

Πρωτοπαθείς Κιρσοί Άνω Άκρου

**Ι. Ντούβας, Κ. Λούπου, Β. Παπαβασιλείου, Γ. Ρόκας, Γ. Λαμπρόπουλος,
Δ. Αρβανίτης**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πρωτοπαθείς κιρσοί άνω άκρων σε αντίθεση με τους αντίστοιχους των κάτω άκρων αποτελούν μια σπάνια νοσολογική οντότητα με ελάχιστες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία . Η διαγνωστική προσέγγιση ώστε να αποκλεισθεί η περίπτωση ύπαρξης δευτεροπαθών κιρσών είναι απαραίτητη, ενώ η θεραπεία είναι παρόμοια αυτών των κάτω άκρων. Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα 37 ετών με πρωτοπαθείς κιρσούς άνω άκρου, ιδιαίτερα στην άκρα χείρα και στην αρχή της βασιλικής φλέβας. Η διάγνωση βασίσθηκε στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και στην αγγειακή υπερηχογραφία. Πραγματοποιήθηκε εξαίρεση των κιρσών υπό γενική αναισθησία.

Όροι ευρετηρίου: Πρωτοπαθείς κιρσοί, δευτεροπαθείς κιρσοί, αγγειακή υπερηχογραφία, βασιλική φλέβα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρωτοπαθείς κιρσοί άνω άκρου είναι μια σπάνια και ενδιαφέρουσα νοσολογική οντότητα, που η αιτιολογική της βάση φαίνεται να είναι κοινή με αυτήν των κιρσών των κάτω άκρων, χωρίς ωστόσο να υπάρχει σαφής απόδειξη. Στη διαφορική διάγνωση εμπλέκονται οι δευτεροπαθείς κιρσοί από αρτηριοφλεβική επικοινωνία και εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Η θεραπεία είναι ίδια με την αντίστοιχη των κάτω άκρων. Η περίπτωση ενός άνδρα 37 ετών με πρωτοπαθείς κιρσούς άνω άκρου που υποβλήθηκε σε χειρουργική εξαίρεση αυτών αποτέλεσε το έναυσμα για συζήτηση και ανασκόπηση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ένας άνδρας 37 ετών, καθόλα υγιής εξετάσθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της Αγγειοχειρουργική Κλινική με εικόνα κιρσών του αριστερού άνω άκρου περιφερικά του αγκώνα, κυρίως στην άκρα χείρα και στην αρχή της βασιλικής φλέβας, που χρονολογείται από εικοσαετίας (Εικόνα1). Από το ατομικό ιστορικό, αναφέρεται προηγούμενη



Εικόνα 1. Αριστερό άνω άκρο με εμφανείς κίρσους στην άκρα χείρα και στην αρχή της βασιλικής φλέβας.

χειρουργική επέμβαση εξαίρεσης κίρσων αριστερού κάτω άκρου προ τριετίας, η οποία ήταν χωρίς επιπλοκές. Από το οικογενειακό ιστορικό μόνο η μητέρα του ασθενούς παρουσίαζε κίρσους κάτω άκρων αμφοτερόπλευρα. Κατά την κλινική εξέταση, ο ασθενής εμφάνιζε οίδημα και άλγος του άκρου μετά από κόπωση. Τραυματισμός του άκρου είτε από άρση βάρους είτε από κάκωση, δεν αναφερόταν. Το δέρμα του άκρου ήταν φυσιολογικό χωρίς την παρουσία αιμαγγειωμάτων. Στην ψηλάφηση της κερκιδικής αρτηρίας υπήρχαν σφύξεις, χωρίς την παρουσία ροίζου στο αντιβράχιο ή στο βραχίονα ενώ τα άκρα είχαν το ίδιο μέγεθος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε έγχρωμη αγγειακή υπερηχογραφία που επιβεβαίωσε την παρουσία κίρσων χωρίς την ύπαρξη αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας ή εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Οι κίρσοειδώς διατεταμένες φλέβες έκβαλαν στη βασιλική φλέβα. Διενεργήθηκε χειρουργική επέμβαση εξαίρεσης των κίρσων, υπό γενική αναισθησία (Εικόνα 2). Η μετεχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή, ενώ 4 μήνες μετά ο ασθενής δεν εμφανίζει υποτροπή κίρσων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κίρσοι είναι η σακκοειδής, κυλινδρική, σωληνοειδής διάταση και επιμήκυνση του φλεβικού υποδόριου συστήματος. Διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς οφείλονται στην ανεπάρκεια των βαλβίδων, στην αδυναμία του φλεβικού τοιχώματος και έχουν κληρονομική προδιάθεση ακόμη και στην εντόπισή τους. Οι δευτεροπαθείς εμφανίζονται σε φλεβικό δίκτυο εξαιτίας εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ή αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας¹.



Εικόνα 2. Προεχειρητική χαρτογράφηση των κίρσων.

Οι πρωτοπαθείς κίρσοι των άνω άκρων έχουν την ίδια αιτία με την αντίστοιχη των κάτω, αλλά έχουν πολύ μικρότερη συχνότητα εμφάνισης με ελάχιστες περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία. Το γεγονός αυτό φαίνεται να οφείλεται στην αυξημένη υδροστατική πίεση που υπάρχει στα κάτω άκρα σε όρθια θέση σε σχέση με τα άνω².

Στους δευτεροπαθείς κίρσους η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η αρτηριοφλεβική επικοινωνία, συγγενής ή επίκτητη, αποτελούν τις αιτίες εμφάνισής τους. Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση υποκλειδίου και μασχαλιαίας φλέβας μπορεί να είναι πρωτοπαθής - Paget-Schrotter syndrome - και οφείλεται στο σύνδρομο θωρακικής εξόδου ή δευτεροπαθής που οφείλεται σε καταστάσεις υπερπηκτικότητας (θρομβοφιλία, νεοπλάσματα, σακκοειδωση κ.λπ.), σε υποκλειδίου φλεβικούς καθετήρες καθώς και σε εξωγενή πίεση που ασκείται από όγκους του πνευμονικού παρεγχύματος. Αποτέλεσμα του κωλύματος στη φλεβική ροή είναι ο σχηματισμός παράπλευρης κυκλοφορίας και η επακόλουθη φλεβική υπέρταση που οδηγεί στην εμφάνιση κίρσων³. Η συγγενής αρτηριοφλεβική επικοινωνία οφείλεται κατά βάση στα σύνδρομα Klippel-Trenaunay και Parkes-Weber. Το Klippel-Trenaunay χαρακτηρίζεται από την τριάδα: α) κίρσοι β) υποδόρια αιμαγγειώματα γ) υπερτροφία μαλακών μορίων-οστών⁴ όπως αυτή αναφέρεται στην πρωτότυπη δημοσίευση του συνδρόμου, ενώ το Parkes-Weber από αρτηριοφλεβική επικοινωνία και τοπική υπερτροφία⁵. Επειδή η αρτηριοφλεβική επικοινωνία και οι κίρσοι, ως αποτέλεσμα, είναι κοινός παρανομαστής των δύο καταστάσεων, τα δύο σύνδρομα πολλές φορές εσφαλμένα αναφέρονται σαν μια νοσολογική οντότητα Klippel-Trenaunay-Weber. Η επίκτητη αρτηριοφλεβική



Εικόνα 3. Μετεγχειρητική εμφάνιση. 10 ημέρες μετά την εξαίρεση.

επικοινωνία είναι είτε αποτέλεσμα θεραπευτικής παρέμβασης σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (AV Fistula ή AV μόσχευμα) απαραίτητη για την αιμοκάθαρση, είτε απότοκος τραυματισμού.

Η διαγνωστική προσέγγιση των κιρσών των άνω άκρων βασίζεται στη λήψη καλού ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στην εργαστηριακή διερεύνηση με την έγχρωμη υπερηχογραφία και φλεβογραφία, εφόσον απαιτείται. Πρωταρχικός στόχος είναι η διάκριση πρωτοπαθών και δευτεροπαθών κιρσών. Όσον αφορά τη φλεβογραφία (κλασική, μαγνητική ή αξονική) αυτή έχει θέση και είναι αναγκαιότητα στις περιπτώσεις όπου η κλινική εικόνα και η έγχρωμη αγγειακή υπερηχογραφία δεν αποκαλύπτουν σαφώς την αιτία. Στην περίπτωση που παρουσιάστηκε, η κλινική και εργαστηριακή προσέγγιση που ακολούθηθηκε ήταν ενδεικτική πρωτοπαθών κιρσών και δεν απαιτήθηκε φλεβογραφία.

Η θεραπεία των πρωτοπαθών κιρσών των άνω άκρων δε διαφέρει από την αντίστοιχη των κάτω άκρων. Πρωταρχική θέση έχει η χειρουργική εξαίρεση αυτών με γενική, τοπική ή στελεχειαία αναισθησία. Οι Welch και Villavicencio δημοσίευσαν τρεις περιπτώσεις πρωτοπαθών κιρσών που αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική εκρίζωση αυτών⁶. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η σκληροθεραπεία ως εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία καθώς και Laser.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι πρωτοπαθείς κιρσοί του άνω άκρου αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Η λήψη καλού ιστορικού, η ακριβής κλινική εξέταση και η εργαστηριακή

προσέγγιση είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι της διάγνωσης και αντιμετώπισης.

ABSTRACT

Primary varicose veins of upper extremity

Douvas I., Loupou K., Papavasiliou B., Rokas G., Labropoulos G., Arvanitis D.

Vascular Surgery Unit-General Hospital of Athens "Sismanoglio"

Primary varicose veins of the upper extremity are extremely rare in contrast with those of the lower extremity, although it is believed that they have the same cause. The differential diagnosis includes the secondary varicose veins by AV Fistula or deep vein thrombosis. We present a case of a 37 year old man with varicose veins on his left upper extremity in the beginning of basilic vein. The diagnosis was based on history, clinical examination and color ultrasound. We performed segmental excision of varicose veins.

Key words: Primary varicose veins, secondary varicose veins, color ultrasound, basilic vein.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

I. Ντούβας
Γούναρη 187
Πάτρα 263 31
johndouvas@mail.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Π. Δημακάκος. Κλινική Αγγειολογία 4ος τόμος σελ. 1128.
2. Rose SS, Ahmed A. Some thoughts on the etiology of varicose veins. J Cardiovasc surg 1986; 27:534-43.
3. Painter T.D., Karf M. Deep venous thrombosis of the upper extremity. Five years experience at a University Hospital. Angiology 1984; 35:743.
4. Klippel M. and Treanaunay P. Du Noeuvus variqueux osteo-hypertrophique. Arch Gen Med Paris 1900; 185:641.
5. Weber F.P. Angioma formation in connection with hypertrophy of limbs and hemihypertrophy. Brit J dermat 1907; 19:231.
6. Welch HJ, Villavicencio MD. Primary varicose veins of upper extremity. A report of 3 cases. J Vasc Surg 1994; 5:839-43.