

Värk i benen inte detsamma som varicer



KRISTIAN SMIDFELT, ST-läkare
kristian.smidfelt@vgregion.se
CHRISTER DROTT, docent, över-

läkare; båda vid
kirurgkliniken, Södra Älvsborgs
sjukhus, Borås

Venös insufficiens innebär förhöjt venttryck i stående till följd av ytlig och/eller djup klaffinsufficiens med eller utan venobstruktion. Varicer (ytliga vener >0,5 cm i diameter) kan föreligga med eller utan venös insufficiens. Dilaterade vener <0,5 cm diameter brukar benämnas venektasier eller telangiektasier och har huvudsakligen kosmetisk betydelse. Venös insufficiens kan leda till bensårsutveckling. Kirurgi har här en odiskutabel roll som sekundärprofylax, åtminstone vid ytlig venös insufficiens. Den stora volymen av venös problematik utgörs emellertid av varicer utan objektiva kliniska tecken på venös insufficiens och bensårsrisk (staspigmentering, staseksem, lipodermatoskleros, atrophie blanche, kraftig bensvullnad), varför den fortsatta framställningen begränsas till denna grupp.

Prevalensen av varicer varierar kraftigt beroende på definition, åldersurval och undersökningsmetod men anges i en översiktsartikel till 10–15 procent hos män och 20–25 procent hos kvinnor. Beebe-Dimmer et al har utfört en extensiv litteraturgenomgång från 1942 till 2005 och funnit prevalenssiffror för kronisk venös insufficiens från 1 till 40 procent hos kvinnor och 1 till 17 procent hos män, medan motsvarande siffror för varicer var 1 till 73 procent hos kvinnor och 2 till 56 procent hos män. En prevalensstudie som omfattade 1566 slumpvis utvalda 18–64-åringar i Skottland påvisade stamvaricer (insufficiens i vena saphena magna eller parva) hos 40 procent av männen och 32 procent av kvinnorna. I en tysk studie uppvisade 35 procent av slumpvis utvalda 18–79-åringar ytlig eller djup venös insufficiens. Varicer torde sannolikt ta väsentliga sjukvårdsresurser i anspråk. Någon rikstäckande statistik över antalet remisser gällande varicer finns emellertid inte, och många hanteras i den privata sektorn. Socialstyrelsen har endast slutenvårdsregister, varför operationsfrekvensen i Sverige inte heller kan anges då majoriteten av patienterna opereras i öppen vård.

Symtom av varicer

I läroböcker brukar följande symtom av venös insufficiens och varicer anges: tyngdkänsla, myrkrypningar, trötthetskänsla, värk, vadramp, klåda och bensvullnad. Finns det då stöd i litteraturen för att detta är sant?

Bradbury et al skickade en enkät till 1566 slumpvis utvalda 18–64-åringar med frågor om de hade »lärobokssymtom» på varicer. Individerna undersöktes sedan med duplex doppler,

»... patienterna förväntar sig att varixkirurgi ska förbättra symtom som smärta och ser en kosmetisk förbättring som en sekundär vinst.»

avseende venös reflux, av en person som inte sett enkätsvaren. Man korrelerade sedan enkätsvaren med förekomst av ytlig reflux. De enda signifikanta sambanden gällde tyngdkänsla/spänningar i båda benen och klåda på vänster ben hos kvinnor. Värk i benen angavs av 48 procent av kvinnorna, men denna korrelerade inte med reflux i venerna [1].

En duplexundersökning av 53 helt symptomfria individer påvisade venös reflux hos 43 procent [2]. Värk, tyngdkänsla och svullnad i nedre extremiteterna anges av många patienter med varicer men i en studie av Kurz et al angavs dessa symtom även hos 76,1 procent av en referenspopulation som saknade varicer [3]. Korrelationen mellan varicer och lärobokssymtom är således mycket mager.

Vid en genomgång av remisser som kom in till vår klinik angavs värk som dominerande symtom i 55 av 100 konsekutiva remisser för varicer.

Förväntningar på varixkirurgi

Palfreyman et al har i en kvalitativ studie visat att patienter i huvudsak söker vård för sina varicer på grund av symtom men att många även besvärar sig av varicernas utseende. Samma studie visar att patienterna förväntar sig att varixkirurgi ska förbättra symtom som smärta och ser en kosmetisk förbättring som en sekundär vinst. I en studie av Dillon et al angav varicerpatienter att värk var dominerande symtom (följt av utseendeskäl) som gjorde att de övervägde varixkirurgi. En hög förväntan på att kirurgi skulle förbättra värken noterades.

Nytta av kirurgi. Varixkirurgi är indicerad vid venösa hudförändringar med bensår, och detta berörs därför inte närmare i denna artikel, inte heller kosmetiska indikationer för varicerkirurgi nämns här. Nyttan av kirurgi vid okomplicerade varicer utan hudförändringar är mer diskutabel. I en svensk studie påvisades en punktprevalens av venösa bensår på 0,16 procent [4]. Om man ställer denna siffra i proportion till den höga prevalensen av varicer i befolkningen kan man dra slutsatsen att risken för utveckling av bensår är låg även vid förekomst av varicer. Någon indikation för varixkirurgi som primär bensårsprevention finns således inte.

En påtaglig symtomlindring kombinerat med en låg komplikationsfrekvens skulle kunna motivera varixkirurgi hos patienter med okomplicerade varicer. Vid avsaknad av hudförändringar och/eller bensvullnad skiljer sig inte patienter med varicer från en referenspopulation i fråga om livskvalitet [3]. I en studie hade varixpatienter preoperativt en likartad livskvalitet som referenspopulationen, men livskvaliteten (mätt med SF-36) förbättrades av varixkirurgi [5]. Bortfallet i denna studie var emellertid 41 procent, varför resultatet kan ifrågasättas.

I en studie av Kaplan et al påvisades en sänkt fysisk funk-

SAMMANFATTAT

Varicer är vanligt förekommande i befolkningen.

Operation av ytlig venös insufficiens är indicerad vid komplikationer såsom hudförändringar med bensår.

Vilka symtom som i övrigt kan orsakas av varicer är oklart, och det finns ingen säker korrelation mellan benvärk och varicer.

Benvärk bör utredas förutsättningslöst, och orsaken

ska inte primärt hänföras till eventuell förekomst av varicer.

Då varixkirurgins effekt på värk inte är belagd är det av vikt att patienten preoperativt är välinformerad avseende den potentiella nyttan och riskerna med operation.

Operationen bör utföras av den kirurg som bedömt och accepterat patienten för kirurgisk behandling.

tionsförmåga hos personer med varicer, men det psykiska välbefinnandet skiljde sig inte från referenspopulationen [6]. Vid en studie som jämförde operativ behandling och strippning av v saphena magna med konservativ behandling påvisades vid uppföljning en signifikant förbättrad livskvalitet (SF6-D samt EQ-5D) hos de opererade patienterna [7]. Blomgren et al påvisade att varixkirurgi förbättrade livskvaliteten (SF-36) vad gäller kroppslig värk efter 2 år [8]. Livskvalitetsenkäter är i allmänhet inte sjukdomsspecifika och mäter inte direkt symptomlindring. Dessutom har kirurgisk behandling en stor placeboeffekt, varför livskvalitetsförändringar måste tolkas försiktigt.

MacKenzie et al [9] respektive Smith et al [10] har dock med en sjukdomsspecifik livskvalitetsenkät (Aberdeen varicose veins symptoms severity score) påvisat en ökad livskvalitet efter varixkirurgi, och detta gällde även okomplicerade varicer. Av naturliga skäl saknas en placebogrupp i dessa liksom övriga studier, och att kirurgisk behandling har en stor placeboeffekt är känt [11, 12]. I flertalet studier finns inte heller en konservativt behandlad kontrollgrupp. Avsaknad av placebogrupp, och ofta även en konservativt behandlad kontrollgrupp, bidrar ytterligare till att studieresultaten måste tolkas försiktigt. Davies et al kunde konstatera att endast 19 procent av patienterna som varixopererats i offentlig regi respektive 34 procent i privat regi var helt nöjda med resultatet, medan 26 procent i offentlig respektive 13 procent i privat regi var mycket missnöjda [13]. Författarna förklarade skillnaden mellan privat och offentlig vård med att de som opererats privat hade fått bra preoperativ information av sin seniora operatör.

Risker vid kirurgi. Varixkirurgi är mindre, kirurgiska ingrepp som ändå är behäftade med komplikationsrisker. Holme et al påvisade i en studie skada på n saphenus vid strippning av v saphena magna från ljumsken till strax nedanför knäleden i 7 procent av fallen, och i så mycket som 39 procent av fallen vid strippning av venen ner till fotledsnivå [14]. I en större retrospektiv studie som omfattade 599 patienter (973 opererade ben på grund av bilateralt ingrepp) av Critchley et al förekom allvarliga komplikationer såsom djup ventrombos (DVT), lungemboli och droppfot på grund av skada på n peroneus och allvarlig kärlskada i sammanlagt 0,8 procent av fallen [15]. Samma studie påvisade mindre komplikationer såsom sårinfektion, mindre allvarlig nervskada och lymfläckage hos 17 procent av patienterna. Frekvensen komplikationer i form av allvarlig kärlskada är låg, 0,0017–0,3 procent, enligt en litteraturgenomgång av Rudström et al. När sådan uppstår är dock prognosen allvarlig med betydande risk för amputation. Flera dödsfall finns även beskrivna [16].

Vid en genomgång av ansvarsärenden i England av Scurr et al påvisades att komplikationer i samband med varixkirurgi drabbar inte bara mindre erfarna kirurger utan även överläkare och kärlkirurger [17]. Varixbehandling dominerar i antal när det gäller ansvarsärenden inom det kärlkirurgiska fältet i Storbritannien.

Alternativa metoder. Skulle andra behandlingsmetoder än konventionell kirurgi kunna tänkas ha en bättre symptomlindrande effekt? Det finns flera alternativa behandlingsme-

»Av detta skäl är det en styggelse med kollektiva väntelistor för venös kirurgi.«

toder för varicer såsom skleroterapi, laserbehandling och radiofrekvensablation. Möjligen kan nya tekniker innebära mindre obehag för patienten och i bästa fall färre komplikationer. Det är dock mycket osannolikt att långtidsresultaten med dessa tekniker kommer att överträffa resultatet av ett konventionellt komplett avlägsnande av vener genom operation.

I en Cochraneöversikt från 2004 som jämförde konventionell kirurgi med skleroterapi konkluderades att det finns otillräcklig evidens för att rekommendera endera av dessa behandlingar framför den andra, men långtidsresultaten tycks vara bättre med operation [18]. Flera studier talar för att endovenös laserbehandling av varicer kan vara en säker och effektiv metod, men enligt en nyligen publicerad översiktsartikel saknas randomiserade kontrollerade studier som jämför endovenös laserbehandling med konventionell kirurgisk behandling [19]. I en litteraturöversikt som syftade till att avgöra om endovenös laserbehandling, radiofrekvensablation eller skleroterapi med skum har några fördelar eller nackdelar jämfört med konventionell strippning av v saphena magna konkluderades att konventionell kirurgi inte är underlägsen några av de andra metoderna och att uppföljningstiderna i studierna avseende de endovenösa behandlingsmetoderna är relativt korta [20].

DISKUSSION

Indikationerna för en ökande andel kärlkirurgiska ingrepp, till exempel karotis- och aortakirurgi, har fått en solid vetenskaplig förankring. Det finns dock förvånande sparsamt med vetenskapligt stöd för operation av »vanliga varicer«. Venös hypertoni kan ge lokal inflammation och tromboflebit, vilket ger lokal ömhet och värk över varicerna. Mer generell och diffus benvärk är vanligt i befolkningen, och i litteraturen saknas stöd för att varicer korrelerar med denna värk. Det är således tveksamt vilken effekt venös kirurgi kan tänkas ha på benvärk.

Rätt använd kompression med stödstrumpor simulerar resultatet av operation. Därför är utebliven symptomlindring av kompression inte en faktor som ökar angelägenhetsgraden för operation, utan tar snarare bort indikationen. Vetenskaplig evidens för effekten av varixkirurgi på benvärk och vadramp saknas. I avsaknad av strikta indikationer har läkekonsten en plats i bedömningen. Detta innebär att patienten måste opereras av den som accepterat patienten för operation. Att patienten är välinformerad och att det finns ett samförstånd mellan patienten och operatören avseende nyttan och riskerna med operationen är av yttersta vikt. Av detta skäl är det en styggelse med kollektiva väntelistor för venös kirurgi. Inremitterande får inte utlova att operativ behandling av varicer botar benvärk, utan snarare utreda andra tänkbara orsaker.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

1. Bradbury A, Evans CJ, Allan P, Lee AJ, Ruckley CV, Fowkes FGR. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography: The Edinburgh vein study. *J Vasc surg* 2000;32(5):921-31.
2. Labropoulos N, Delis KT, Nicolaides AN. Venous reflux in symptom-free

»... att det finns ett samförstånd mellan patienten och operatören avseende nyttan och riskerna med operationen är av yttersta vikt.«

- vascular surgeons. *J Vasc Surg.* 1995;22(2):150-4.
3. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zuccarelli F, Spreafico G, Abenheim L. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population based study. *J Vasc Surg.* 2001;34(4):641-8.
4. Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A. Venous and non-venous leg ulcers: clinical history and appearance in a population study. *Br J Surg.* 1994;81:182-7.
5. Baker DM, Turnbull NB, Pearson JCG, Makin GS. How successful is varicose vein surgery? A patient outcome study following varicose vein surgery using the SF-36 Health assessment questionnaire. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1995;9:299-304.
6. Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. *J Vasc Surg.* 2003;37(5):1047-53.
7. Michaels JA, Brazier JE, Campbell WB, MacIntyre JB, Palfreyman SJ, Ratcliffe J. Randomized clinical trial comparing surgery with conservative treatment for uncomplicated varicose veins. *Br J Surg.* 2006;93:175-81.
8. Blomgren L, Johansson G, Bergqvist D. Quality of life after surgery for varicose veins and the impact of preoperative duplex: Results based on a randomized trial. *Ann Vasc Surg.* 2006;20(1):30-4.
9. Mackenzie RK, Lee AJ, Paisley A, Burns P, Allan PL, Ruckley CV, et al. Patient, operative, and surgeon factors that influence the effect of superficial venous surgery on disease-specific quality of life. *J Vasc Surg.* 2002;36(5):896-902.
10. Smith JJ, Garrat AM, Guest M, Greenhalgh RM, Davies AH. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. *J Vasc Surg.* 1999;30(4):710-9.
11. McRae C, Cherin E, Yamazaki TG, Diem G, Vo AH, Russel D, et al. Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double-blind placebo surgery trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:412-20.
12. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002;347(2):81-8.
13. Davies AH, Steffen C, Cosgrove C, Wilkins DC. Varicose vein surgery: patient satisfaction. *J R Coll Surg Edinb.* 1995;40:298-9.
14. Holme JB, Skajaa K, Holme K. Incidence of lesions of the saphenous nerve after partial or complete stripping of the long saphenous vein. *Acta Chir Scand.* 1990;156:145-8.
15. Critchley G, Harvey A, Handa A, Harvey MR, Maw A, Corbett CRR. Complications of varicose vein surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 1997;79:105-10.
16. Rudström H, Björck M, Bergqvist D. Iatrogenic vascular injuries in varicose vein surgery: A systematic review. *World J Surg.* 2007;31:228-33.
17. Scurr JRH, Scurr JH. Varicose veins: a review of 200 consecutive medicolegal claims. *Clin Risk.* 2005;11:225-30.
18. Rigby KA, Palfreyman SJ, Beverley C, Michaels JA. Surgery versus sclerotherapy for the treatment of varicose veins. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD004980.
19. Van den Bos RR, Kockaert MA, Neumann HAM, Nijsten T. Technical review of endovenous laser therapy for varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;35:88-95.
20. Badri H, Bhattacharaya V. A review of current treatment strategies for varicose veins. *Recent Pat Cardiovasc Drug Discov.* 2008;3(2):126-36.

Vi bevakar dina jobbintressen

Beställ vår bevakningstjänst
så mailar vi jobben som passar just dig!
Gå in på Lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen