermatosklerozis, beyaz atrofi varlığı söz konusudur. "Evre 5" hastada iyileşmiş venöz ülser öyküsü mevcutken, "evre 6" hastada ise aktif venöz ülser mevcuttur. Klinik evrelerin yanında hasta semptomatik (s) ve asemptomatik (a) olarak da tanımlanmaktadır.

Etiyolojik sınıflamada, yetmezlik için altta yatan doğumsal bir patoloji söz konusu olduğunda "Ec", sekonder başka bir nedene bağlı olmayan primer durumlar "Ep", venöz tromboz sonrası veya travma sonrası gelişen sekonder durumlar "Es", venöz nedenin bilinmediği durumlar ise "En" olarak sınıflandırılmaktadır.

Anatomik sınıflamada, yüzeysel venöz sistem tutulumu varlığında "As", derin venöz sistem tutulumu söz konusu olduğunda "Ad", perforan ven tutulumu söz konusu olduğunda "Ap", venöz yerleşim yeri tespit edilememiş durumlarda ise "An" tanımlaması kullanılmaktadır.

Patofizyolojik sınıflamada ise reflü temelli patoloji söz konusu ise "Pr", obstrüksiyon temelli patoloji mevcutsa "Po", her iki patoloji de mevcutsa "Pr,o", herhangi bir patofizyoloji tespit edilememiş ise "Pn" tanımlaması kullanılmaktadır.

Ayırıcı Tanı

Yaşlı hasta popülasyonunda alt ekstremitelerde bilateral ödem tablosu varlığında KVV'nin ayırıcı tanıları göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı hastalarda bilateral alt ekstremitede ödem varlığında altta yatan etiyojije bakılmaksızın ampirik olarak sıklıkla kullanılan terapötik ajan diüretiklerdir.^[21] Oysa ki altta yatan etiyojije süreçlere bakıldığında, yaşlı hasta popülasyonunda bilateral alt ekstremitede ödem bulunan hastalarda en sık saptanan patoloji KVV'dir.^[21] Bununla birlikte, alt ekstremitede ödeme yol açan sistemik nedenlerin öncelikle ekarte edilmesi gereklidir. Geriatrik hasta popülasyonunda bilateral bacaklarda ödeme yol açan en sık sistemik neden konjestif kalp yetmezliğidir.^[21] Ekartasyonu için ekokardiyografik değerlendirmenin yapılması, serum B-tipi natriüretik peptid düzeylerinin 100 pg/mL seviyesinin altında saptanması ile yapılabilir.^[21] Ayırıcı tanıda yer alan diğer sistemik patoloji böbrek disfonksiyonudur. Proteinüriye sekonder gelişen plazma onkotik basıncındaki düşüş sonucu alt ekstremitelerde ödem görülebilir. Altta yatan patolojinin böbrek disfonksiyonu olduğu hastalar için proteinürinin saptanması ve tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) 60 mL/dk altında olduğu belirlenmelidir.^[21] Diğer ayırıcı tanıları arasında yer alan patoloji karaciğer disfonksiyonudur ve serum albumin seviyelerinde 20 g/L'nin altında düşüklük ile karaciğer fonksiyon testlerinde etkilenmeler genellikle saptanır. Ayırıcı tanıda yer alan bu sistemik hastalıkların yanında kullanılan anti-hipertansif ajanlar, non-steroid anti-inflamatuar ajanlar ve bazı anti-diyabetik ajanlar da alt ekstremitede ödeme yol açabilirler.^[21] Yaşlı hastalarda uyku apnesi veya konjestif kalp yetmezliğinin bir sonucu olarak pulmoner hipertansiyon varlığında da bilateral bacaklarda ödem görülebilir.^[21] Ayrıca yaşlı hastalarda immobilizasyona bağlı olarak da lenfödem, derin ven trombozu gibi kliniklerin oluşma riskleri artmıştır. Bu patolojiler de yaşlılarda KVV'nin ayırıcı tanısında akıld tutulmalıdır.

Tedavi ve Öneriler

Her hastada öncelikle mutlaka ele alınması gereken tedavi komponentlerinden birisi hasta eğitimidir. Hastalar, fizik kondüsyonlarının müsaade ettiği oranda egzersiz yapmaya teşvik edilmelidir.^[18] KVV ile ilişkili risk faktörlerinin başında gelen immobilité mümkün olduğunca düzeltilmeye çalışılmalıdır. Hastaların düzenli yürüyüş egzersizi yapmaları, gerekli durumlarda yürümeye destek olan cihazların kullanımı sağlanarak

yürüme teşvik edilmeli, meşguliyet terapisi ve geriatrik hastalar için grup egzersizleri planlanabilir. Bacak elevasyonunun gün içerisinde en az 3–4 kez gerçekleştirilmesi ve her seferinde yaklaşık 10–15 dakika dinlenme önerilir.^[18] Hastaların gece uykuları sırasında da alt ekstremitelerinin kalp seviyesinin üzerine çıkacak şekilde elevasyonunun yapılması önerilebilir.^[18] Hastaların mümkün olduğunca ayakta sabit hareketsiz kalmamaları önerilir.^[18] Aşırı kilodan kaçınma amaçlı uygun diyet programına uyulması da önerilerin içerisinde yer almaktadır.^[18] Yaşlı hastalarda sıklıkla mobilizasyon konusunda sıkıntılar mevcut olduğundan kilo verilmesi konusunda egzersizden daha çok uygun diyet rejimi değişikliğinin gerçekleştirilmesi ön plana çıkmaktadır.

Yaşlı hastalarda KVY daha sıklıkla karşımıza çıkmakla birlikte bu yaş grubundaki venöz yetmezlik tedavisinde cerrahi tedavi nadiren önerilmektedir.^[1] Bu yaygın kanı nedeniyle özellikle 70 yaş üzeri hasta popülasyonunda sıklıkla uygulanan konservatif tedavi önerisi temelli yaklaşımın yetersiz kaldığı ve venöz yetmezliğin daha ileri formları ile karşımıza çıktığı görülmektedir.^[1] Oysa ki, hastalarda erken tanı ve tedavi modalitelerinin uygulanması, daha komplike klinik tablolar ile karşılaşmaması için önemlidir.^[7]

Venöz yetmezlik tedavisinin temel bileşenlerinden birisi olan düşük basınçlı venöz kompresyon çorabı uygulaması erken KEAP klinik evre 2–3'deki yaşlı KVY hastalarının çoğundaki venöz semptomların giderilmesinde yeterli olabilmektedir.^[22] Ancak, kliniğe başvuran KVY şüphesi olan tüm hastalar periferik arter hastalığı açısından da mutlaka değerlendirilmelidir.^[19] İleri yaş grubundaki venöz yetmezlik hastalarında kompresyon çorabı tedavisi verilmeden önce eş zamanlı periferik arter hastalığı riski göz önünde bulundurulmalıdır. Periferik nabız muayeneleri ve muayenede distal nabızları net alınmayan hastalarda ayak bileği-kol indeksi ölçümleri, gerekirse doppler ultrasonografi incelemeleri mutlaka yapılmalıdır. Aksi takdirde, yaşlı hastalarda eş zamanlı bulunabilecek periferik arter hastalığı nedeniyle sınırda olan distal doku perfüzyonu, kompresyon çorabı tedavisi ile daha kötü hale getirilebilir.^[19] Ayak bileği-kol indeksi 0.5–0.85 aralığında olan, periferik iskemik yara bulunmayan, istirahat ağrısı olmayan hastalarda planlanan kompresyon çorabı tedavisinin basıncı düşürülerek kullanılması yoluna gidilebilir.^[19] Ancak daha ciddi etkilenmenin olduğu hasta gruplarında, periferik arter hastalığı açısından revaskülarizasyon endikasyonu bulunduğu durumlarda ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulması ve girişimsel veya operasyonel revaskülarizasyon planlanması gerekebilir.^[23]

KEAP klinik evre 4 olan hastalarda sınıf 2 düzeyinde 30–40 mmHg basınçlı venöz kompresyon çorabı uygulaması önerilir. Ancak kompresyon çorabı uygulamasına hasta uyumu oranı yaşlı hastalarda düşmektedir.^[7,24]

Tedavi uyumsuzluğunun önde gelen nedenleri içerisinde ileri yaştaki hastaların kompresyon çoraplarını yardım almadan giyememeleri, konforsuzluk ve kozmetik nedenler olduğu söylenebilir.^[24,25] Yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üzerindeki KVY hastalarında kompresyon çorabı kullanımının hasta tarafından başkasından yardım almadan bağımsız şekilde kullanılabilme oranının %29 gibi düşük seviyelerde olduğu belirtilmiştir.^[25] Önceden tedavi öyküsü olmasına rağmen yaşlı KVY hastalarının sıklıkla KEAP ileri klinik evrede olduğu göz önünde bulundurulursa, geriatrik hastalarda komplikasyon ve sekel gelişimini önleyici erken müdahale yaklaşımının uygun olabileceği sonucu çıkarılabilir.^[7] Kompresyon çorabı kullanımı konusunda ileri yaş grubunda yüksek oranda uyumsuzluk olduğundan yaşlı hasta popülasyonunda KVY tedavisinde cerrahi/girişimsel müdahaleler daha ön plana çekilebilir.^[7] Bu sayede ileri yaş grubu için daha da önemli olan yaşam kalitesi değişikliğine yol açabilecek venöz ülser rekürrens oranlarında azalma sağlanabilir.^[26]

Yaşlı KVY hastalarında herhangi bir cerrahi/girişimsel müdahale önerisinde sıklıkla bulunulmamasının temel nedenleri içerisinde, temel etiolojinin derin venöz sistem yetmezliği olduğu, variköz ven müdahalelerinin daha çok kozmetik amaç taşıdığı kanısı ve hastaların kendi tıbbi durumları nedeniyle herhangi bir müdahaleyi kabul etmemeye yönelik yatkınlıkları yatmaktadır.^[1] Nitekim bu yaş grubunda ileri formda venöz komplikasyonlar ile kliniğe başvuran hastaların sıklıkla daha önce en azından bir merkezdeki müdahale önerisini reddetmiş olma öyküsünün bulunduğu bildirilmektedir.^[1] Oysa ki, yüzeysel venöz sistem yetmezliği bulunan seçilmiş yaşlı hastalarda da minimal morbidite ile cerrahi uygulamalarının etkin sonuçlar verdiğini belirten çalışmalar mevcuttur.^[1] Günümüzde yüzeysel venöz sistem yetmezliği tedavisinde konvansiyonel cerrahi müdahalelerin yerini endovenöz termal ablasyon temelli tedaviler almıştır.^[18] Ancak, endovenöz ablasyon yöntemlerine uygun olmayan hastalarda cerrahi olarak müdahale düşünülmelidir.^[18] Endovenöz ablasyon tedavileri ile yaşlılarda venöz yetmezlik için yapılacak müdahaleler daha düşük morbidite oranları ile daha da mümkün hale gelmektedir.^[27] Genel anestezi veya spinal anestezi gerektirmeyen, tümesan lokal anestezi ile gerçekleştirilebilen endovenöz lazer ve radyofrekans ablasyon tekniklerinin ayaktan hasta kliniklerinde dahi uygulama alanı bulması yaşlı hasta popülasyonu için daha büyük bir avantaj oluşturmaktadır.^[27] Ayrıca tümesan anestezi kullanımını da gerektirmeyen ve ayaktan hasta kliniklerinde uygulama alanı bulan siyanoakrilat temelli kimyasal endovenöz ablasyon da radyofrekans ve lazer ile endovenöz ablasyon tekniklerine iyi bir alternatif olarak bu yaş grubunda tercih edilebilir.^[18] Tüm bu teknik gelişmeler yaşlı hasta popülasyonunda yapılabilecek müdahaleleri düşük

riskler ile uygulanmasını mümkün hale getirmektedir. Ayrıca yüzeysel trunkal varikoziteler için köpük skleroterapisinin kullanılması da ileri yaş hasta grubunda bir alternatif olarak değerlendirilebilir.^[28] Bu yaş grubundaki hastalar daha genç yaş grubundaki hastaların aksine köpük skleroterapisi sonrası oluşabilecek cilt lezyonu gelişme riski konusunda daha az kaygı duyarlar.^[19]

KEAP klinik evre 5 kategorisindeki hastalarda kompresyon çorabı uygulaması venöz ülserin tekrar gelişmesini önlemeye yardımcıdır.^[29] KEAP klinik evre 6 kategorisinde ise öncelikli olarak aktif venöz ülser tedavisi için dört katmanlı kompresyon bandaj tedavisi uygulanır.^[30] KEAP klinik evre 5 ve 6 hastalar için ayak bileği seviyesinde 40 mmHg basınç oluşturan yüksek basınçlı venöz kompresyon çorabı uygulanmalıdır.^[18] Bu tedaviye ek olarak yüzeysel venöz cerrahinin rekürrens oranlarını en az 3 yıllık süreyle azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^[31]

Venoaktif ajanların kullanımı, ödem, ağrı, yorgunluk hissi ve kramp tarzındaki şikayetlerde semptomatik gerilemeye yardımcı etki gösterebilmektedir.^[18] Ancak venoaktif ajanların kompresyon çorabı tedavisinin yerini almadığı ve mevcut patolojiyi düzeltmediği bilinmelidir.^[18] Kalsiyum dobesilat, diosmin-hesperidin, okserutin içeren ajanlar başta olmak üzere birçok çeşitte venoaktif ajan mevcut günlük pratikte kullanılmaktadır. Semptomatik iyileşmeye yardımcı tedavi bileşenleri olarak terapötik süreçlerde değerlendirilebilirler.

Venöz staz ülserlerinin gelişmesinin temelinde sıklıkla KVV yatmaktadır.^[1] Venöz staz ülseri gelişen hastaların yaşam kalitesi oldukça olumsuz şekilde etkilenmektedir.^[32,33] İleri yaş grubunda eşlik eden komorbiditeler bir istisnadan öte neredeyse kural şeklinde karşımıza çıkmaktadır.^[19] Bu nedenle genellikle hastalar herhangi bir müdahale planlanması için sıklıkla çok yaşlı olarak değerlendirilmektedir.^[1] Yetmiş yaş ve üzerindeki yaşlı hasta popülasyonunda yapılan yapılan bir çalışmaya dahil edilen hastaların genellikle post-trombotik sendrom olarak başka merkezler tarafından inoperabl kabul edilmiş oldukları, oysa ki yarısından fazlasının müdahale edilebilecek safeno-femoral bileşke veya büyük safen vende reflü olduğu saptanmıştır.^[1] Yaşlı hastalarda yüzeysel venöz sistemde ileri yetmezliğe yönelik yapılacak tedavilerin daha az güvenilir ve daha az efektif olduğuna dair elimizde herhangi bir kanıt yoktur.^[19] Yaşlı hastalarda genellikle daha komplike ve ileri formlarda venöz hastalık söz konusu olmaktadır.^[19] Bu nedenle daha aktif tedavi gereksinimi söz konusu olabilmektedir. Yaşlı hastalarda gelişen venöz yetmezlik tablolarında gerçekleştirilecek başarılı tedavi uygulamaları hem mobiliteyi artırmada hem de hastanın yaşam kalitesini iyileştirmede oldukça önemli rol oynamaktadır. Erken tanı ve uygun terapötik müdahaleler sonrasında uzun süreli düzenli takip altında hastaların tutulması ileri komplike klinik

tabloların oluşması riskini azaltır. Klinik tedavi modaliteleri arasında seçim yapılırken hasta özelinde bireysel değerlendirme yapılmalıdır. Alınacak her türlü tedavi kararında risk-fayda oranı, hastanın kliniği, mevcut bulunan tedavi imkanlarının yanında hastaya özgü riskler ve hepsinden önemlisi hastanın beklenti ve kararı temel teşkil etmelidir. Hastanın yaşından daha önemli olan şeyin hastanın kendi fizik kondüsyonu olduğu ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin bu yaş grubundaki önemi unutulmamalıdır.^[1]

Kaynaklar

- Weinmann EE, Poluksht N, Chayen D, Bass A. Surgery of the superficial venous system in elderly patients. *Vasc Endovascular Surg* 2003;37:111-5.
- Engbers MJ, Karasu A, Blom JW, Cushman M, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg A. Clinical features of venous insufficiency and the risk of venous thrombosis in older people. *Br J Haematol* 2015;171:417-23.
- Lopes A, Lloret-Linares C, Simoneau G, Levy B, Bergmann JF, Mouly S. Impact of physiological aging on lower limb venous compliance. *Eur Geriatr Med* 2013;4:133-8.
- Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Hammerstrøm J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007;5:692-9.
- Rosendaal FR, VAN Hylckama Vlieg A, Doggen CJ. Venous thrombosis in the elderly. *J Thromb Haemost* 2007;5 Suppl 1:310-7.
- Virchow R. Gesammelte Abhandlungen zur Wissenschaftlichen Medicin. Frankfurt: Meidinger Sohn & Comp; 1856.
- Weyer K, Stücker M, Pientka L, Reich-Schupke S. Chronic venous insufficiency in a geriatric collective. *Phlebologie* 2015;44:239-46.
- Rabe E, Pannier F. Societal costs of chronic venous disease in CEAP C4, C5, C6 disease. *Phlebologie* 2010;25 Suppl 1:64-7.
- Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A, Hallböök T. Chronic leg ulcers: an underestimated problem in primary health care among elderly patients. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:184-7.
- Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FG. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J Vasc Surg* 2002;36:520-5.
- Carpentier PH, Maricq HR, Biro C, Ponçot-Makinen CO, Franco A. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France. *J Vasc Surg* 2004;40:650-9.
- Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol* 2005;15:175-84.
- Coon WW, Willis PW 3rd, Keller JB. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh community health study. *Circulation* 1973;48:839-46.
- Biland L, Widmer LK. Varicose veins (VV) and chronic venous insufficiency (CVI). Medical and socio-economic aspects, Basle study. *Acta Chir Scand Suppl* 1988;544:9-11.
- Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005;111:2398-409.
- Doerler M, Altmeyer P, Stücker M. Venous leg ulcer caused by obesity-associated dependency syndrome. *Phlebologie* 2013;42:205-8.
- Göstl K, Obermayer A, Hirschl M. Pathogenesis of chronic venous insufficiency by obesity. *Phlebologie* 2009;38:108-13.
- Bozkurt AK. Kronik venöz yetersizlik. In: Bozkurt AK, editör. Periferik arter ve ven hastalıkları ulusal tedavi kılavuzu. İstanbul: Bayçınar Tıbbi Yayıncılık; 2016. p. 142-68.
- O'Hare JL, Earnshaw JJ. Practical advice for the treatment of venous disease in the elderly. *Phlebologie* 2008;23:101-2.
- Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al; American Venous Forum International Ad Hoc Committee for Revision of the CEAP Classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg* 2004;40:1248-52.
- Thaler HW, Pienaar S, Wirnsberger G, Roller-Wirnsberger RE. Bilateral leg edema in an older woman. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48:49-51.
- Weiss RA, Duffy D. Clinical benefits of lightweight compression: reduction of

- venous-related symptoms by ready-to-wear lightweight gradient compression hosiery. *Dermatol Surg* 1999;25:701–4.
23. Humphreys ML, Stewart AH, Gohel MS, Taylor M, Whyman MR, Poskitt KR. Management of mixed arterial and venous leg ulcers. *Br J Surg* 2007;94:1104–7.
 24. Rabe E, Hertel S, Bock E, Hoffmann B, Jöckel KH, Pannier F. Therapy with compression stockings in Germany - results from the Bonn Vein Studies. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;11:257–61.
 25. Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stücker M. Compression therapy in elderly and overweight patients. *Vasa* 2012;41:125–31.
 26. Barwell JR, Davies CE, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A, et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363:1854–9.
 27. Campbell B. Varicose veins and their management. *BMJ* 2006;333:287–92.
 28. Jia X, Mowatt G, Burr JM, Cassar K, Cook J, Fraser C. Systematic review of foam sclerotherapy for varicose veins. *Br J Surg* 2007;94:925–36.
 29. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD002303.
 30. Ghauri AS, Taylor MC, Deacon JE, Whyman MR, Earnshaw JJ, Heather BP, et al. Influence of a specialized leg ulcer service on management and outcome. *Br J Surg* 2000;87:1048–56.
 31. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, Chant T, Foy C, Earnshaw JJ, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:83.
 32. Dale JJ, Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Berrey PN. Chronic ulcers of the leg: a study of prevalence in a Scottish community. *Health Bull (Edinb)* 1983;41:310–4.
 33. Madar G, Widmer LK, Zemp E, Maggs M. Varicose veins and chronic venous insufficiency disorder or disease? A critical epidemiological review. *Vasa* 1986;15:126–34.

Anahtar sözcükler: Kompresyon çorapları; venöz tromboz; venöz yetmezlik; radyofrekans kateter ablasyonu; skleroterapi; yaşam kalitesi; yaşlı.

Keywords: Compression stockings; venous thrombosis; venous insufficiency; radiofrequency catheter ablation; sclerotherapy; quality of life; elderly.