

Varicer lokalt vårdprogram

Gäller för: Kirurgkliniken

Bakgrund

Patienter som söker för åderbräck eller åderbräcksrelaterade besvär är mycket vanliga på en vårdcentral eller en kirurgmottagning. Årligen opereras nästan 400 patienter med åderbräck i vårt län. Det är en kärlkirurg som ska bedöma om indikation finns för behandling och bestämma vilken metod som i så fall ska användas.

Symptom

Man brukar dela upp i grupper med olika svårighetsgrad beroende på symptom:

C0: Hud utan synliga smala vener eller åderbräck

C1: Hud med smala synliga vener

C2: Hud med synliga åderbräck

C3: Synligt ödem sekundärt till venös insuff

C4a: Hud med pigmentering eller eksem

C4b: Lipodermatoscleros eller hudatrofi

C5: Hud med läkt bensår

C6: Hud med aktivt venöst bensår

Enbart patienter i grupperna C4-C6 skall utredas och om möjligt behandlas. För patienter i grupp C3 kan rekommenderas konservativ terapi i form av råd om högläge, kompressionsstrumpa. För en del patienter kan det dock bli fråga om kirurgisk terapi. För patienter i grupp C0-C2 är det inte aktuellt med kirurgi.

Undersökningsteknik

Riktat sig mot att påvisa inkompetens eller kompetens inom de fyra huvudvensystemen i benen: Safena Magna-systemet, Safena Parva-systemet, Djupa vensystemet och Perforantsystemet.

Traditionell undersökningsteknik går ut på:

Examination:

Utseendet och utbredningen av varicositeter. Förekomst av svullnad, pigmentförändringar och sår. Ofta kan man genom denna undersökning dra slutsatser om vilket system som är inkompetent.

Handhållen doppler:

Dopplerproben placeras över de kärlavsnitt som skall undersökas. Proximalt över safena magna, proximalt över safena parva, över vena poplitea och över suspekta perforanter. Muskeln eller kärlet komprimeras distalt. Man hör då att flödesljud. När man släpper kompressionen fås ett nytt flödesljud om kärlet är inkompetent, medan det är tyst i ett kompetent kärl.

Ultraljud med duplex:

Numera standardundersökning. Vid undersökningen får man både en uppfattning om varicositeter i kärlen, om de är öppetstående, eventuell reflux och även graden av reflux. Samtidigt kan vi göra en bedömning av det djupa systemet och perforanter.

Behandling

Skumsclerosering:

Snabbaste metoden där uppskummad aetoxysclerol injiceras från konfluens längs hela det insufficianta kärlet. Görs just nu på Kirurgiteamet, tar ca 15 minuter. Tromboflebitliknande symtom är vanligt efter några dagar, kan behandlas med Hirudoidsalva och NSAID, men ska **inte** ordinerars lågmolekylärt heparin. Viss risk för pigmentering. Efter injektionerna förses patienten med en strumpa som bör vara på i tre veckor. Promenader rekommenderas. Patienten sjukskrivs inte.

RF-behandling

Metod som värmer och klistrar ihop kärlet inifrån. Behandlar kärlet från ljumsken och distalt. Görs på lightsalen i lokalbedövning, och kan kombineras med lokala excisioner eller skumbeh. Även här viss rik för tromboflebitliknande tillstånd som inte ska behandlas med mer än Hirudoidsalva och NSAID.

Kompression:

Förstahandsmetod vid djup insufficiens och ofta tillräckligt vid ytlig venös insuff. I de flesta fall är kompression till knät med klass1-strumpa tillräckligt, men det finns även höga kompressionsstrumpor att köpa på apoteket. Vid samtidig arteriell insufficiens ($ABI < 0.8$) rekommenderas viss försiktighet. Hos patienter med enbart ytlig insufficiens och måttliga besvär kan en strumpa med måttlig kompression vara tillräcklig behandling. Om otillräcklig effekt av klass1strumpa kan det vara aktuellt med en klass2strumpa, se [PM riktlinjer för kompressionsstrumpa](#)

Operation:

Safena magna kirurgi:

Noggrann dissektion i ljumsken med säker identifikation av safena magnas inmyning i v. femoralis. Skall safena magna tas bort räcker oftast att strippa från knät. Stripping av safena magna på underbenet medför en större risk för nervskador. Hos patienter med kombinerad djup och ytlig insufficiens kan safena magna kirurgi övervägas vid bensår. Man måste först säkerställa att de djupa venerna på låret, och i bäckenet, inte är ockluderade.

Safena parva kirurgi:

Noggrann dissektion i konfluens. Patienten bör vara i bukläge. Stripping avrådes, mycket hög risk för nervskador vid detta ingrepp.

Perforantkirurgi:

Hos patienter med bensår kan perforantkirurgi vara av värde. Först bör eventuell insufficiens i Safena magna eller parvasystemet åtgärdas. Hos patienter med djup venös insufficiens och bensår kan perforantkirurgi övervägas även om resultaten här är sämre än vid en ytlig insufficiens. Om dålig hud i området kan SEPS (subfasciell endoskopisk perforantslutning) övervägas.

Recidivoperationer:

Vid recidiv efter tidigare hög eller låg underbindning kan det vara indicerat att reexplorera ljumskan respektive knävecket. Framför allt där man kan följa ett kylse till dessa lokalisationer. Man får vara beredd på att en reexploration är betydligt mer krävande pga ärrbildning.

Posttrombotiskt syndrom

Hörnstenen vid behandling är kompression, detta oavsett om patienten utvecklat sår eller ej. Det bör påpekas att den bästa profylaxen mot sårbildning är en tidigt insatt kompression, och generellt gäller att patienter som har svullnadstendens efter en ventrombos bör strumpbehandlas. Oftast räcker det med en klass1-strumpa, bara vid terapivikt aktuellt med utprovning av klass2-strumpa.

Många av dessa patienter utvecklar samtidigt en ytlig venös insufficiens. Behandling av det ytliga systemet är inte uteslutet, då sådan kirurgi har visat en positiv effekt på svullnad och bensår. Dessutom har det visat sig att många patienter under rubriken '*posttrombotiska bensår*' alls ej har djup venös insufficiens utan i huvudsak ytlig venös insufficiens. Det är därför viktigt att någon gång verifiera att det rör sig om djup venös insufficiens. Detta gör vi numera på kirurgmottagningen, remissen ska ställas dit.

Vid operationer på det ytliga vensystemet, hos en patient med djup venös insufficiens, måste man preoperativt säkerställa att det inte föreligger ocklusion i det djupa vensystemet. Vid ocklusion kan återflödet nästan helt gå via det ytliga vensystemet, bryts detta vid en operation kan det resultera i förvärrad svullnad.

Postoperativa ordinationer Öppen varicerkirugi

Hög stödstrumpa dag och natt två veckor. Direkt vid operationsslut lindas benet något hårdare med elastisk linda för att släppas något efter 2 timmar. Därefter linda till dagen efter. Pat skall även fortsatt använda vanliga stödstrumpor dagtid oavsett. Suturer tages två veckor ovan knä och tre veckor nedom knä.

Postoperativa ordinationer RF behandling

Hög stödstrumpa dag och natt två veckor. Direkt vid operationsslut lindas benet något hårdare med elastisk linda för att släppas något efter 2 timmar. Därefter linda till dagen efter. Pat skall även fortsatt använda vanliga stödstrumpor dagtid oavsett. Suturer tages två veckor ovan knä och tre veckor nedom knä.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare