

Yüzeyel Venöz Tromboflebitte Güncel Yaklaşımlar

Yasin Özden¹

Özet

Yüzeyel venöz tromboflebit hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde hem de kalp ve damar cerrahisi polikliniklerinde sık başvuru nedeni olan bir hastalıktır. Hastalık genellikle bir üst basamağa sevk edilmeden ayaktan tedavi ve takip edilebilir. Dolayısıyla her basamakta çalışan sağlık çalışanları tarafından tanı ve tedavinin bilinmesi önemlidir. Hastalar genellikle üst ekstremiteye oranla daha fazla alt ekstremitede yüzeyel venöz tromboflebit ile başvurur. Tromboflebit olan bölgede ağrı, kızarıklık, ödem, ven tırasesi boyunca ele gelen şişlik, endurasyon ve lokal ısı artışı şikayetleri mevcuttur. Fizik muayenede ele gelen sicim benzeri tromboze ven ve çevresinde enflamasyon bulguları bu hastalar açısından tipiktir. Tanı için çoğu zaman sadece fizik muayene yeterli olmakla birlikte doppler ultrasonografi en sık kullanılan ve altın standart tanı yöntemidir. Tedavisi hastalığın ve hastanın tromboemboli riskine göre basamak tedavisi şeklindedir. Tüm basamaklarda ekstremitte elevasyonu, soğuk kompres, non-steroid antienflamatuar ilaç ve kompresyon tedavisi uygulanır. Antikoagülasyon tedavisi hastanın tromboemboli riskine göre dozu ve süresi belirlenir.

1. Hastalık Tanımı

Tanım olarak flebit, bir toplardamardaki enflamasyonu; tromboz ise damarda pıhtı oluşumunu ifade eder. Yüzeyel venöz tromboflebit (SVT) denildiğinde ise bu her iki durumun birlikte yüzeyel venlerin tutulumu olduğu anlaşılır. Alt ekstremitede Vena Safena Magna (VSM), Vena Safena Parva (VSP), aksesuar safen venleri ile diğer tüm vücuttaki yüzeyel toplardamarlar bu tanımın kapsamına girer.¹ Meme bölgesinde genellikle girişimsel işlemler sonucu bazen de travma ve sıkı giysiler giyilmesi sonucu görülen yüzeyel tromboflebit Mondor Hastalığı olarak tanımlanır. SVT genellikle iyi huylu

1 Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

bir hastalık olarak kabul edilir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda yüzde 40'lara varan oranda Derin Ven Trombozu (DVT) ile korelasyon gösterilmiş, bunun ile birlikte korele DVT si olan bazı vakalarda sekonder Pulmoner Emboli (PE) ile birlikteliği de görülmüştür.² SVT kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülür. Bu duruma kadınlardaki hormonal durumuna bağlı tromboza yatkınlık durumu düşünülebilir.³ Bu hastalık yaş sınırı olmadan her yaşta görülebilmekle beraber kadın cinsiyette erkeklere oranla daha ileri yaşlarda saptanmıştır.⁴ SVT hem kalp ve damar cerrahisi polikliniğine hem de birinci basamakta sağlık merkezlerine sık başvuru yapılan bir hastalıktır. Hastalık genellikle bir üst basamağa sevk edilmeden ayakta tedavi ve takip edilebilir. Dolayısıyla her basamakta çalışan sağlık çalışanları tarafından tanı ve tedavinin bilinmesi önemlidir. Literatürde hastalıkla ilgili bildirilmiş insidans çalışma azdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bazı insidans çalışmalarda yıllık vaka sayısı 125000 olarak saptanmıştır.⁵

2. Klinik Tablo ve Risk Faktörleri

SVT sıklıkla alt ekstremitte yüzeyel venlerinde görülmek ile birlikte vücuttaki tüm yüzeyel venlerde oluşabilir. Üst ekstremitte SVT'lerine sıklıkla damar yolu açılması gibi üst ekstremitte venöz sisteme kateterizasyon işlemleri sonrası gelişen sekonder enflamasyon neden olur. Yine tedavi amaçlı yapılan skleroterapi sonrası da hastalarda SVT görülebilmektedir. Hastaların çoğunda ağrı, kızarıklık, ödem, ven tırasesı boyunca ele gelen şişlik, endurasyon ve lokal ısı artışı şikayetleri mevcuttur. Fizik muayenede ele gelen sicim benzeri tromboze ven ve çevresinde enflamasyon bulguları bu hastalar açısından tipiktir. Anamnezinde hastaların venöz kateterizasyon öyküsü, geçirilmiş tromboflebit, yüzeyel venöz tromboz (YVT) ya da DVT öyküsü ve özellikle alt ekstremitte SVT'lerinde ayaklarda mantar enfeksiyonu ve fissür bulunması önemlidir. Lokal ısı artışı bulunmakla birlikte sistemik ateş nadirdir. Süpüratif tromboflebitlerde fluktuasyon ya da pürülan akıntı görülebilir. Hastalığa yol açan en büyük predispozan risk faktörü kişide variköz venlerin bulunmasıdır (alt ekstremitte için %90).⁶ Hiç bir tetikleyici başka bir sebep olmasa dahi variköz vendeki staz sonucu oluşacak enflamasyon buna yol açabilir. Diğer en önemli faktörlerden biri de genetik mutasyonlardır. Özellikle Faktör V Leiden ve Protein C mutasyonu olan hastalar SVT, YVT ve DVT açısından risk altındadır. Bunun yanında sigara, aşırı kilo, yaş, immobilité ve geçirilmiş SVT, YVT ve DVT öyküsü diğer predispozan faktörlerdir.⁷ Kadınlarda gebelik dönemi artan trombosit sayısı ve azalan fibrinolitik aktivite nedeniyle özellikle gebeliğin ilk 6 haftasında artmış SVT tabloları açısından risk taşır.⁸

3. Tanı

SVT tanısı için hastanın şikayetleri ve hekimin uyguladığı fizik muayene genellikle yeterli olur. Fakat DVT, PE gibi ek patolojilerin varlığı ve SVT'nin proksimalde safenofemoral ve safenopopliteal junctiona olan yakınlığı, trombüs varlığında trombüsün uzunluğu ve ek hastalıkların oluşturabileceği riskler ve tedavi planı açısından ileri tetkik ve tahlil yöntemleri gerekir. SVT tanısı, enflamasyon - trombüs varlığı ve eşlik eden DVT'nin olup olmadığı açısından doppler ultrasonografi (USG) altın standart tanı yöntemidir. Yine SVT olmasa dahi variköz venlerin mevcudiyetinde ve bunların YVT açısından takibinde, SVT hastaların tedavi takibinde USG kullanılır. Ek patoloji görülmeyen SVT hastalarında genellikle daha ileri bir görüntüleme yöntemi gerekmez. USG' de ven duvarında kalınlaşma ve perivenöz sıvı koleksiyonu tipiktir.¹ Her SVT'li hastada USG'de trombüs görülmeyebilir. Ama trombüs görülen hastalarda trombüsün derin venöz sistem bileşkelerine yakınlığı tedavi stratejisi açısından çok önemlidir. Zira bu bölgelere 3 cm'den daha yakın trombüsler ve 5 cm'den uzun trombüsler DVT kliniği benzeri tedavi algoritması geliştirilmelidir.⁴ Bu durumdaki hastalarda ve konkomitant DVT eşlik eden hastalarda D-Dimer düzeyi tanı ve takip için önemli bir belirteçtir. Yine enfeksiyöz bulguları gösteren USG'de genellikle dokular arasında serbest hava oluşumu ile karakterize enfeksiyöz ve süpüratif SVT'lerde tanı ve tedavi takibinde CRP, sedimantasyon, beyaz küre artışı ve benzeri akut faz reaktan takipleri yapılır.

4. Tedavi

Tedavi algoritması geliştirirken hastanın tromboemboli riskine 3 risk kategorisine ayrılır. Bunun için lüminal trombozun varlığı, uzunluğu, trombüsün derin venöz sistemlere yakınlığı, tromboz olan damarın vücuttaki konumu ve eşlik eden DVT ya da PE tablosunun olup olmamasına bakılır. Yine rekürren SVT, YVT, DVT ya da PE bir başka risk belirleme parametresidir.

Bunların dışında hasta hangi risk kategorisinde olursa olsun tedavinin ilk basamağı ekstremitte elevasyonu, soğuk kompres, non-steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİD) ve kompresyon tedavisidir. NSAİD aralarında herhangi bir üstünlük gösterilmemiştir. Ibuprofen, diklofenak ve ketoprofen kullanılabilir.⁹ Variköz venleri bulunanlarda venoaktif ilaçlar kullanılabilir.¹⁰

a. Hafif tromboemboli riski olan hastalar: Bu kategoridekiler; enfeksiyon ve tromboz olmadan sadece enflamasyon sonucu flebit görülen hastalar, aksiyel venlerde 5 cm'den daha kısa tromboz olan hastalar, derin

venöz bileşkelere uzak tutulum olan hastalar, diz altı aksiyel ven tutulumu olan hastalar ve derin venöz sistemde tutulum olmayan hastalardır.

Tedavide; ilk basamak tedavi yeterlidir, antikoagülasyon gereksinimi yoktur.¹³

b. Orta tromboemboli riski olan hastalar: 5 cm'den uzun trombüsü olan, derin venöz sisteme 3-5 cm yakınlıkta VSM ve VSP tutulumu olan, diz üstü aksiyel ven tutulumu olan ama DVT olmayan ve hafif tromboemboli riskli gibi değerlendirilip medikal tedavi ile kliniği progrese olan hastalar bu kategoride değerlendirilir.

Tedavide; ilk basamak tedaviye ek olarak venöz tromboemboli açısından profilaktik dozda antikoagülan kullanımı uygundur. Antikogülan tedavide 2.5 mg fondaparinux subkutan ve ya rivaroksaban 10 mg yapılan çalışmalarda^{11,12} en uygun tedavi olarak bulunmuş ve birbirlerine anlamlı bir üstünlük bulunmamaktadır. (Öneri düzeyi: 1-B)¹³ Bunların dışında düşük molekül ağırlıklı heparin alternatif olarak düşünülebilir.^{14,15} (Öneri düzeyi 2-B)¹³ Antikoagülan tedaviye hastanın kliniği de göz önüne alınarak ortalama 45 gün devam edilmesi önerilir.¹⁶

c. Yüksek tromboemboli riski olan hastalar: Daha önce geçirilmiş DVT, PE olan hastalar, VSM ve VSP deki trombüsün derin venöz sisteme 3 cm'den daha yakın tutulumu olan hastalar, perforatör ven tutulumu olan hastalar, profilaktik antikoagülan tedaviye rağmen trombüs yükü artan hastalar, antikoagülasyon kesildiğinde rekürren SVT geçiren hastalar, genetik açıdan trombofiliye yatkınlığı bulunan hastalar bu kategoride değerlendirilir.

Tedavide; ilk basamakta yapılması gerek tüm tedavilere ek olarak yüksek venöz tromboemboli risk açısından terapötik doz antikoagülan kullanmak gerekir.¹⁷ (Öneri düzeyi: 1-C)¹³ Bu risk kategorisindeki hastalarda antikoagülan tedaviye 3 ay süreyle devam edilmesi önerilir.¹⁵

Her 3 kategorideki hastalarda yüzeyel ven yetmezliğini ortadan kaldırmak için girişimsel işlem yapılması düşünülen hastalar son SVT atağından 3 ay sonrasına işlem planlanmalıdır. Bu süre zarfında hastalar gerekli ise uygun antikoagülan dozlarını işlem zamanına kadar alabilirler. Bu hastalara cerrahi, endovasküler ve skleroterapi yöntemlerinden herhangi birisi uygulanabilir.¹

Kaynaklar

1. Kalender M, Dönmez K. Yüzeysel tromboflebit tedavisi. Venöz Tromboembolide Güncelleme ed; Tankut Akay, İstanbul Tıp Kitapevleri. 2021; 26-32.
2. Bounameaux H, Reber-Wasem MA. Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis. A controversial association. Arch Intern Med. 1997 Sep 8;157(16):1822-4.
3. Nguyen AT, Tepper NK, Gold H, Ramer S, Curtis KM, Whiteman MK. Safety of contraception among women using anticoagulant therapy: an updated systematic review. Contraception. 2025 Oct 31:111276.
4. Lutter KS, Kerr TM, Roedersheimer LR, Lohr JM, Sampson MG, Cranley JJ. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. Surgery. 1991 Jul;110(1):42-6.
5. DeWeese MS. Nonoperative treatment of acute superficial thrombophlebitis and deep femoral venous thrombosis. In: Ernst CB, Stanley JC, eds. Current therapy in vascular surgery. Philadelphia: BC Decker Inc. 1991; 952-960.
6. De Maeseneer MG, Thrombosis Guidelines Group of the Belgian on, Thrombosis and Haemostasis, Belgian Working Group on Angiology. Superficial thrombophlebitis of the lower limb: practical recommendations for diagnosis and treatment. Acta Chir Belg 2005; 105: 145. 15. McColl MD.
7. Milio G, Siragusa S, Minà C, Amato C, Corrado E, Grimaudo S, Novo S. Superficial venous thrombosis: prevalence of common genetic risk factors and their role on spreading to deep veins. Thromb Res. 2008;123(2):194-9.
8. McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA, Carty MJ, Greer IA. Superficial vein thrombosis: incidence in association with pregnancy and prevalence of thrombophilic defects. Thromb Haemost. 1998 Apr;79(4):741-2.
9. Ferrari E, Pratesi C, Scaricabarozzi I. A comparison of nimesulide and diclofenac in the treatment of acute superficial thrombophlebitis. Drugs. 1993;46 Suppl 1:197-9.
10. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 25;2(2):CD004982.
11. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, Laporte S, Matyas L, Middeldorp S, Sokurenko G, Leizorovicz A; CALISTO Study Group. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. N Engl J Med. 2010 Sep 23;363(13):1222-32.
12. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JI, Jersemann K, Sahin K, Bauersachs R; SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given

- rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol.* 2017 Mar;4(3):e105-e113.
13. Bozkurt AK, editör. Periferik Arter ve Ven Hastalıkları - Ulusal Tedavi Kılavuzu . 2021. İstanbul Baycınar Tıbbi Yayıncılık. 2021; 318.
 14. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JI, Jersemann K, Sahin K, Bauersachs R; SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol.* 2017 Mar;4(3):e105-e113.
 15. Nikolakopoulos KM, Kakkos SK, Papageorgopoulou CP, Tsolakis IA. Extended-Duration Treatment of Superficial Vein Thrombosis of the Lower Limbs with Tinzaparin. *Vasc Specialist Int.* 2018 Mar;34(1):1-9.
 16. Duffett L, Kearon C, Rodger M, Carrier M. Treatment of Superficial Vein Thrombosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thromb Haemost.* 2019 Mar;119(3):479-489.
 17. Hokusai-VTE Investigators; Büller HR, Décousus H, Grosso MA, Mercuri M, Middeldorp S, Prins MH, Raskob GE, Schellong SM, Schwocho L, Segers A, Shi M, Verhamme P, Wells P. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2013 Oct 10;369(15):1406-15.