



Alaraajojen laskimovajaatoiminta

Keskeinen sisältö

Alaraajojen laskimovajaatoiminta on yleistä aikuisväestössä. Diagnostiikka ja hoidon tarpeen arviointi perustuvat oireisiin, kliiniseen tutkimukseen ja laskimoiden kaikukuvaukseen. Kompressiohoidolla ei voida estää laskimovajaatoimintaa etenemästä. Keskeistä on, että kajoava hoito perustuu aina kaikukuvauslöydökseen. Valtaosa kajoavista hoidoista voidaan toteuttaa polikliinisesti laskimonsisäisillä menetelmillä. Syvien laskimoiden virtausesteen hoitoon on kehitetty lupaavia laskimonsisäisiä menetelmiä.

Taudin luonnollinen kulku

Alaraajojen laskimovajaatoiminnan kehittymisen perussyyt ja -mekanismit ovat tuntemattomia. Keskeinen laskimopainetta nostava tekijä on refluksi eli takaisinvirtaus. Alaraajassa jo todettu pinta- tai syvien laskimoiden vajaatoiminta johtaa uusien suonikohjujen ilmaantumiseen. Samoin vajaatoimintaisten laskimoiden määrä suurenee seurannassa merkittäväällä osalla potilaista.

Diagnostiikka, hoidon porrastus ja hoitoaiheet

Alaraajaoireet (särky, turvotus, kutina, väsyminen) eivät ole laskimovajaatoiminnan suhteen spesifisiä. Laskimovajaatoiminnan kliinisen luokan (C0–6) määrittely on käyttökelpoinen menetelmä taudin vaikeusasteen arvioinnissa. Oireisiin perustuvan haittaluokituksen käyttöä vaikeuttaa kompressiohoitoon liittyvä vaatimaton hoitomyöntyvyys. Erikoissairaanhoidossa tehtävä laskimoiden kaikukuvaus ei ole erillinen tutkimus, vaan se liittyy olennaisesti oireiden arviointiin ja kliiniseen tutkimukseen.

Mitä uutta päivityksessä?

- Kompressiohoidon merkitys vähenee: sillä voidaan lievittää oireita, mutta potilaiden hoitomyöntyvyys sitä kohtaan on heikkoa eikä se estä laskimovajaatoiminnan etenemistä.
- Laskimoiden kaikukuvauksen keskeinen merkitys korostuu: diagnoosi ja hoidon suunnittelu perustuvat kaikukuvaukseen, ja laskimonsisäiset hoidot tehdään kaikukuvausohjatusti.
- Valtaosa pinalaskimovajaatoiminnan hoidosta voidaan toteuttaa polikliinisesti laskimonsisäisillä menetelmillä.

Kaikukuvauksen avulla tehdään tarvittava hoitosuunnitelma kajoavaa hoitoa varten. Lantion alueen syviä laskimoita voidaan erityistapauksissa kuvantaa tietokonetomografialla tai magneettikuvauksella. Pinalaskimotukoksen diagnoosi voidaan avoterveydenhuollossa varmistaa kaikukuvauksella ja samalla pystytään sulkemaan pois syvä laskimotukos.

Komplisoituneen (kliiniset luokat C4–6) pinalaskimovajaatoiminnan kajoava hoito on aina aiheellista, jos se on teknisesti ja kokonaisuutensa kannalta mahdollista. Sitä tarvitsevat potilaat on tärkeää ohjata erikoissairaanhoidon. Haittaavia oireita aiheuttavan (kliiniset luokat C2–3) pinalaskimovajaatoiminnan hoito taas on aiheellista, jos kaikukuvauksessa todetaan laaja-alainen refluksi. Haittaoiresessa laskimovajaatoiminnassa kiiretön erikoissairaanhoidon konsultaatio on tarpeen. Pinalaskimoiden kajoava hoito on aiheellista myös silloin, jos potilas on sairastanut pinalaskimotukoksen tai jos suonikohju on vuotanut verta.

Syviä laskimoita hoidetaan erikseen harkiten komplisoituneessa tilanteessa, jossa taustalla on merkittävä virtauseste.

Hoito

Komplisoitumattomassa (C2–3) laskimovajaatoiminnassa kompressiohoito ei näytä estävän suonikohjuja pahenemasta. Se kuitenkin vähentää laskimovajaatoiminnan oireita ja hyödyttää osaa potilaista. Hoitomyyntyvyys sitä kohtaan on kuitenkin vähäistä, ja kajoavaan hoitoon verrattuna sen vaikutus elämänlaatuun on vähäisempi. Komplisoidussa (C4–6) laskimovajaatoiminnassa kompressiohoito on merkittävä osa hoidon kokonaisuutta.

Ensisijainen hoitomenetelmä pinnallisen päärunгон (vena saphena magna ja parva) vajaatoiminnassa on termoablaatio (laserablaatio tai radiotaajuusablaatio) paikallispuudutuksessa. Jos termoablaatio ei ole teknisesti mahdollinen, valitaan muu hoitomenetelmä. Lämpimältään pienikokoisessa päärungossa voidaan valita vaahtoskleroterapia. Jos termoablaatio ja vaahtoskleroterapia ovat suljettu pois, valitaan avoleikkaus. Päärunkovajaatoiminnan hoidon lisäksi suurin osa potilaista hyötyy myös suonikohjujen hoidosta. Suonikohjut voi poistaa joko kirurgisesti tai vaahtoskleroterapialla. Hoitomenetelmän valinnan tueksi ei ole täsmällistä tietoa. Termoablaation jälkeen 4 tunnin mittainen kompressiohoito on riittävä, eikä vaahtoskleroterapian jälkeen välttämättä tarvita lainkaan kompressiohoitoa. Kompressiohoito tulee kuitenkin suunnitella yksilöllisesti niin, että huomioidaan toimenpidekokonaisuus, po-

tilaan mobilisoituminen ja muut tromboemboliset riskitekijät.

Termoablaatioissa toipuminen on nopeampaa ja komplikaatiot ovat harvinaisempia kuin avoleikkauksessa. Tavanmukaisen avoleikkauksen, laserablaation ja radiotaajuusablaation pitkäaikaistulokset ovat yhtä hyviä, mutta vaahtoskleroterapiaan liittyy 5 vuoden seurannassa huomattavasti enemmän sekä kaikkuvauksella todettavan refluksin että kliinisesti merkittävän vajaatoiminnan uusiutumista. Uusimmista hoitomenetelmistä (mekanokemiallinen ablaatio, höyryablaatio, liima-ablaatio) kertynyt tieto on termoablaatioon verrattuna vielä vähäistä. Laskimonsisäisten hoitomenetelmien kustannusvaikuttavuus on päärunkovajaatoiminnan hoidossa parempi kuin avoleikkauksen. Termoablaatio laserilla tai radiotaajuudella osoittautui mallintamistutkimuksissa kustannusvaikuttavuudeltaan parhaaksi.

Pintalaskimotukoksen hoidon tärkein tavoite on estää syvä laskimotukos. Yli 5 cm:n pintalaskimotukos hoidetaan 6 viikon antikoagulaatiolla. Ensisijaisesti suositellaan fondaparinuuksia (2,5 mg x 1). Myös enoksapariini (40 mg x 1) saattaa pienentää syvän laskimotukoksen ilmaantuvuutta, mutta asiasta ei ole suoraa näyttöä. Leikkaushoidon ja pienimolekyylisen hepariinin keskinäisestä paremmuudesta pintalaskimotukoksen hoidossa ei ole luotettavaa näyttöä.

Ahtautuneen lonkkalaskimon laajentaminen laskimonsisäisesti saattaa suojata potilasta laskimohaavan uusiutumiselta. Pallolaajennuksen lisäksi tarvitaan poikkeuksetta laskimoon soveltuva stentti. ■

JUKKA SAARINEN (pj.), VOITTO AITTOLA, KAROLIINA HALMESMÄKI, VILLE MATTILA (Käypä hoito-toimittaja), MATTI POKELA, MAARIT VENERMO ja JAAKKO VILJAMAA

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä

Koko suositus on luettavissa:

www.kaypahoito.fi

Update on Current Care Guideline:

Venous insufficiency of the lower limb

Venous insufficiency of the lower limb is a common disease. Diagnosis is based on symptoms, clinical findings and duplex ultrasound. Consideration and planning of invasive treatment cannot be performed without ultrasound. Vast majority of invasive treatments in superficial venous insufficiency can be done by ultrasound-guided endovenous methods with local anesthesia. Thermoablation (laser or radiofrequency) is the first-line treatment. There are promising endovenous methods for treatment of deep venous obstruction in selected cases.