

Moderne behandling af patienter med varicer

Den teknologiske udvikling har ført til en revolution af behandlingsmulighederne for varicer. Med en vel-etableret ultralydfunktion kan varicesygdommen kortlægges både præ-, per- og postinterventionelt, og forståelsen af selve sygdommen kan udbygges.

Madsen & Bækgaard beskriver i DMJ behandlingen af varicesygdommen i Danmark i femårsperioden op til 2011, idet der gives et detaljeret billede af patientpopulationen og behandlingsmodaliteterne (dette nummer af Ugeskrift for Læger s. 253).

Der er fire behandlingsmuligheder: 1) Konservativ behandling. Kompression modarbejder den relative venøse hypertension og promoverer det antegrade flow i venerne med understøttende hjælp til muskelpumpen. 2) Åben kirurgi. Her ligger typisk de store overfladiske veners indløb i det dybe system i lysken eller knæhasen med efterfølgende stripping af hovedvenerne. De overfladiske varicer ekstraheres gennem små incisioner. Der anvendes typisk generel anæstesi til indgrebene, og der er, afhængigt af arbejdssituationen, 2-12 dages sygemelding. Procedurerne er ikke uden morbiditet, og postoperative komplikationer kan overskygge behandlingsresultatet. 3) Endotermisk ablation. Endovenøs ablation (laser eller radiofrekvens) kan foretages i en paravenøs tumescensanæstesi, som ud over bedøvelse også virker isolerende mod omgivelserne, når venen udsættes for den kraftige varmepåvirkning under sondens tilbagetrækning. Sonderne indføres gennem en perkutan punktur og føres ultralydvejledt frem mod indløbet i den dybe vene. Endovenøs laserablation er baseret på laserenergi – radiofrekvensen på elektrisk strøm. Ved efterfølgende behov for behandling af varicositeter er skum meget anvendeligt. 4) Endokemisk ablation. Ved skumbehandling injiceres et skleroserende middel uden bedøvelse i de overfladiske varicer med den hensigt at inducere en flebitis, der efterfølgende fører til fibrosering af venestykket. Væskesklerosering er velkendt (øsofagusvaricer), men det er udviklingen af skumsklerosering, der har gjort denne behandling anvendelig og populær. Skummets udbredelse kan følges med ultralyd. Der kræves flere injektioner pr. behandling, og de kan gentages ved behov senere.

Der ses få komplikationer efter de endovenøse behandlinger af varicer, og de, der ses, er minimale og forbigående. Sværere komplikationer, såsom hudforbrændinger og nerveskader er sjældne [1].

Langtidsresultaterne efter åben operation har signifikante recidivrater – op til 30% efter et år, 40% efter to år og 66% efter ti år [2]. Årsagen til recidi-

verne er ofte karnydannelse, signifikant reflux i ikke-resecerede venestykker, ubehandlede perforanter og/eller progression af sygdommen. Recidivfrekvensen efter endovenøs ablation og skum er < 15% efter to år [3].

Som ny teknologisk behandlingsmulighed testes damp som et billigt alternativ til laser og radiofrekvens [4], og nye endovenøse behandlinger uden brug af tumescensanæstesi er under udvikling, f.eks. et skleroterapi-*device* (ClariVein) og limen Venaseal.

Termisk ablation (laser og radiofrekvens) og kemisk ablation (skleroterapi og skumbehandling) anvendes nu hyppigere i den vestlige verden end den traditionelle åbne kirurgi – 95% i USA, mens vi i Danmark endnu ligger betydeligt under dette niveau [1]. I den danske landsdækkende retningslinje for behandling af patienter med varicer fra 2012 sidestilles de åbne og endovenøse ablationsindgreb, og Sundhedsstyrelsen har været længe om at frigive skumbehandling til klinisk brug. Derimod udtrykker de engelske NICE-guidelines (CG1689) fra 2013 klart, at de endovenøse behandlinger er de primære.

Den moderne behandling af patienter med varicer består således af endovenøs behandling (laser, radiofrekvens og skum) og efterlader de åbne operationer til få patienter. Ved anvendelse af ultralydvejledte interventioner hos veludredte patienter med varicer kan behandlingerne udføres næsten smertefrit og effektivt i ambulant regi, hvilket giver en god livskvalitet for patienterne med minimalt sygefravær [5].

LITTERATUR

1. van den Bos R, Arends L, Kockaert M et al. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: a meta-analysis. *J Vasc Surg* 2009;49:230-9.
2. Carradice D, Mekako AI, Mazari FA et al. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 2011;98:501-10.
3. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L et al. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 2011;98:1079-87.
4. Rabe E, Pannier F, Ko A et al. Incidence of varicose veins, chronic venous insufficiency, and progression of the disease in the Bonn Vein Study II. *J Vasc Surg* 2010;51:791.
5. Shepherd AC, Gohel MS, Lim CS et al. The treatment of varicose veins: an investigation of patient preferences and expectations. *Phlebology* 2010;25:54-65.

LEDER

Sigitas Urbonavicius &
Jes Sandermann

Ugeskr Læger
2015;177:V66791

KORRESPONDANCE:

Jes Sandermann,
Karkirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet Viborg,
Hospitalsenhed Midt,
Heibergs Allé 4,
8800 Viborg. E-mail:
jes.sandermann@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk