

المعالجة الجراحية لخنثار الأوردة السطحية عند مرضى دوالي الطرفين السفليين

الدكتور علي أمين كفي*

(تاريخ الإيداع 6 / 12 / 2016. قُبل للنشر في 30 / 1 / 2017)

□ ملخص □

صممت الدراسة بشكل تقدمي / prospective study / بحيث شملت المرضى المصابين بخنثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي والممتد الى الصافن الكبير أعلى من مستوى الركبة، والمراجعين لمشفى الأسد الجامعي في الفترة بين كانون الثاني 2005 و كانون الأول 2011 . حيث اخضعوا للعمل الجراحي البدئي أو الثانوي (و يقصد به فشل العلاج الدوائي أو ظهور اختلاطات دوائية كبرى) استبعد من الدراسة مرضى الخنثار الوريدي العميق (DVT)، السمنة المفرطة، الأمراض القلبية المتقدمة، مرضى الأورام الخبيثة ، الأمراض الدموية، حالات فرط الخثورية الخلقية والمكتسبة، والمرضى الأكبر من 70 سنة.

بلغ عدد المرضى 60 مريضاً (41 أنثى ، 19 ذكراً) تتراوح أعمار 61.6 % منهم بين 31 و 50 سنة، و كانت الإصابة في الطرف الأيسر في 48.3 % ، الأيمن 40 % ، و في 11.7 % في كلا الطرفين ، و كلها في جملة الصافن الكبير .

وضع الاستطباب الجراحي بشكل أولي عند معظم المرضى و فقط عند 4 بشكل ثانوي و هم المرضى الذين تناولوا العلاج الدوائي لمدة أسبوع - أسبوعين .

وجد أن الحد الأعلى للخنثار حسب الايكو- دوبلر والجراحة متوافقاً لدرجة كبيرة وأعلى من الحد الموجود سريرياً قبل الجراحة بحوالي 5-14سم.

أجريت الجراحة تحت التخدير القطني لدى جميع المرضى و لم توجد صعوبات تقنية كبرى . كانت النتائج جيدة فلم تحصل أية وفيات أو خنثار وريدي عميق أو صمة رئوية أو احتشاء عضلة قلبية . و كانت الاختلاطات القلبية (ورم دموي/ مصلي 5 %، انتان جرح 3.3 % ، تموت حافة الجرح 1.7 % ، النز للمفاوي 3.3 %) مقارنة لتلك المشاهدة في علاج الدوالي غير المختلطة في مشفانا وفي دراسات عالمية مقارنة.

الخلاصة :

نوصي باعتماد الجراحة كعلاج أولي في خنثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي عند امتدادها الى الصافن الكبير في الفخذ (فوق مستوى مفصل الركبة)، اعتماد وسائل الوقاية عند مرضى الدوالي عند تعرضهم للولادة أو القيصرية أو السفر الطويل أو الوقوف المديد ، واعتماد الايكو - دوبلر كوسيلة سهلة غير راضة لتحديد الحد الأعلى للخنثار .

الكلمات المفتاحية: الخنثار الوريدي السطحي، دوالي الطرفين السفليين، الايكو-دوبلر، الصمة الرئوية.

* مدرس - كلية الطب البشري -جامعة تشرين - اللاذقية- سورية.

Surgical Treatment of Superficial Veins Thrombosis (SVT) in patients with Varicose Vein of the lower extremities

Dr. Ali Amin Kafa *

(Received 6 / 12 / 2016. Accepted 30 / 1 / 2017)

□ ABSTRACT □

Sample of 60 evaluable patients were included in a prospective study with Superficial Veins Thrombosis(SVT)on ground of varicose vein lower extremities. the study achieved at AL-Assad hospital (Latakia) in the period between January 2005 to December 2011. Criteria of inclusion were incompetence (by Duplex investigation), a tender indurated cord a long superficial vein, and indurated and heat in the affected area. Exclusion criteria were obesity, cardiovascular or neoplastic diseases, non-ambulatory status, SVT without varicose vein. 60 patients (41 females, 19 males) included in the study, 61.6% were between(31–50) years, left lower limb was affected in 48,3 %, Right 40%, and in 11,7 the both, The GSV was affected alone in all cases. Primary surgical choice was decided almost in all patients, secondary was in 4patients after 1-4 weeks of medical treatment. The extension level in the GSV determined by color duplex ultrasound was similar to surgical findings, and above clinical extension level in (5-14) cm. All surgical intervention was achieved under spinal anesthesia, with no major technical difficulties. Short term results were good, no(DVT, PE, acute cardiac ischemia, death), complications related to surgery(hematoma, seroma5%, wound infection3.3%, wound necrosis1.7%, lymphatic discharge3.3%) show no difference to un complicated varicose surgery.

Conclusion: Primary surgical approach can be used with thrombosis of GSV above knee in varicose patients safely and effectively , color duplex ultrasound scans is recommended to determine extension of SVT.

Key Words: Superficial Vein Thrombosis (SVT), Varicose, Color duplex ultrasound, Pulmonary Embolism.

* Associate professor, MD, Vascular Surgery, Surgery Department, Medicine Faculty, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعرف دوالي الطرفين السفليين / varicose vein of the lower extremities / على أنها عبارة عن توسع وتناول في الوريد الذي يصبح متعرجاً؛ الأمر الذي يؤدي اضطراباً مرضياً (pathological) في الدوران الوريدي؛ وبهذا المعنى لا تدخل التوسعات الشعيرية في إطار المناقشة [1]. تنتشر الإصابة بالدوالي بشكل شائع جداً في أوروبا والولايات المتحدة وفي دول حوض البحر الأبيض المتوسط و تتراوح نسب المصادفة بين 10-20% من السكان الذين تجاوزوا الأربعين عاماً [1,2,3,4]. تختلط دوالي الطرفين السفليين بخثار الأوردة السطحية / SVT / بنسبة متفاوتة بشكل كبير (4-66%) حسب [3,5,6]. بالرغم من أن خثار الأوردة السطحية (SVT) آفة شائعة نسبياً مع نسبة عالية من النكس وإمكانية حدوث اختلاطات ناجمة عن امتداده إلى الأوردة العميقة أو عن صمة رئوية (PE)، فقد تم اعتباره اضطراب غير مهم مقارنة بالخثار الوريدي العميق (DVT) وأعتبر القليل من الأهمية في الأدب الطبي. يصاب بالخثار الوريدي السطحي الحاد 125000 شخصاً في الولايات المتحدة الأمريكية كل عام. ويعتقد أنه يحدث بنسبة أكبر من ذلك بكثير حيث أن معظم الحالات لا يتم توثيقها. اعتبر التعليم الطبي التقليدي أن الخثار الوريدي السطحي حالة محددة لذاتها بذاتها (self limited) وتتم بدون عواقب وتملك خطورة متدنية. الأمر الذي قاد بعض الأطباء الممارسين للتقليل من أهميته ولعلاجه كافة سليمة غير مهمة (benign neglect).

في محاولة لإلقاء الضوء على هذا الإهمال المتعلق بأهمية وعلاج الخثار الوريدي السطحي تم جمع معطيات عدة دراسات في الجدول رقم (1) الذي يعطي فكرة عن أرقام عالية من حصول صمات رئوية كاختلاط للخثار الوريدي السطحي بغض النظر عن اختلاف هذه الدراسات في قواعد التشخيص والعلاج والمتابعة [7].

الجدول رقم (1): تواتر حدوث الصمات الرئوية كاختلاط للخثار الوريدي السطحي.

	Number of Patients	% PE	Year of Publication
Decousus et al. (2)	586	6.5	2010
Sobreira (3)	60	28	2009
Quenet (4)	413	1	2005
Gillet et al. (5)	100	3	2001
Verlato (6)	21	7	1999
Lutter (7)	186	4	1991

Note: every study varied in inclusion criteria, treatments, and method of diagnosis for PE.

وفي مراجعة للأدب الطبي تعتمد الأسس المعتمدة من مجمع كوكران Cochrane Database Syst Rev أظهر حدوث DVT عند 6-44% ، و 20-33% صمات رئوية غير عرضية، و 2-13% صمات رئوية عرضية عند المرضى الذين شخص لهم خثار وريدي سطحي [8].

تشكل الكمادات الحارة أو الكحولية ، إراحة الطرف ، ومضادات التهاب غير الستيروئيدية عماد المعالجة المحافظة لختار الأوردة السطحية وقد تضاف الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي في بعض البروتوكولات أو تكون أساسها في دراسات أخرى [9] ، ومن ثم ينصح بالاستئصال الجراحي لدوالي الطرف السفلي إذا كانت مسببة للحالة السابقة منعاً للنكس، أو استكمالاً لعلاج الدوالي المتقدمة أو العرضية [10].

غير أن استخدام الاستراتيجية العلاجية السابقة يحمل في طياته طول فترة التعطيل عن العمل و النفاهة ، كما يزيد من كلفة العلاج ، ناهيك عن الاختلاطات الناجمة عن العلاج الدوائي (الاختلاطات الدوائية ، وأهمها النزف الهضمي) أو الناجمة عن امتداد الخثار باتجاه الأعلى ، إلى الوصل الصافني - الفخذي أو الوصل الصافني الصغير - المثبضي وعبورها إلى الأوردة العميقة مشكلة خثاراً وريدياً عميقاً، وتشكيل الخثرة الطافية و إمكانية حدوث الصمة الرئوية PE والتي قد تصل إلى 4% حسب تقرير (Verlato F, et al) [11] .

لذلك قمنا باعتماد العمل الجراحي كخيار أولي primary choice لدى مرضى خثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي في الطرفين السفليين وكخيار ثانوي secondary choice عند حدوث الاختلاطات الدوائية الكبرى (نزف معدي أو التهاب معدة دوائي) أو فشل العلاج الدوائي .

لمحة تشريحية :

تقسم الأوردة التي تنزح الطرف السفلي إلى جملتين: جملة سطحية وجملة عميقة.

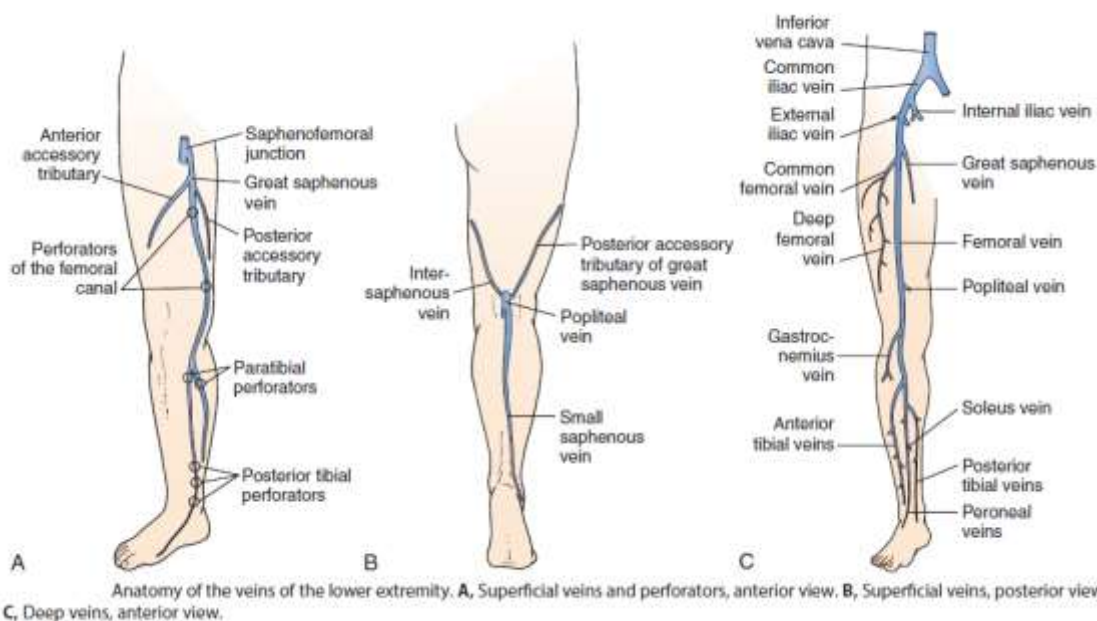
الجملة السطحية تتشكل من الوريد الصافن الكبير great saphenous vein وهو الوريد الأطول في الجسم ويتشكل من اتحاد الأوردة النازحة للجانب الأنسي من القدم ويمتد على الجانب الأنسي للساق والفخذ حتى يصل إلى مصبه في الوريد الفخذي المشترك في جذر الفخذ ويملك روافد عدة في الساق والفخذ وقرب المصب.

ومن الوريد الصافن الصغير والذي ينشا من الوجه الوحشي للقدم ويمر خلف الكعب الوحشي و يسير على الوجه الخلفي للربلة عابراً الصفاق لينتهي في الوريد المثبضي في 60% من الحالات تقريباً، وفي 20% من الحالات يصب في الصافن الكبير وما تبقى في مصبات مختلفة.

الجملة العميقة تتكون من الاوردة المرافقة للشرايين الكبرى في الساق وتسمى باسمها والتي تجتمع مشكلة الوريد المثبضي الذي قد يكون مزدوجاً، ويتابع للأعلى بالوريد الفخذي السطحي الذي يجتمع مع الأوردة العميقة المرافقة للشريان الفخذي العميق مشكلاً الوريد الفخذي المشترك حيث يصب الصافن الكبير.

تتصل هاتان الجملتان مع بعضهما بواسطة أوردة تشاركية تعبر الصفاق وتدعى الاوردة الثاقبة.

يمتد الخثار من الأوردة السطحية الى الأوردة العميقة عن طريق الوصل الصافني المثبضي والوصل الصافني الفخذي أو عبر الاوردة الثاقبة القاصرة [12].



الشكل (1) : شكل ترسمي يوضح تشريح الجملة الوريدية للطرف السفلي وأماكن اتصال الأوردة العميقة مع السطحية.

التشخيص:

يعتمد التشخيص على الأعراض والعلامات السريرية حيث يحدث الألم والاحمرار مع مضض وقساوة فوق واحد أو أكثر من الأوردة السطحية المصابة بالتوسع (الدوالي) مع وذمة سطحية موضعة فوق الأوردة المصابة وحرارة موضعية، ويجس حبل مؤلم في مسار الوريد المصاب. قد تحدث حمى وارتفاع في الكريات البيضاء، ويستمر الارتكاس الالتهابي لأسبوع أو ثلاثة، ويحدث التليف fibrosis او عودة التقني recanalization ففي فترة 6-8 أسابيع، وقد يحصل فرط التصبغ ما بعد الالتهابي hyperpigmentation ويستمر لفترة أشهر عديدة [13]. تظهر مما سبق سهولة التوجه للتشخيص، إلا أنه لمعرفة إمكانية وجود خثار وريدي عميق أو صمة رئوية عرضية أو لا عرضية عند مرضى الخثار الوريدي السطحي يتطلب الأمر مزيداً من الفحوص والدراسات التشخيصية. أظهرت دراسة غير كبيرة (Gorty S, et al-2004) أن الخثار في الفروع الوريدية للصابغ الكبير أو الصغير وإن تكررت أو ترافقها مع أمراضاً مثل الخبائث وفرط الخثورية لا ترافق مع خثار عميق أو صمة رئوية بنسبة كبيرة؛ بعكس الخثار الذي يصيب الصابغ الكبير وخصوصاً عند وصوله لمستوى أعلى من الركبة إذ يترافق عندها بنسبة أكبر من الخثار العميق والصمة الرئوية [14].

يعتبر الإيكو دوبلر الاختبار البدئي والمعياري الذهبي في تشخيص الخثار الوريدي العميق وتقييم الخثار السطحي وذلك بعد استخدامه من قبل Talbot لأول مرة في العام 1982 ويمكننا من تشخيص الخثار العميق بدقة كبيرة ودراسة الأوردة السطحية والوصل الصافني الفخذي أو الصافني المئبضي وكذلك الثواقب القاصرة كطريق لوصول الخثار السطحي إلى الأوردة العميقة. ولكونه اختباراً غير غازي وقليل التكلفة يمكن تكراره بسهولة [15]. لم يعد التصوير الوريدي الظليل يستخدم كخيار أول في دراسة الأوردة العميقة وتقييمها لكونه يساهم أساساً في بدء حدوث الخثار الوريدي من ناحية، ولكون الإيكو دوبلر يقدم تشخيصاً دقيقاً من ناحية أخرى.

بالرغم من أن المعطيات الأولية للتصوير الومضاني والتصوير الطبقي المحوري المتعدد الشرائح مشجعة ، غير ان نقص حساسية الاختبارين وقلة التفاصيل التشريحية لهما قاد إلى بقاء الإيكو دوبلر الفحص المعياري في تشخيص وتقييم مرضى الخثار الوريدي العميق [16].

قد لا يرتفع عيار ال D-dimer عند مرضى الخثار السطحي، لذلك لا يقدم قيمة تشخيصية سواء كان إيجابيا او سلبيا .

يجب أن توجه الفحوص المخبرية عند مرضى الخثار السطحي لمعرفة وجود حالات فرط الخثرية المكتسبة أو الخلقية أو لمعرفة وجود الخبائث إذا كانت السريريات موجهة، وخصوصا عند مرضى الخثار الوريدي السطحي بدون الدوالي .

أما في حالة وجود الدوالي وبدون وجود شبهة سريرية بالخبائث او حالات فرط الخثرية فلا يوجد داعي لإجراء هذه الفحوص المكلفة من ناحية والتي لا تقدم أو تؤخر من ناحية اخرى [17] .

نعود لنؤكد ان الاختبار الأهم والمعيار الذهبي في تقييم مرضى الخثار الوريدي السطحي ومراقبته هو الإيكو دوبلر [18].

التدبير :

يعتمد العلاج على السبب وعلى توضع الخثار في الأوردة السطحية، ويهدف إلى تفرج الأعراض ومنها الأم والاحمرار والى منع الاختلاطات الوخيمة المحتملة مثل الخثار الوريدي العميق والصمة الرئوية، وعلى تفادي امتداده والنكس [19].

يملي اقتراب الخثار في الأوردة السطحية من الأوردة العميقة علاج الخثار في الأوردة السطحية منذ القدم، وزادت أهمية العلاج المعطيات التي أظهرت أن امتداد الخثار السطحي إلى الأوردة العميقة والصمة الرئوية ليست قليلة المصادفة كما ذكرنا [7,12] .

تراوح العلاج من العلاج الجراحي البدئي إلى العلاج الدوائي الذي زاد الحماس له إدخال الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي LMWH [8,10,12,20-25] .

استخدم العلاج بمضادات الإلتهاب غير الستيروئيدية والصادات الحيوية او الصادات الموضعية بنجاحات غير مرتفعة فقد كانت نسبة النكس باستخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية تصل حتى 67% وذلك في مراجعة للأدب الطبي والتي تعتمد أسس مجمع كوكران [8] . وذلك بالرغم من حدوث تفرج الأعراض بالمعالجات السابقة وتفاذي الخثار العميق والصمة الرئوية بنسب متشابهة مع العلاج بالهيبارين منخفض الجزيئة.

اعتمدت الجراحة عند اقتراب الخثار في الصافن الكبير إلى مسافة تصل الى 1-5 سم من الوصل الصافني الفخذي، وكانت عبارة عن ربط الصافن الكبير مع أو بدون استئصاله stripping ، وذلك كخيار أول وذلك بسبب إمكانية حدوث الخثار الوريدي العميق والصمة الرئوية [10, 11,26,27,28] .

أهمية البحث وأهدافه:

هدف البحث :

تهدف الدراسة إلى تحليل العينة المدروسة وتحديد الأسباب التي اجتمعت مع الدوالي وساهمت في حدوث هذا الاختلاط؛ دراسة الحد الأعلى للخثار في الصافن الكبير سريرياً وبالديبلر ومقارنته مع موجودات العمل الجراحي .

كذلك دراسة نتائج العمل الجراحي و هل يترافق باختلاطات قلبية تزيد عن تلك المشاهدة في جراحة دوالي الطرفين السفليين المبرمجة.

عينة البحث:

شملت الدراسة المرضى المراجعين لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية و المصابين بخثار الأوردة السطحية على أرضية دوالي الطرفين السفليين في الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2005 - كانون الأول 2011 و المعالجين جراحياً (بشكل أولي أو ثانوي حسب التحديد المذكور سابقاً).

ادخل الدراسة مرضى الدوالي المتقدمة والذين لديهم خثار سطحي في أو ممتد إلى الصافن الكبير لمستوى فوق الركبة وبدون حالات مشتبه بها أو مشخصة من فرط الخثرية.

وشملت معايير الادخال inclusion criteria في الدراسة: وجود قصور دسامي مثبت بالإيكو - دوبلر، وجود حبل قاسي ممض على طول الوريد السطحي، مع احمرار وسخونة موضعية.

معايير الاستبعاد exclusion criteria من الدراسة: السمنة المفرطة، الأمراض القلبية المتقدمة، الانسداد الشرياني المزمن، المرضى المقعدين والمدنفين، المرضى الأكبر من 70 عاماً، مرضى الخثار الوريدي السطحي بدون وجود الدوالي، كل المرضى الذين لديهم خثار وريدي عميق / DVT / مرافق حسب معطيات الإيكو دوبلر. استبعد كذلك المرضى المصابين بالأورام الخبيثة أو الأمراض الدموية أو فرط الخثرية الخلقية والمكتسبة كي لا تتأثر نتائج الدراسة .

قمنا باعتماد العمل الجراحي كخيار أولي primary choice لدى مرضى خثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي في الطرفين السفليين والواصل لمستوى فوق الركبة و كخيار ثانوي secondary choice عند حدوث الاختلاطات الدوائية الكبرى (نزف معدي أو التهاب معدة دوائي) أو فشل العلاج الدوائي.

طرائق البحث ومواده:

صممت الدراسة كدراسة تقدمية / prospective study / ، حيث تم اختيار كل المرضى المصابين بخثار الأوردة السطحية والممتد الى الصافن الكبير لأعلى من مستوى الركبة على أرضية دوالي الطرفين السفليين للعلاج الجراحي البدئي أو الثانوي ، و تم تحضيرهم للجراحة في اليوم الثاني أو الثالث للقبول في المشفى (في أول قائمة للعمل الجراحي بعد التحضير الملائم) .

وشملت الدراسة :

- تحديد الأسباب المؤهبة بالإضافة لوجود الدوالي (ولادة قريبة ، قيصرية قريبة ، جلوس أو وقوف مديدين ، سفر طويل ، رض) .

- تحديد الأمراض المرافقة و التي قد تؤثر على سير المرض أو العلاج الجراحي ولا تستبعد المرضى من الدراسة (الأمراض القلبية غير المتقدمة - الأمراض الرئوية - السكري) .

- تحديد مستوى امتداد الخثار سريرياً وبالإيكو دوبلر و مقارنتها مع موجودات العمل الجراحي.

- اعتماد التخدير القطني عند كل المرضى لتوحيد هذا المتغير ولتحمله الجيد ولتمكن المريض من المشاركة بإجراء مناورة فالسافا عند الضرورة عند امتداد الخثار عبر الوصل الصافني الفخذي أو الصافني الصغير المثبضي.

- الصعوبات التقنية أثناء الجراحة .

- النتائج القريبة (في الشهر الأول بعد الجراحة) و مقارنتها مع نتائج العمل الجراحي في الدوالي غير المختاطة بالختار .

- لم تدرس النتائج البعيدة.

النتائج والمناقشة :

أجري العلاج الجراحي لختار الأوردة السطحية لدى مرضى دوالي الطرفين السفليين في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية وفق هذه الدراسة و من قبل المؤلف في الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2005- كانون الأول 2011 و تراوحت أعمارهم بين 21 سنة و 65 سنة و بمتوسط 42.8 سنة . و كان منهم 41 أنثى و 19 ذكراً . و قد تم إجمال هذه المعطيات في الجدول (2) .

الجدول (2) يظهر توزع العينة حسب العمر و الجنس.

الجنس،العمر	30-20 سنة	40-31 سنة	50-41 سنة	60-51 سنة	70-60 سنة	المجموع
الذكور	2(3.3%)	5(8.3%)	5(8.3%)	4(6.7%)	3(5%)	19(31.7%)
الإناث	7(11.7%)	12(20%)	15(25%)	5(8.3%)	2(3.3%)	41(68.3%)
المجموع	9(15%)	17(28.3%)	20(33.3%)	9(15%)	5(8.3%)	60(100%)

نجد من الجدول رقم (2) أن إصابة الإناث ضعف إصابة الذكور تقريباً ومعظم الإصابات (61.6%) حصلت في الأعمار 31-50 سنة، أي لدى الشريحة المنتجة من المجتمع في قمة عطائها. و من هنا تتبع أهمية هذه الإصابة للمرضى و المجتمع.

توضعت الإصابة في الطرف الأيسر عند 29 مريضاً (48.3%) ، و في الأيمن عند 24 مريضاً (40%) ، و في الطرفين السفليين عند 7 مرضى (11.7%) . و كانت الإصابة في جملة الصافن الكبير في كل الحالات و لم توجد إصابات في جملة الصافن الصغير .

راجع المرضى في أوقات مختلفة من بدء الأعراض و تراوحت من أسبوع إلى أربعة أسابيع و توزعوا بناءً على

ذلك في الجدول (3)

الجدول (3) يظهر الفترة الواقعة بين بدء الأعراض و مراجعة المرضى.

الزمن	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع وما فوق
توزع العينة	28(46.7%)	25(41.7%)	3(5%)	4(6.7%)

يتضح من الجدول أن الغالبية العظمى للمرضى (88.4%) راجعوا قبل مرور 14 يوماً على بدء الإصابة (أي في المرحلة الحادة) و (11.7%) في المرحلة تحت الحادة و هم المرضى الذين تلقوا معالجة محافظة وكانت إما غير مجدية (مريض واحد) ، أو تراكفت باختلاطات دوائية (التهاب معدة دوائي عند أربعة مرضى ، نزف هضمي علوي عند أحدهم واحتاج إلى نقل وحدثي دم قبل الجراحة) ، ببساطة تأخروا في طلب المعونة الطبية.

وضعت علامة تشير إلى الحد الأعلى لامتداد الخثار في الصافن الكبير سريرياً و علامة أخرى تشير إلى امتداده وفق معطيات الايكو دوبلر ، و بالمقارنة تبين أن الامتداد وفقاً لمعطيات الايكو دوبلر كانت أعلى من الامتداد السريري (الاحمرار والقساوة) بـ 16-22 سم ، أدرجت معطيات الايكو دوبلر حول الحدود العليا في الجدول (4)

الجدول (4) الحدود العليا لامتداد الخثار في الصافن الكبير وفق معطيات الايكو دوبلر في 67 طرفاً لدى 60 مريضاً .

الحد العلوي	في الثلث السفلي للفخذ	في الثلث المتوسط للفخذ	في الثلث العلوي للفخذ
عدد الأطراف	23 (34.3 %)	29 (43.3 %)	15 (22.4 %)

يظهر من الجدول أنه في 22.4 % من الحالات وصلت الإصابة الى الثلث العلوي للفخذ وصولاً حتى الوصل الصافني الفخذي و ظهرت الخثرة الطافية في خمس حالات.

درست الحالات التي يمكن أن يؤدي اجتماعها مع الدوالي في الطرفين السفليين إلى الخثار ، و أدرجت في

الجدول (5)

الجدول (5) يظهر الحالات التي يمكن أن تساهم في أحداث الخثار و التي سُجّلت عند مرضى العينة .

الحالة	ولادة أو قيصرية	رض مباشر	عمل جراحي	سفر طويل	وقوف أو جلوس مديدين
عدد المرضى	21 (35 %)	3 (5 %)	2 (3.3 %)	6 (10 %)	8 (13.3 %)

• لوحظ أنه لم يسجل سبب محتمل عند 33.4 % من المرضى ، و كانت الأسباب ذات النقل النوعي العالي هي وجود قيصرية أو ولادة قريبة (في الشهر الأخير) بمعدل (35 %) و كذلك الوقوف أو الجلوس المديدين (13.3 %) و السفر الطويل (10 %) و لذلك فمن الضروري التشديد على وسائل الوقاية في هذه الحالات عند مرضى الدوالي إذ تؤهب بشدة لاختلاطها بالخثار في الأوردة السطحية موضوع البحث و تشمل وسائل الوقاية في العادة استخدام الرباط الضاغط أو إعطاء جرعات وقائية من الهيبارين كبير أو صغير الجرزيات.

• وجدت أمراض مرافقة لدى أفراد العينة كالتالي : سكري كهلي عند 6 مرضى ، ارتفاع توتر شرياني عند 8 مرضى ، نقص تروية قلبية عند 3 مرضى ، التهاب معدة دوائي عند 3 مرضى ، نزف هضمي علوي عند مريض واحد .

• وضع الاستطباب الجراحي بشكل أولي عند معظم المرضى و بشكل ثانوي عند أربعة فقط (التهاب معدة دوائي ، نزف هضمي علوي) و هم مرضى تلقوا العلاج المحافظ لفترة (أسبوع - أربعة أسابيع) .
أجريت الجراحة بشكل مستعجل (في أول قائمة عمليات بعد إجراء التحضير الروتيني للمرضى) ؛ واعتمد التخدير القطني عند كل المرضى لكفايته و سلامته و لأنه يمكن المريض من إجراء مناورة فالسالفا بمساعدة المخدر والتي كانت ذات أهمية قصوى كما سنلاحظ.

لا تختلف التقنية الجراحية المستخدمة عن تلك في استئصال الدوالي في الطرفين السفليين في خطوطها العامة؛ إلا في الحالات التي يعتقد بامتداد الخثار إلى الوصل الصافني - الفخذي . إذ أنه بعد إجراء الشق العلوي الموازي للرباط الإربي يتم التسليخ بحذر حتى الوصول إلى الوصل الصافني - الفخذي، و بشكل يشبه رفع الأنسجة عن الوريد الصافن و مصبه pick tissue up، تربط الفروع التي تصادف و يمنع تطبيق أي ضغط على الوريد الصافن تقادياً

لانطلاق الصمات. ثم نجري شق (veinotomy) طولاني في الصافن بالقرب من مصبه و إذا تم التأكد من عدم دخول و امتداد الخثار إلى الأعلى يتم ربط الصافن و قصه تقليدياً، أما في حالة امتداد الخثار للأعلى عبر المصب ؛ فنطلب من المريض و بمساعدة المخدر إجراء مناورة فالسالفا (رفع الضغط في البطن) بشكل ثابت و مستمر؛ الأمر الذي يخرج الخثرات من الوريد الفخذي المشترك عبر الشق المجري في الوريد الصافن والممتد إلى الوصل الصافني الفخذي أو الصافني الصغير المثبضي والذي لم نشاهده عند مرضى العينة المدروسة؛ و إن لم يكن ذلك مجدياً يمكن المساعدة باستخدام المص الكهربي ذو الضغط السلبي أو بالمشاركة مع استخدام قنطار فوغارتي بالسحب بالطريق الراجع / retrograde / و كل ذلك يتم أثناء تطبيق مناورة فالسالفا و بشكل سريع وبأقل من دقيقة؛ ويمكن تكرار المناورة عدة مرات حتى نجاحها والتأكد من خلو المصب من بقايا الخثار.

وجد امتداد الخثار إلى الوصل الصافني- الفخذي في عشر حالات عند 10 مرضى؛ ووجدت الخثرة الطافية في خمسة حالات، أربعة منها كانت متوقعة بالايكو- دوبلر (بمعنى آخر كانت السلبية الكاذبة في حالة واحدة ، ولم توجد إيجابية كاذبة). بالرغم من هذه الأعداد القليلة و التي لن تشكل أهمية إحصائية نبقي نوصي باعتماد الايكو - دوبلر لمعرفة و توقع إمكانية وجود الخثرة الطافية . لم نجد صعوبة في استخراج الخثرات من الوريد الفخذي و استعملنا قنطار فوغارتي في حالتين فقط و لم يستغرق الوقت أكثر من 30 ثانية و لم تشكل المناورة إزعاجاً للمريض .

كانت الفوارق قليلة بين امتداد الخثار للأعلى في الصافن الكبير بين موجودات الايكو - دوبلر و موجودات الجراحة و لم تتجاوز الـ 5 سم زيادة أو نقصاناً . الأمر الذي لا يشكل فارقاً في التدبير و يبقى الايكو - دوبلر الطريقة الأسهل و الأقل كلفة و الغير غازية لتحديد امتداد الخثار في الصافن وامكانية وجود الخثار الوريدي العميق أو الخثرة الطافية عند عبور الخثار للوصل الصافني المثبضي.

تم استئصال الصافن الكبير بالطريقة التقليدية / stripping / عند الغالبية العظمى من المرضى و تعذر ذلك في 9 حالات حيث استؤصل عندها عبر شقوق معترضة و بطريقة النفق .
أعطى المرضى جرعة واحدة من / ceftiraxone / 1 غرام وريدياً للوقاية من الأنتان قبل الجراحة بنصف ساعة .

اعتمد التحريك الباكر للمرضى، في اليوم الأول ضمن السرير و خارجه في اليوم الثاني ؛ و لم نستخدم أي شكل من أشكال الوقاية من الخثار الوريدي العميق و الصمة الرئوية خلاف الرباط الضاغط الذي يقوم بوظيفة ارقائية إضافة إلى ذلك .

أجري الضماد الأول في اليوم الثالث للجراحة و سجلت الاختلاطات المتعلقة بالجروح (ورم دموي أو مصلي - انتان - تموت حواف الجرح - نز لمفاوي) و خرج جميع المرضى بعد الضماد الأول حيث راجعوا العيادة الخارجية . أدرجت الاختلاطات المبكرة التي شوهدت في الجدول (6) .

الجدول (6) يظهر الاختلاطات المبكرة في مرضى العينة .

الاختلاط	ورم دموي / مصلي	انتان جرح	تموت حواف الجرح	نز لمفاوي
عدد المرضى	3 (5 %)	2 (3.3 %)	1 (1.7 %)	2 (3.3 %)

لم تسجل أي حالة احتشاء عضلة قلبية أو صمة رئوية أو انتان رئوي أو وفاة أو أية مضاعفة كبرى مرتبطة بالتخدير الفطني . و تشابه أرقام الاختلاطات المبكرة المذكورة ما هو سجل في حالة الدوالي بدون خثار المشاهدة في مشفانا وتتقارب مع تلك المشاهدة في الدراسات العالمية [28-22,20,16,12,10,8].
تم العثور على دراستين عشوائيتين فقط في العشرين سنة الأخيرة لتقييم العلاج الجراحي للخثار الوريدي السطحي.

ضمت الأولى 444 مريضا قسموا عشوائيا إلى ست مجموعات تلقت خططا علاجية مختلفة لتدبير الخثار الوريدي السطحي: الدعم الخارجي فقط، جراحة باكرة مع أو بدون سحب الصافن stripping، جرعات منخفضة من الهيبارين النظامي، الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي LMWH، مضادات التخثر الفموية. وكانت معايير ادخال المرضى في الدراسة مشابهة لما في دراستنا وكانت معايير الاستبعاد أشد صرامة وتم استبعاد كل المرضى القلبيين، مرضى العظام والمفاصل. استخدم الإيكو دوبلر في اكتشاف DVT مرافق ولدراسة الامتداد او التراجع في الـ SVT للمدة 3 - 6 أشهر أكبر في مجموعة الدعم الخارجي بالأرطية الضاغطة وفي مجموعة ربط الصافن مقارنة مع العلاج الدوائي أو العلاج الجراحي مع سحب الصافن . لم يوجد فارق في حدوث DVT بعد 3 أشهر في أي من المجموعات الستة .

يصعب تقييم نتائج هذه الدراسة بسبب نقص المعلومات عن البروتوكولات المستخدمة في العلاج ، كما أن قواعد استبعاد المرضى شملت الكثير من الحالات المرضية التي يشاهد بها الخثار الوريدي السطحي ، الامر الذي لا يجعلنا نعم نتائج هذه الدراسة بشكل نهائي ، الأمر المشابه في دراستنا أيضا، حيث أن معايير الاستبعاد متشابهة بينهما وإن كانت أكثر صرامة عندهم كما ذكرنا سابقا [19].

وفي الدراسة الأخرى (Lozano - 2003) أدخل 60 مريضا بشكل عشوائي ولديهم خثار في الصافن الكبير فوق الركبة واجري لهم قطع للصافن المصاب وذلك تت التخدير الموضعي مع استخدام الرباط الضاغط و 1 ملغ / كغ enoxiparine مرتان اسبوعياً لأسبوع واحد مقابل مجموعة تعطى الـ enoxiparine مرة واحدة يوميا لمدة 3 أسابيع مع استخدام الرباط الضاغط لكل المرضى . بالرغم من أن الداء الخثاري الصمي كان أقل مشاهدة في مجموعة الـ enoxiparine إلا أن ذلك لم يرق لنتائج واضحة إحصائيا . وكان انتان الجرح 6.7% في المجموعة الجراحية [24].

لذلك و بناءً على ما تقدم نوصي باستخدام الجراحة كخيار أولي في معالجة مرضى خثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي لاختصاره فترة المعالجة (و بالتالي إنقاص الكلفة العلاجية) ، و تقاويه الاختلاطات الدوائية الكبرى المشاهدة في جراحة الدوالي غير المختلطة. انطلاقا من كون الدراسة غير عشوائية والعينة غير كبيرة، نقترح ان تجرى لاحقا دراسة عشوائية وبعدها أكبر ويفضل أن تكون متعددة المراكز ليصار الى اعتماد النتائج بقدر عال من المصادقية.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. اعتماد الجراحة كخيار أولي في معالجة خثار الأوردة السطحية على أرضية الدوالي عند امتدادها إلى الصافن الكبير في الفخذ (فوق مستوى مفصل الركبة)

2. اعتماد وسيلة الوقاية عند مرضى الدوالي (الأربطة الضاغطة ، الجوارب المرنة) في الحالات التي يمكن أن تؤدي إلى الخثار مثل الوقوف أو الجلوس المديد أو ما حول الولادة أو القيصرية .
3. اعتماد الايكو - دوبلر لتحديد الحد الأعلى للخثار لتطابق معطياته مع موجودات العمل الجراحي بنسبة كبيرة.

المراجع:

- 1- RAMELET, A. A., KERN, Ph. , PERRIN, M. 2004 – *Varicose veins and telangiectasias*, Elsevier, Paris. Pp. 5, 94-97.
- 2- HEIT JA, et al: *The epidemiology of venous thromboembolism in the community*. *Thromb Haemost* 86:452–463, 2001.
- 3- COON WW, et al: *Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh community health study*. *Circulation* 48:839–846, 1973.
- 4- WHITE RH: *The epidemiology of venous thromboembolism*. *Circulation* 107. , 2003:14–18.
- 5- LEON L, et al: *Clinical significance of superficial vein thrombosis*. *Eur J. Vasc Endovasc Surg* 29: , 2005, 10–17.
- 6- MEISSNER MH, et al: *Acute venous disease: venous thrombosis and venous trauma*. *J Vasc Surg* 46(Suppl S): , 2007, 25S–53S
- 7- DECOUSUS H , Qu é r é I , et al . *Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study* . *Ann Intern Med* 2010 ; 152 : 218.
- 8- DI NISIO M, et al: *Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg*. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD004982, 2007.
- 9- RATHBUN S, et al: *A randomized trial of dalteparin compared with ibuprofen for the treatment of superficial thrombophlebitis*. *J Thromb Haemost* 10:833–839, 2012.
- 10- HUSNI EA, et al: *Superficial thrombophlebitis of lower limbs*. *Surgery* 91:70–73, 1982.
- 11- VERLATO F, et al: *An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh*. *J Vasc Surg* 30:1113–1115, 1999.
- 12- SUMAN RATHBUN, *Superficial Thrombophlebitis, in Rutherford's Vascular Surgery*, 8th Edition -Elsevier 2014 : 833-841.
- 13- KALODIKI E, et al: *Superficial vein thrombosis: a consensus statement*. *Int Angiol* 31:203–216, 2012.
- 14- GORTY S, et al: *Superficial venous thrombosis of the lower extremities; analysis of risk factors, and recurrence and role of anticoagulation*. *Vasc Med* 9: 2004, 1–6,.
- 15- LUTTER KS, et al: *Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning*. *Surgery* 110:42–46, 1991.
- 16- DE PALMA RG: *Superficial thrombophlebitis*. In Rutherford R, editor: *Vascular surgery*, ed 6, Philadelphia, 2005, Elsevier Saunders, pp 2216– 2220.
- 17- DE MOERLOOSE P, et al: *Superficial vein thrombosis of lower limbs: influence of factor V Leiden, factor II G20210A and overweight*. *Thromb Haemost* 80: , 1998, 239–241.
- 18- GORSKI G, et al: *Progress of local symptoms of superficial vein thrombosis vs. duplex findings*. *VASA* 33:219–225, 2004.

- 19- BELCARO G, et al: *Superficial thrombophlebitis of the legs: a randomized, controlled follow-up study*. *Angiology* 50:523–529, 1999.
- 20- Superficial Thrombophlebitis Treated by Enoxaparin Study Group: A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis. *Arch Intern Med* 163:1657– 1663, 2003.
- 21- PRANDONI P, ET AL; *Vesalio Investigators Group: High vs. low doses of low-molecular-weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double-blind randomized trial*. *J Thromb Haemost* 3: , 2005, 1152–1157.
- 22- DECOUSUS H, et al: *Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs*. *N Engl J Med* 363: , 2010, 1222–1232.
- 23- COSMI B, et al; STEFLUX Investigators: *A randomized double-blind study of low-molecular-weight heparin (parnaparin) for superficial vein thrombosis: STEFLUX (Superficial ThromboEmbolism and Fluxum)*. *J Thromb Haemost* 10: 2012,1026–1035.
- 24- LOZANO F, et al: *Low-molecular weight heparin versus saphenofemoral disconnection for the treatment of above-knee greater saphenous thrombophlebitis: a prospective study*. *Vasc Endovascular Surg* 37: 2003, 415 – 420.
- 25- KEARON C, et al: *Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 141:e419S, 2012.
- 26- LOFGREN EP, et al: *The surgical treatment of superficial thrombophlebitis*. *Surgery* 90: 1981, 49–54,
- 27- GJORES JE: *Surgical therapy of ascending thrombophlebitis in the saphenous system*. *Angiology* 13: 1962, 241–243.
- 28- PLATE G, et al: *Deep venous thrombosis, pulmonary embolism and acute surgery in thrombophlebitis of the long saphenous vein*. *Acta Chir Scand* 151: 1985, 241–244,.