AKTUÁLIS

Vénasebészet: a mostohagyermekből partner lett

Az Amerikai Vénás Fórum 2003. február 20-23-án Cancumban (Mexikó) tartott éves kongresszusán elhangzott elnöki előadás

Írta: DR. GLOVICZKI PÉTER

Megtisztelve érzem magam következő megválasztott elnökünk, Frank Padberg bevezető szavai után, mint az Amerikai Vénás Fórum 15. elnöke és társaságunk élén a megelőző tizennégy kiváló sebész követője.
Amint azt történészeinktől tudjuk, az Amerikai Vénás Fórum gondolata az 1987-ben Bethesdában tartott EurópaiAmerikai Vénás Szimpóziumon született meg, amelyet Leonel Villavivencio, Norman Rich, John Bergan és Charles Rob szerveztek. A szimpózium sikerén felbuzdulva, a 18 kiváló sebészből álló Joint Council of Vascular Societies (**I. táblázat**) támogatásával határozták el egy véna betegségekkel foglalkozó társaság létrehozását. Ez a fórum olyan korban került megalapításra, amikor a tudományos összejövetelek kevés időt szenteltek a vénákkal foglalkozó kutatásnak, amikor a vénabetegségeknek kevesebb jelentőséget tulajdonítottak, mint az artériák betegségeinek, amikor az érsebészek családjában a vénasebészetet művelőket úgy tekintették, mint mostohagyermekeket.
Az elmúlt 15 esztendőben társaságunk a világ vénákkal foglalkozó társaságai között az egyik legelismertebb lett. Sikerült beilleszkednünk a vénakutatás nemzetközi fórumába, és ahogy a Társaság erősödött, kapott elismerést a vénasebészet és újabban a vénán belüli beavatkozások is. A vénák sebészete már nem az érsebészet mostohagyermeke, minden kétséget kizáróan ma már az artériasebészet egyenlő partnere. Számos kollégával együtt abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy az elmúlt húsz év során követhettem és élvezhettem ennek az izgalmas területnek a fejlődését és a magam szerény módján hozzá is járulhattam ehhez.

Robert W. Barnes M. D.	John J. Bergan M. D.
John J. Cranley M. D.	W. Andrew Dale, M. D.
Ralph G. DePalma M. D.	James A. DeWeese M. D.
Lazar Greenfield M. D.	Robert W. Hobson II. M. D.
Michael Hume M. D.	John M. Porter M. D.
Seshadri Raju M. D.	Norman M. Rich M. D.
Charles G. Rob M. D.	Joseph G. Sladen M. D.
D. E. Strandness Jr. M. D.	David S. Summer M. D.
J. Leonel Villavicencio M.D.	James S. T. Yao M. D.

I. táblázat.
Az Amerikai Vénás Fórum alapító tagjai.

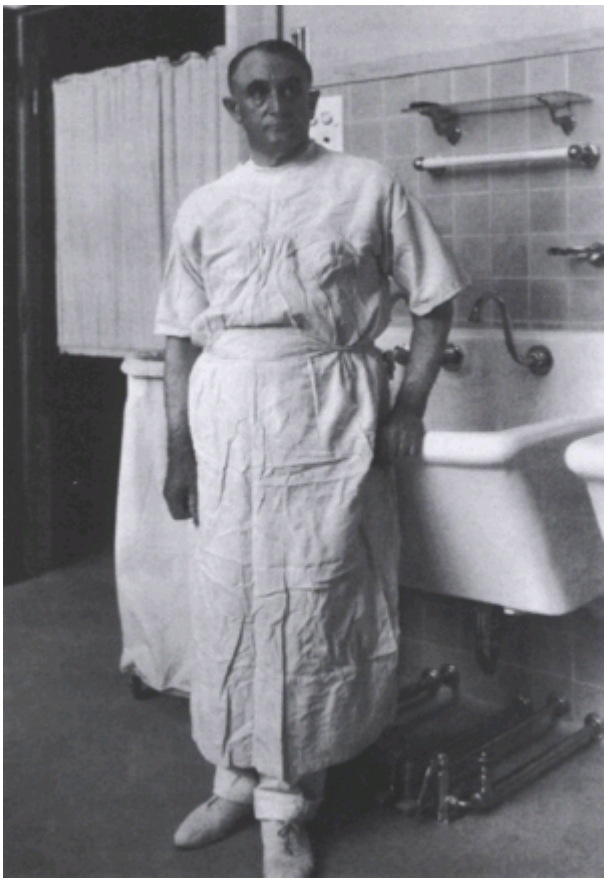
Személyes megjegyzések

Az elnöki beszámolók alkalmat jelentenek örökségünk felidézésére, a jelen állapot áttekintésére és figyelmünk összpontosítására egy fényesebb jövő változó ígéretei felé. Mielőtt gazdag hivatali örökségemről és a vénasebészet egyes kérdéseiről beszélnék, úgy érzem, köszönetet kell mondanom azoknak az embereknek, akik a szívemhez legközelebb állnak, mivel ők segítettek ahhoz, hogy itt lehessek most önök előtt: szüleimnek, feleségemnek és gyermekeimnek. Nélkülük ez nem sikerülhetett volna. Amint azt dr. Padberg bevezetőjében elmondta, a kommunista Magyarországon születtem és nőttem fel. Édesapám bel- és ideggyógyász szakorvos volt, körzeti orvosként dolgozott, a legjobb szakember volt, akit én valaha is ismertem. Öten voltunk testvérek, édesapám és édesanyám nagy szeretetben neveltek fel bennünket és biztosították nekünk a tanulás legjobb lehetőségeit. Édesapám egy fáradhatatlan, empatikus orvos volt, aki arra tanított engem, hogy szeretettel kezeljem a beteg embereket, és álljak ki az elveimért. Édesapám már eltávozott közülünk, de édesanyám jó egészségben Budapesten é1. Köszönettel tartozom szüleimnek mindazért, amit értem tettek. Hálás vagyok feleségemnek, Mártának szeretetéért, támogatásáért és két szép gyermekünkért, Péterért és Júliáért, akik szintén hisznek az örökség fontosságában, s bár Minnesotában születtek, kitűnően beszélnek magyarul.

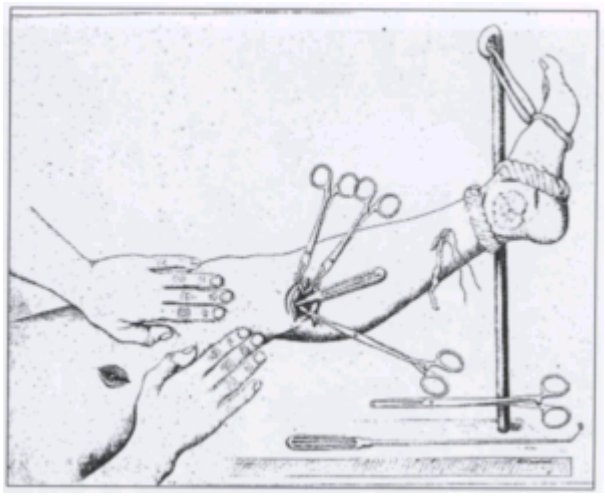
Mestereim

Sebészi pályafutásom három évtizedében egyetlen állandó dolog volt - elkötelezettségem az érsebészethez. Mint a mesterek általában, úgy az én esetemben is nagy szerepet játszottak a szakterület kiválasztásában. Az érsebészet, ezen belül a vénasebészet kiválasztásáért Soltész Lajos profeszszornak kell köszönetet mondanom. Soltész professzor az érsebészet úttörője volt, aki kiemelkedő szerepet játszott az önálló magyar érsebész-angiológus társaság létrejöttében. Nagy forgalmú praxisa volt, ahol számos órát töltöttem. Ő volt az első, aki felhívta figyelmemet arra, hogy az érbetegségekbe nemcsak az artériák, hanem a vénák és nyirokutak problémái is beletartoznak, és az érsebésznek kell a visszér betegség, a lábszárfekély, valamint a lymphoedema és érmalformáció gondját is viselni. Az ő klinikáján, a 70-es évek elején a vénasebészet néhány óriásával találkozhattam. Egyikük volt az olasz Malan professzor, az érmalformációkutatás úttörője. Másik látogató, akire élénken emlékszem, az osztrák Robert May volt, aki a jobb art. iliaca általi bal v. iliaca kompressziót tanulmányozta Thurnerrel együtt. Első kézből hallhattunk beszámolót arról a betegségről, amelyet ma May-Thurner syndromaként ismerünk.
A kommunista vezetés ellenére a hetvenes évek közepén Soltész professzornak sikerült engem Párizsba küldenie egy évre, ahol Servelle-jel és Cormier-vel dolgozhattam együtt. Servelle-nek nagy tapasztalata volt az arterio-venosus malformációkban, a Klippel-Trenaunay szindrómában, a limphoedemában és a chylosus ascitesben. Sok ilyen ritka betegséget láthattam ott. Cormier-t szintén érdekelték a vénamalformációk, de ő a vénás thrombectomiában és a véna rekonstrukciókban is kiváló volt. Párizsban kezdett foglalkoztatni a nyirok-mikrosebészet, és megírtam dolgozatomat a kísérletes lymphovenosus anastomosisokról (7). Servelle professzor, aki René Leriche tanítványa volt, gyakran

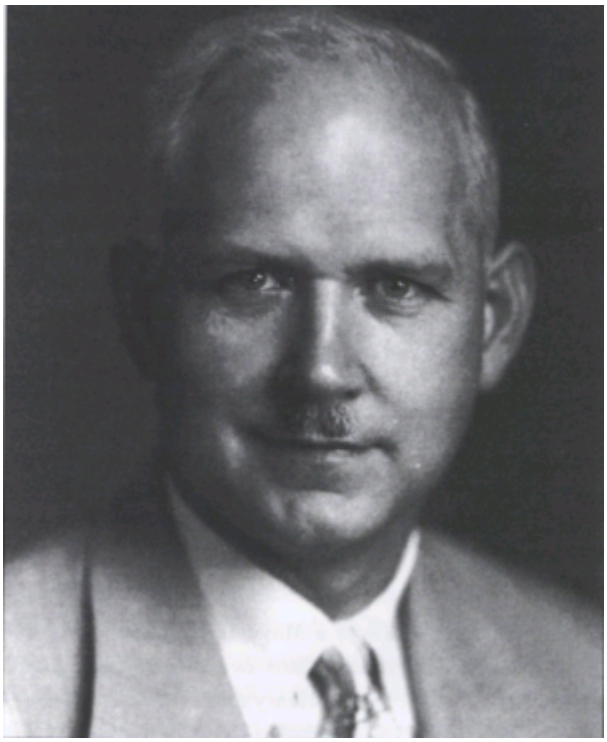
beszélt nekünk az amerikai sebészetről. Amikor megkérdeztem, hová látogassak el Amerikában, akkor mindig ugyanazt mondta: "La Clinique de Mayo, Monsieur Peter". Öt évbe telett, mire végül megérkeztem Rochesterbe, a Mayo Klinikára a Bestor ösztöndíjjal, dr. Alexander Schirger közbenjárására, hogy dr. Larry Hollier első kutatója legyek. Ő akkor alapított egy új praxist, és nem sokkal később egy új érsebészeti részleget. Itt találkoztam további mentoraimmal, az egymást követő érsebészeti részlegvezetőkkel: Peter C. Pailorelóval és Kenneth J. Cherry-vel. Hálás vagyok a tanácsaikért és őszinte barátságukért. Meg kell említenem további kollégáimat is, akikkel az utóbbi évtizedekben együtt dolgoztam a Mayo érsebészetén: J. W. Hallett, T. C. Bower, J. Panneton, A. A. Noel, T. M. Sullivan és Manju Kalra. Nagy megtiszteltetés volt ebben a teamben dolgozni, köszönöm támogatásukat és barátságukat.
Oliver Beahrs, aki egyik sebész példaképem, egyszer azt írta: "Egy sebész viszonya a sebészethez nem csak az ő sajátja, hanem annak az eredője, ami jót ő tanulmányai során látott és megtanult." Mestereimnek tartom továbbá azokat a sebészeteket is, akik oktattak és időt szántak rám akkor, amikor az E. J. Wylie Traveling Fellowshippal jártam a világot, vagy amikor mint Cheselden Visiting Professor Londonban, a St. Thomas Hospitalban jártam. Hálás vagyok nekik tanításaikért.



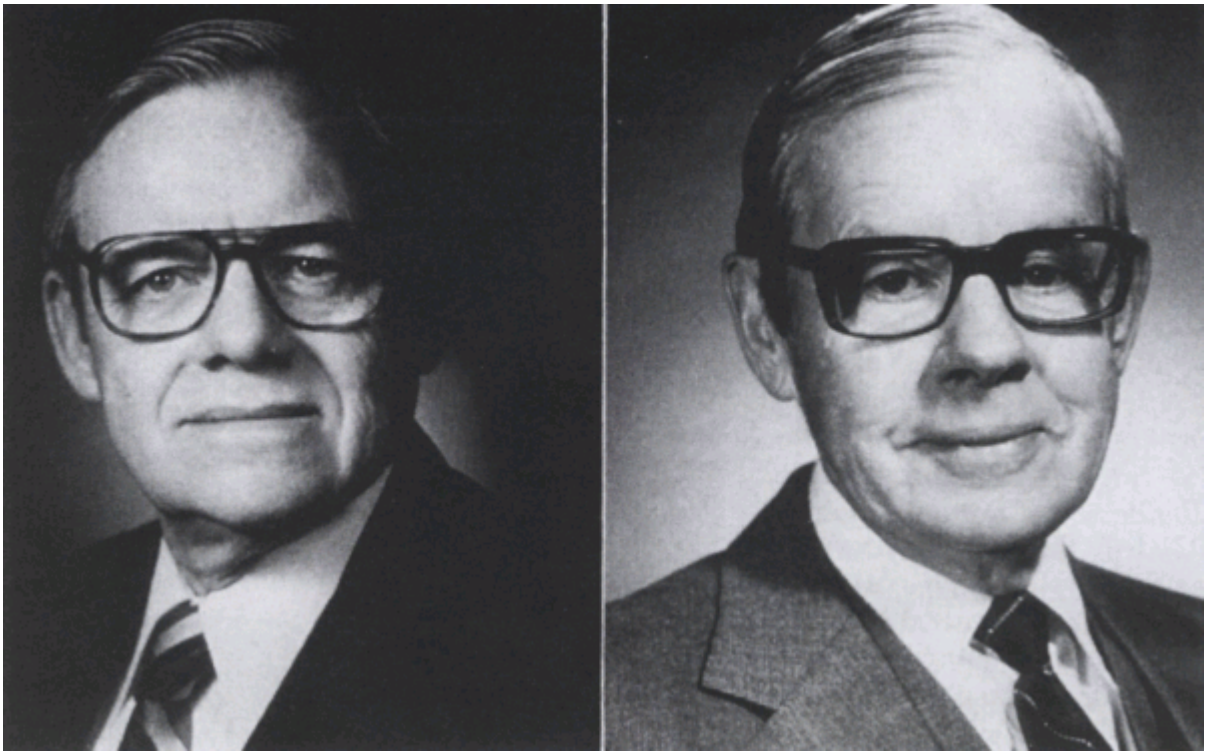
1. ábra.
Charles H. Mayo (1865-1939), a Mayo Klinika egyik alapítója, aki 1888-ban az első varix műtétet végezte az Egyesült Államokban.



2. ábra.
A Charles H. Mayo által 1906-ban használt külső stripper.



3. ábra.
Thomas T. Myers (1906-1980), a perifériás véna sebészeti osztály vezetője a Mayo Klinikán 19474611966-ig.

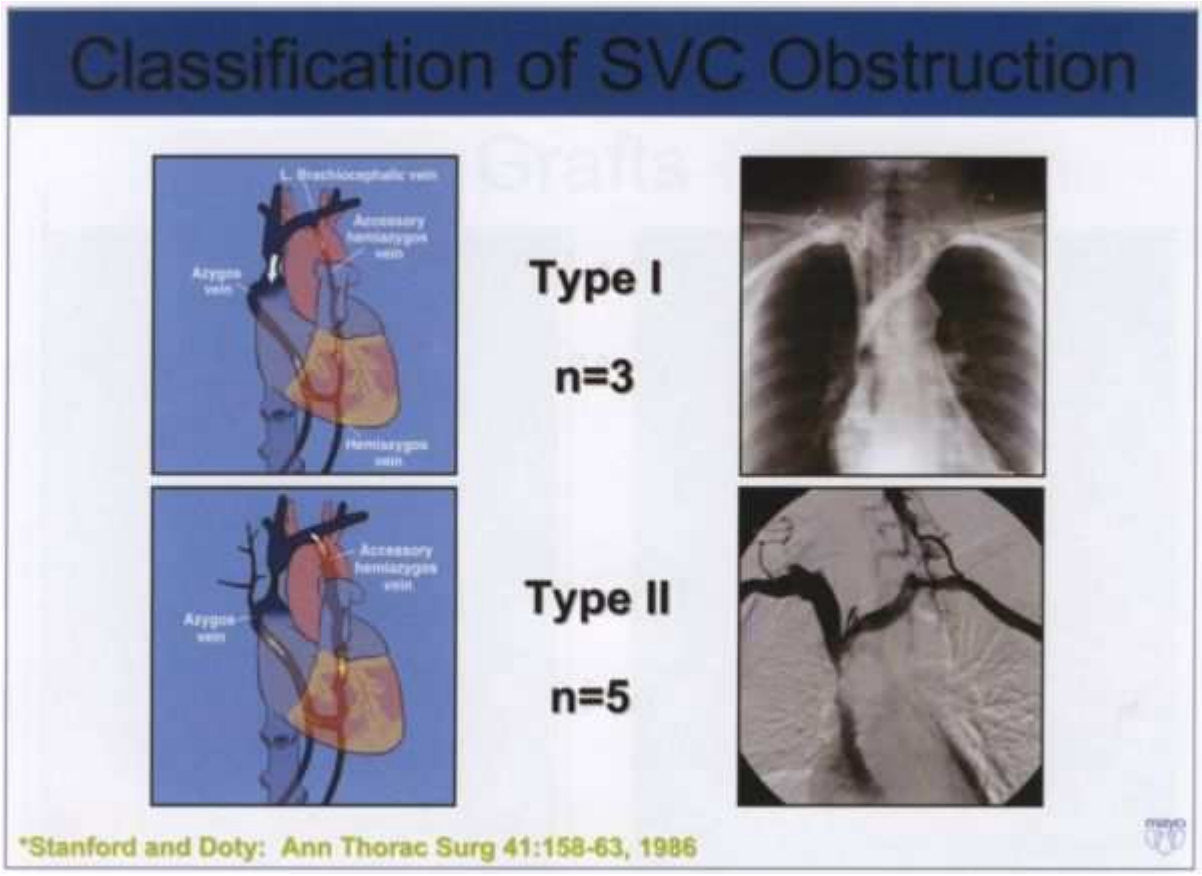


4. ábra.
Eric P. Lofgren (szül.: 1919) és Kari A. Lofgren (szül: 1915), a Mayo Klinika véna sebészei.

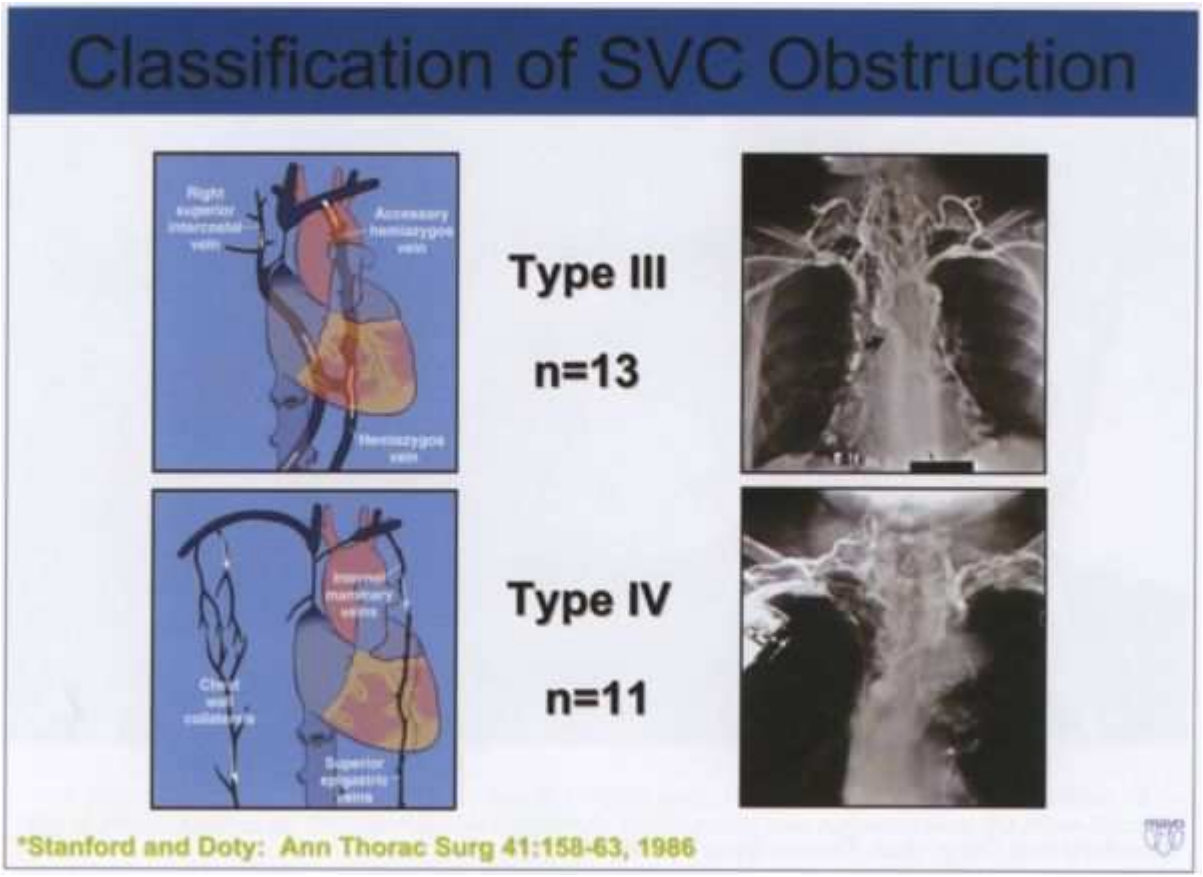
Vénasebészet a Mayo Klinikán

Egy intézet tapasztalata fontos és ösztönző egy akadémiai sebész életútján. Patrick Henry mondta 1775-ben, hogy "Csak egyetlen fény van, amelyik a lábaimat irányítja, és ez a tapasztalat fénye. A jövő kiszámítására nincs más lehetőség, mint a múlt." A Mayo Klinikán kiemelkedő vénasebészeti emlékeket találtam, amelyek néhány részletét most meg kívánom osztani önökkel. William W. Mayo két orvos fia, Will és Charlie alapították az első integrált, multidisciplinaris praxist a századfordulón, amelynek alapelve: "az egyetlen szempont, ami számít, a beteg érdeke". A vénasebészet a Mayo Klinikán két forrásból táplálkozott: az egyik a varix sebészet egyedülálló öröksége, a másik a modern kardiovaszkuláris sebészet, amelyet John W. Kirklin és Dwight McGoon vezetésével kezdtek az ötvenes években.
A vénabetegségek jelentőségét a Mayo fivérek már korán felismerték. Charles H. Mayo (**1. ábra**) nem sokkal a Northwestern Egyetemen megszerzett diplomájának átvétele után, 1888-ban elsőként operált varix műtétet az Egyesült Államokban (9). Gyűrűs stripperrel végzett 181 műtétről számolt be 1906-ban (**2. ábra**) (10). A történelem első Véna Osztályát 1917-ben dr. Frederick L. Smith alapította, amely később dr. Thomas T. Myers (**3. ábra**) 1947-tól beiktatott vezetése alatt vált hazájában, és azon kívül is ismertté és elismertté. Dr. Karl A. és Eric P. Lofgren (**4. ábra**) később csatlakoztak hozzá. Myers a gyökeres varix műtét mellett állt ki, és kifejlesztette a modern flexibilis intraluminaris műszerrel végzett stripping eljárást, amely műszer a ma alkalmazott egyszer használatos stripperek elődje volt (11). Myers és a Lofgren fivérek időszakában a Mayo Klinikán 18 000 visszér műtét történt (9). Ezen kívül kezeltek még mélyvéna elégtelenséget, ulcus crurist, hypertensiv ulcust, congenitális vénás malformációt, felületes phlebitist és acut mélyvénás

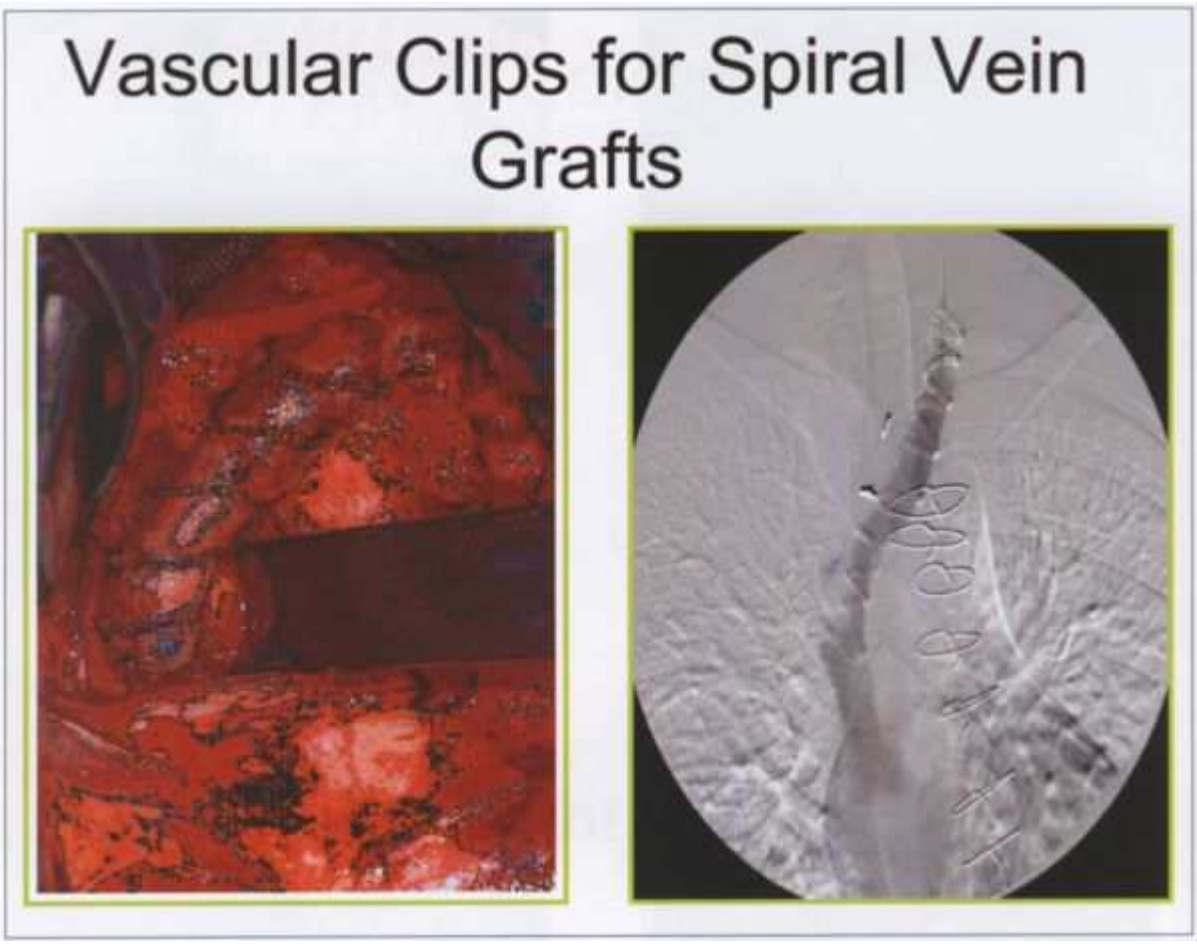
thrombosist is. Mérföldkövet jelentő, 1000 betegre kiterjedő, 10 éven át követett varix műtét sorozatuk, amelyet Karl A. Lofren publikált, a stripping műtétet a standard eljárás szintjére emelte (12). A csoport vénás nyomásmérés alkalmazásával tanulmányozta a stripping műtét hatását a vénás fiziológiára, továbbá felhívták a figyelmet a láb perforansok billentyűinek ellentétes irányultságára is. Amikor 1983-ban dr. Larry H. Hollier formálisan megalapította az Érsebész Szekciót, rövidesen minden véna sebészeti beavatkozást átvettek az érsebészek, akik a felületes vénákon nyílt és endoscopos perforans műtéteket, továbbá a mély- és centrális vénákon rekonstrukciókat kezdtek végezni (1317).
A vena cava superioron és inferioron a kardiovaszkuláris sebészek végezték az első beavatkozásokat. Kirklin már 1955-ben homografttal pótolta a vena cava superiort. A vena cava superior szindróma sebészi kezelését Philip E. Bernatz fejlesztette tovább. Ez a kivételes képességű mellkasés érsebész, Ivalon és Dacron grafttal pótolta a vena cava superiort az 1950-es években, és ezt 1962-ben publikálta (18). Nagyvéna rekonstrukciókat nagyobb számban Pairolero, Hollier és a mi munkacsoportunk végzett (13, 16, 17). Jelentős tapasztalatról számolt be Bower és Nagorney malignus tumor miatti, vena tava pótlással egyidőben végzett kiterjedt máj resectióról (15). Mint láthatják, ma a vénasebészet az artériasebészet egyenlő partnere a Mayo Klinikán. A vénabetegség miatt jelentkező betegek az ércentrum egy különleges kezelési modellje alapján kerülnek kezelésre (**5., 6., 7., 8., 9. ábra**).



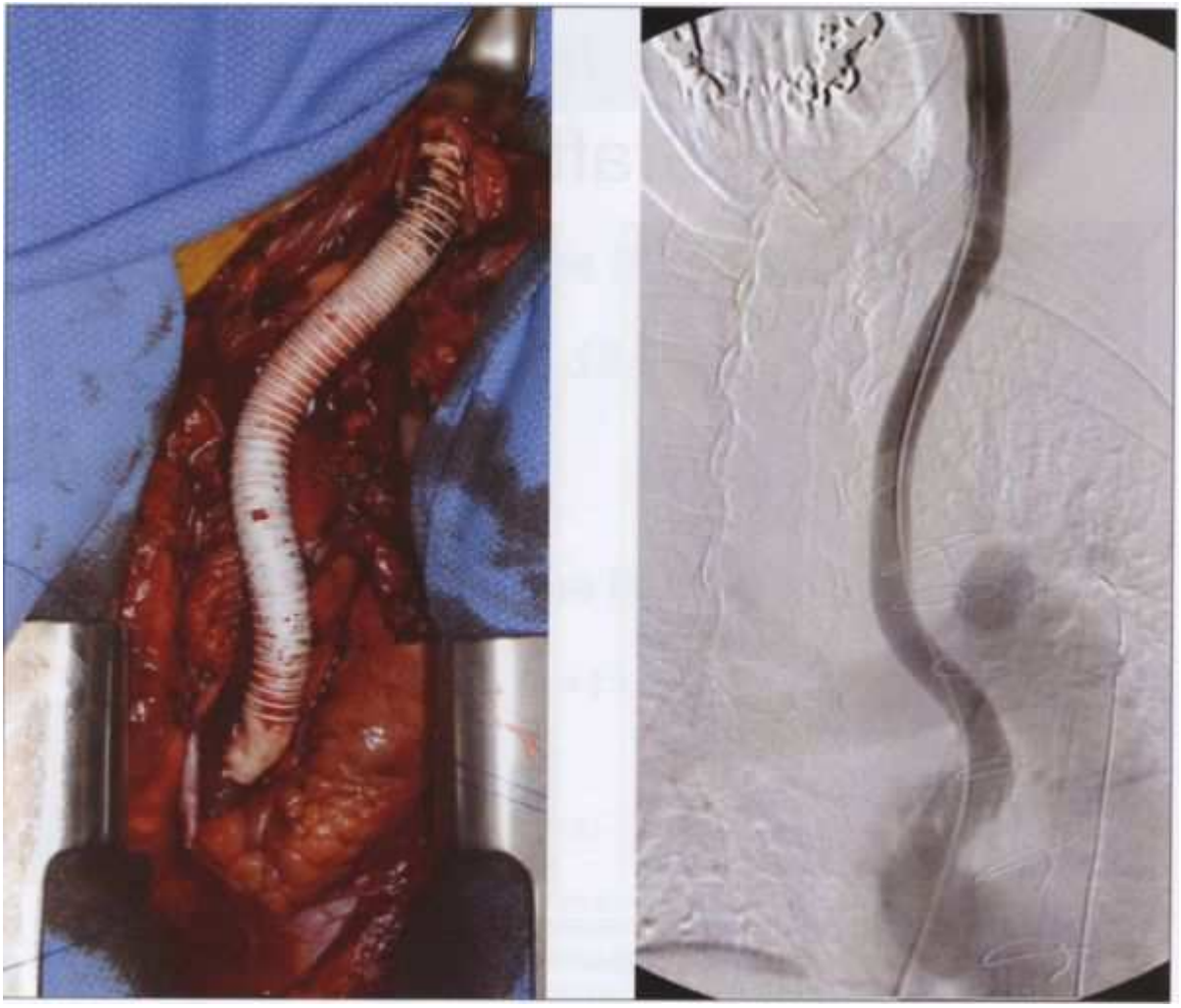
5. ábra.
A Stanford és Doty szerinti klasszifikáció szerint 1-es típusú laesiója volt 3 betegnek - 70-90%-os stenosissal. A II-es típusba 5 beteg tartozott, 90%-nál nagyobb stenosissal, azygos - jobb pitvari antegrad áramlással.



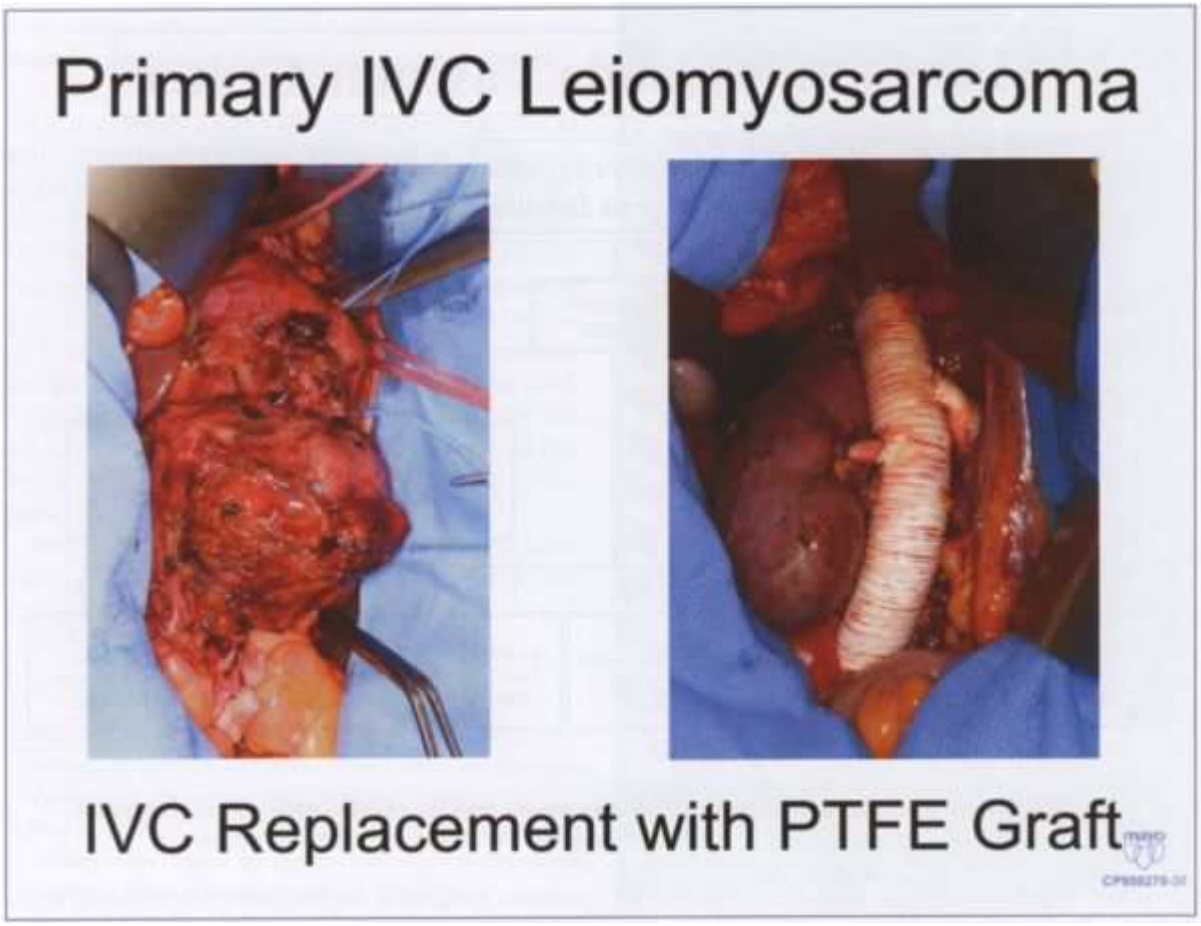
6. ábra.
A III. típusba 13 beteg tartozott, 90%-nál nagyobb szűkülettel, illetve elzáródással, akiknél reverz áramlás volt az azygos rendszerben. Volt 11 IV-es típusú betegünk is, akiknél további occlusiók is voltak a tava ágakban és az azygos rendszerben.



7. ábra.
Bal v. anonyma - jobb pitvari fülcse közötti spirál véna graft, amely nem penetráló ér-klippekkel készült.



8. ábra.
Bal v. jugularis interna - jobb pitvar fülcse közötti gyűrűs PTFE bypass, cava superior syndromát okozó mediastinalis fibrosisban.

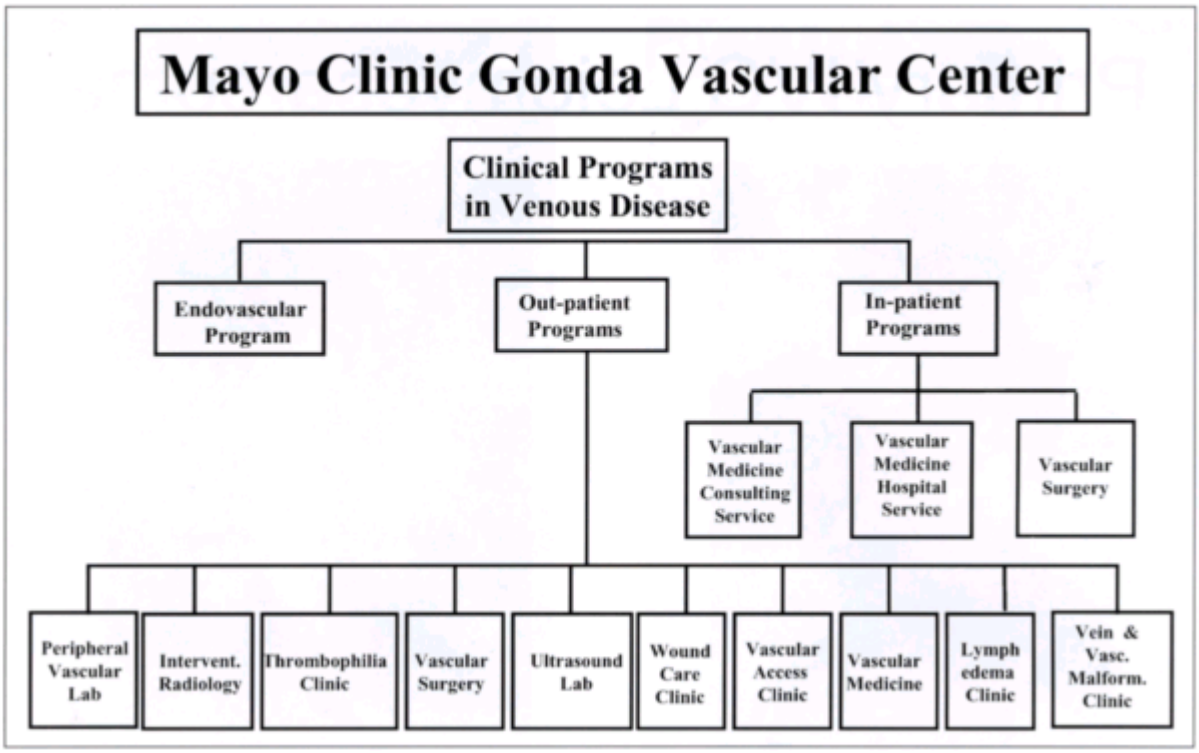


9. ábra.
A v. cava inferior primer leiomyosarcomája, amelyet resecáltunk és mind infra- és suprarenalisan gyűrűs PTFE grafttal pótoltunk, a renalis vénák rekonstrukciójával együtt.

Mayo ércentrum kezelési modellje

Bár az Egyesült Államokban és külföldön, más intézetekben is működnek ércentrumok, és ismertek egyéb modellek is, érdemes néhány szót szólni a Mayo Klinikán alkalmazott rendszerről. A Gonda Ércentrum 1991-ben nyílt meg, a magyar származású Gonda (Goldschmied) László és Zsuzsa Alapítványának támogatásával. A centrum célja az volt, hogy egyetlen helyen koordinált, átfogó és multidisciplinaris diagnosztikával szolgáljon az érbetegek részére. Két korábbi igazgatója különleges figyelmet érdemel: John W. Hallett és Thomas W. Rooke. Előre látták, hogy ez a diagnosztikai és terápiás járóbeteg rendelés és a hozzá csatlakozó bent fekvő belgyógyászati, sebészeti és intervenciós részleg, hamarosan egy frekventált centrummá fog válni (19). A Centrum 2002-ben az új Gonda épületbe költözött, ahol különlegesen kiépített 32 000 négyzetláb területet foglal el. Ez egy multidisciplinaris, érbetegségekkel foglalkozó rendszerként, más osztályoktól és részlegektől függetlenül, külön adminisztratív vezetővel és költségvetéssel üzemel. Az orvoscsoport 35 főből áll, akik 65 angiológiára, érsebészetre és intervenciós radiológiára specializált középkáder segítségére számíthatnak. További, számos itt működő szakterület közül meg kell említeni a kardiológiát, belgyógyászatot, dermatológiát, fizioterápiát és haematológiát. A centrum célja a legmagasabb szintű

diagnosztika és kezelés alkalmazása az artériák, vénák és nyirokutak akut és krónikus betegségei esetén. A Gonda Ércentrumban 2002-ben összesen 25 071 beteg került vizsgálatra, illetve kezelésre.



II. Táblázat.
A Gonda Vascular Center által a véna és nyirok betegek részére nyújtott szolgáltatások.

A **II. táblázat** a véna- és nyirokkeringési betegek részére nyújtott szolgáltatásainkat mutatja. A centrum koncepciójának előnyei nyilvánvalóak, hiszen beteg- és betegségcentrikus, ahol lehetőség van belgyógyászati, sebészeti és intervenciós radiológiai kezelésre. A modell követi a Mayo Klinika elkötelezettségét, vagyis a beteg igényei az elsődlegesek, míg a betegellátás, oktatás, kutatás multidisciplinaris és integrált. Ez tehát a centrum képe, amelyet az egyik legjobb érdiagnosztikai és -terápiás centrumnak tartanak, ahogy a küldetése is ez, továbbá az, hogy ezt költséghatékonyan tegye. Ebben a környezetben volt alkalmam az elmúlt két évtizedben kiépíteni a magam vénás praxisát, különös tekintettel azokra a betegekre, akiknek krónikus billentyű elégtelensége, illetve mélyvéna occlusiója volt. A vénabetegségek ellátására az igény óriási, és állandóan növekszik. A krónikus vénabetegségek az eddigieknél nagyobb figyelmet követelnek, és meg is érdemelik azt.

A krónikus vénabetegség egy népegészségügyi probléma

Az elmúlt 15 évben az Amerikai Vénás Fórum fő célja a krónikus vénabetegek kezelésének és életminőségének javítása volt. A krónikus vénabetegség egy spektrum, amelynek egyik véglete az egyszerű varicositas, a másik pedig a különböző fokú vénás elégtelenségek, illetve a lábszárfekély.
Ez egy rendkívüli gyakori betegség. Az Egyesült Államokban 20-25 millióra becsülik

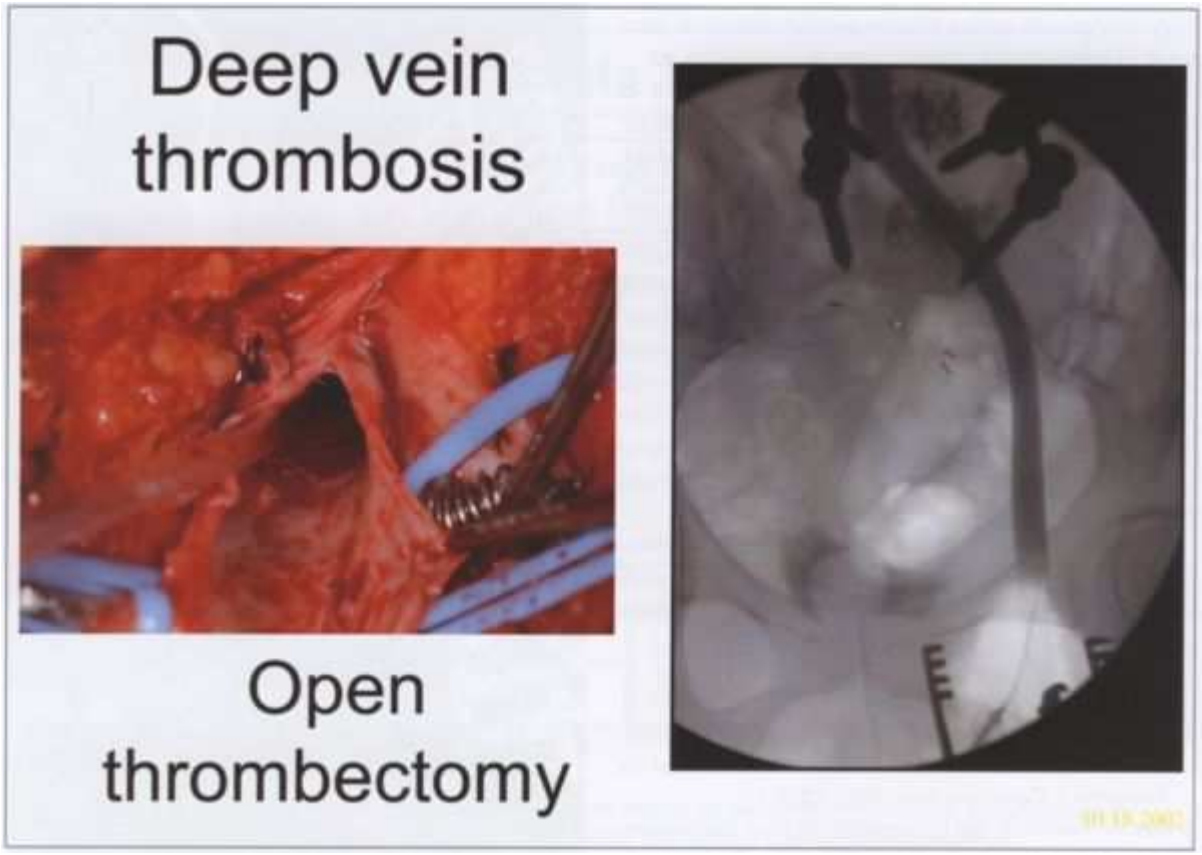
a varicosus vénákat viselők számát, 2,5 millióra az előrehaladott krónikus vénás elégtelenséget és kb. 1 millióra a lábszárfekélyeseket. Olmsted megyében készült epidemiológiai felmérés 76,1/100 000 fő/évre teszi a krónikus vénás elégtelenség incidenciáját, míg a vénás fekélyek megjelenését 18/100 000 fő/évre. A nő/férfi arány 20,4/14,6. Elkeserítő lehet, hogy a vénás fekélyek incidenciája nők esetében nem változott, míg a férfiaknál nőtt az utóbbi 20 évben. Az Egyesült Államokban több mint 20 000 új fekélyes beteget kezelnek minden évben, akiknek 12%-a kórházi felvételt igényel. A betegek éves egészségügyi költsége 150 millió és 1 milliárd USD között van (21). Az elmúlt 15 évben a krónikus vénabetegségben szenvedők kezelésére (22, 23, 24) és a betegség súlyosságának megítélésére (25, 26, 27) az Amerikai Vénás Fórum számos ajánlása jelent meg, amelyet a korábbi elnökök ismertettek (28, 29, 30, 31, 32). Továbbra is kötelességünk e nehéz területen is az újabb technikákkal elért eredmények megismerése, hatásosságuk igazolása, az adatok továbbítása az orvosok, betegek és mindenki részére, ezzel segíteni a gyógyító munkát, és előmozdítani a tudományt.

Krónikus vénabetegségek és az endovénás megoldás

A minimál invazív endoscopos és endovaszkuláris technológia megváltoztatta az érbetegségek kezelésének módszerét - kevés olyan terület van a sebészetben, ahol ekkora változás ment volna végbe, mint éppen a vénasebészetben. Az endovénás technikák forradalmasították a vénabetegek kezelését. A vena saphena magna ultrahangvezérelt endovénás rádiófrekvenciás (33, 34), illetve laser (35) ablációja jelentős támadás a saphena stripping és a junkció magas lekötésének dogmája ellen. További ígéretes módszer a véna saphena magna ultrahangvezérelt hab sclerotherapiája, amelynek klinikai tanulmányai most fejeződtek be Európában és multicentrikus értékelése indulásra kész az Egyesült Államokban. A nagyvénák endovénás recanalizációja és stentelése sok beteg esetén előtérbe került a nyitott, sebészi megoldással szemben (36). Gyorsan elterjedt az akut mélyvéna trombózis endovénás technikával történő kezelése, azaz a katéteres trombolízis, illetve a mechanikus thrombectomia és stent beültetés elvégzése (**10. ábra**) (31., 37.).

10. ábra.
A Mayo Klinika 2002-ben megnyílt Gonda épülete, amelyben a Vascular Center működik.

A krónikus vénabetegek kezelésének célja az ambuláns vénás hypertonia csökkentése és az ennek hátterében lévő kóros állapot korrekciója. A felületes reflux maradt a kezelés fő célja. A nyitott műtét még mindig sokat tud tenni a krónikus vénabetegért. A varicosus vénák kezelésének igazoltan bevált módja a minimál invazív invaginációs stripping, a junkció oldalágainak megszakításával és a törzs magas lekötésével - ez a felületes reflux standard kezelése (38). A varicosus oldalágak megoldása lehet a phlebectomia vagy a sclerotherapia. Nincs kétség afelől azonban, hogy az incompetens v. saphena magna endovénás rádiófrekvenciás, laser vagy ultrahangvezérelt hab sclerotherapiája új technikák, amelyek elfogadásra kerülnek (34, 35). Ezekkel hosszú távú eredmények még nincsenek, de a korai eredmények alapján az endovénás abláció előnyösebb, mint a sebészi megoldás (EVOLVES tanulmány, 34).



11. ábra.
Femoro-cavalis thrombosisban nyílt thrombectomiát és a v. fem. communis felől cava stentelést végzünk.

A subfascialis endoscopos perforans sebészet (SEPS) (**11. ábra**) változatlanul jobb, mint a perforansok nyitott megszakítása (14), szerepe postthrombotikus esetekben nem meghatározható, előnye, a legújabb, hamarosan publikálásra kerülő európai tanulmány szerint sem igazolható. Szükséges lenne egy összehasonlító tanulmány az elégtelen perforans vénák SEPS és sclerotizáló kezelése vonatkozásában. A mélyvéna elégtelenség kezelése továbbra is nehéz feladat - nyitott vagy angioscoppal végzett billentyű rekonstrukció, véna transpositio vagy transplantatio mind létező módszerek, de csak néhány, e területen jártas szakember végzi (39., 40., 41.). A nyitott véna bypass műtét azon betegek esetében javasolt, akiknél az endovénás beavatkozás sikertelen, vagy akik arra eleve alkalmatlanok, ilyenkor autológ vénát használunk (13., 16., 42.). A vena iliaca occlusio miatti stentelés rövid- és középtávú eredményei nagyon biztatóak (36). Az endovénás forradalom meg fogja hozni leginkább várt sikerét, ha a mélyvéna elégtelenség percutan billentyű pótlása is megoldódik egy kompetens billentyűt tartalmazó stenttel. Ez a módszer ma még kísérleti stádiumban van. Társaságunk kutatóinak ebben az irányban kellene dolgozniuk.

12. ábra.
A subfasciális endoscopos perforans ligatura jelenlegi módszere. A videókamera egy 10 mm-es porton át kerül bevezetésre, a perforans vénák átvágására

Az Amerikai Vénás Fórum fő feladatai

Az Amerikai Vénás Fórum az elmúlt 15 év során kitűnt elméleti kiválóságával. Fő feladatunk változatlanul az alapés klinikai kutatás előmozdítása, magas szintű összejövetelek, továbbképző tanfolyamok szervezése, valamint tagjaink és az érdeklődő kollégák részére oktatási anyagok összeállítása (**12. ábra**). Éves találkozóink és a csatlakozó továbbképző tanfolyamok meghatározzák a vénabetegségek kezelésének aktuális színvonalát. A fórum ideális az új vénás technikák prospektív, multicentrikus tanulmányok segítségével történő kiértékeléséhez. Elsők között kellene lennünk, akik alkalmazzák az endovénás és endoscopos technológiát, a kiváló elméleti központokban elvégzett gyors prospektív tanulmánnyal támogatnák, vagy visszautasítanák a betegeknek ajánlható módszereket. Az lenne a feladatunk, hogy a visszér specialistáinkat megtanítsuk az új módszerek indikációjára és elvégzésére. Az Amerikai Vénás Fórumnak és oktatási partnerének, az Amerikai Vénás Fórum Alapítványának további fontos céljai is vannak: a lakosság körében tudatosítani a krónikus vénás elégtelenség megelőzésének és kezelésének ismeretét. A fórum alapelve megkívánja a további

véna specialistákkal és más angiológusokkal történő együttműködést. Erősítenünk kell más érsebészeti és vénákkal foglalkozó szervezetekkel az együttműködést, továbbá a vénabetegségek kezelésének vezetőjeként kell fellépnünk az Érsebészeti Társaságban (SVS), a Nemzetközi Angiológiai Unióban (IUA), a Nemzetközi Endovascularis Kezelési Társaságban (ISET) és a Nemzetközi Phlebológiai Unióban (UIP). Végül fokozódó igény jelentkezik drága, minimál invazív technológiák bevezetésére, vagyis együtt kell működnünk az iparral az új technikák kifejlesztésében és a kapcsolatok ápolásában, hogy támogassák küldetésünket.
A sikerhez növekednünk is kell. A Mayo Klinika egyik jótevője, Gonda László egyszer azt mondta, hogy ha az öreg tölgy nem növekszik, akkor kipusztul. Tehát növekednünk kell, hogy a hangunk erősebb legyen a vénabetegségek kezelésében. Az endovénás és minimál invazív technikák a fiatal tagok és angiológusok körében népszerűek, profitáljunk tehát az új technológiákból és vegyük őket rá arra, hogy alkalmazzák ezeket klinikai gyakorlatukban. A fiatal tagok és angiológusok oktatására kell összpontosítanunk.
Az Amerikai Vénás Fórumnak nagyon sikeres első 15 éve volt, és készen állunk a következő 15 évre. Ismerem ennek a Társaságnak a szellemi képességeit, és érzem ennek erejét. Nincs fejlődés változás nélkül, de ki kell állnunk a véna betegségek eddig igazolt sebészi kezelése mellett. Ugyanakkor készen kell állnunk az új módszerek vizsgálatára, és a hatásos minimál invazív és endoscopos technikák gyors elfogadására. Készen kell állnunk továbbá a következő generáció véna specialistáinak kiképzésére, szakmánk jobbulása és védelme, valamint értékes Társaságunk jövője és vénabetegeink jobbulása érdekében. Kérem Önöket, őrizzék meg a vénasebészetet ott, ahová tartozik: legyen az érintervenciók integráns része és az artériasebészet egyenlő partnere.
Hölgyeim és Uraim, rendkívüli megtiszteltetés és különleges kiváltság volt, hogy az Amerikai Vénás Fórum elnökeként szolgálhattam az elmúlt évben, köszönöm a lehetőséget.

13. ábra.
Az Amerikai Vénás Fórum weblapja és legújabb irányadó kiadványa.

Irodalom

1. Malan, E. Puglionisi, A.: Congenital angiodyplasias of the extremities. II. Arterial, arterial and venous, and haemolymphatic dysplasias. J. Cardiovasc. Surg. 1965; 6:255-345.

2. May, R., Thurner, J.: Ein Gefdssporn in der Vena iliaca communis sinistra als Ursache der ubegend linkseitigen Beckenvenethrombosen. Ztsch. Kreisslaufforschung 1956; 45:912.

3. Servelle, M.: Surgical treatment of lymphedema: a report on 652 cases. Surg. 1987; 101:485-95.

4. Servelle, M.: Klippel and Trenaunay's syndrome. 768 operated cases. Ann. Surg. 1985;201:365-73.

5. Cormier, J. M., Laurian, C., Franceschi, C., Luizy, F.: Ultraso nographic control during surgery on congenital arteriovenous fistulae in the limbs [In French] Chirurgie 1981; 107:424-7.

6. Cormier, J. M., Laurian, C., Fichelle, J. M.: Venous thrombec tomy and caval interruptions. [In French] Annales de Medecine Interne. 137(6):519-22, 1986.

7. Gloviczki, P., LeFloch, P.: Experimental Lymphovenous Anastomoses (In French) Mernoires du Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Medicine de Paris, 1976.

8. Beahrs, O. H.: The Odyssey and Reflections of One surgeon. Mayo Publishing, Rochester, 1996. P. 137.

9. Villavicencio, J. L., Pikoulis, E.: History of venous surgery in the United States. In Surgical Management of Venous Disease. Raju S., Villavicencio J. L. Eds. 1997. Williams & Wilkins. Publ. pp. 3-15.

10. Mayo, C. H.: Treatment of varicose veins. Surg Gynec Obstet 1906;2:385-388.

11. Myers, T. T.: Results and technique of stripping operation for varicose veins. JAMA 1957;163:87.

12. Lofgren, K. A.: Management of varicose veins: Mayo Clinic experience. In: Bergan J. J. Yao J. S. T., eds Venous problems. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1978:71-84.

13. Gloviczki, P., Pairolero, P. C., Toomey, B. J., Bower, T. C., Rooke, T. W., Stanson, A. W., Hallett, J. W. Jr., Cherry, K. J. Jr.: Reconstruction of large veins for nonmalignant venous occlusive disease. J. Vasc. Surg. 1992;16:750-761.

14. Gloviczki, P., Bergan, J. J., Rhodes, J. M., Canton, L. G., Harmsen, S., Ilstrup, D. M. and the North American Study Group: Mid-term results of endoscopic perforator vein interruption for chronic venous insufficiency: Lessons learned from the North American Subfascial Endoscopic Perforator Surgery Registry. J. Vasc. Surg. 1999;29:498-602.a

15. Bower, T. C., Nagorney, D. M., Cherry, K. J. Jr., Toomey, B. J., Hallett, J. W. Jr., Panneton, J. M., Gloviczki, P.: Replacement of the inferior vena tava for malignancy: an update. J. Vasc. Surg. 2000, 31:270-281.

16. Jost, C. J. , Gloviczki, P., Cherry, K. J. Jr., McKusick, M. A., Harmsen, M. S., Jenkins, G. D. Bower T. C.: Surgical reconstruction of iliofernoral veins and the inferior vena tava for nonmalignant occlusive disease. J. Vast. Surg. 2001;33:320-32.

17. Kalra, M., Gloviczki, P., Andrews, J. C., Cherry, K. J. Jr., Bower, T. C., Panneton, J. M.: Open surgical and endovascular treatment of superior vena cava syndrome caused by nonmalignant disease J. Vasc. Surg. 2003;38:215-223.

18. Hache, L., Woolner, L. B., Bernatz, P. E.: Idiopathic fibrous mediastinitis. Dis. Chest. 1962;41:9-26.

19. Hallett, J. W., Rooke, T. W., Koch, M.: The Mayo Vascular Center experience. Cardiovasc. Surg. 1998;6:333-6.

20. Heit, J. A., Rooke, T. W., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Lohse, C. M., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., Melton, J. J.: 3rd Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. J. Vasc. Surg. 2001;33:1022-7.

21. Korn, P., Patel, S. T., Heller, J. A. et al.: Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous stasis J. Vasc. Surg. 2002;35:950-7.

22. Handbook of Venous Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. 2nd Ed. Gloviczki P., Yao J. S. T. eds: London, Arnold Publ. 2001.

23. The Management of Lower Extremity Venous Problems. Meissner M. H., ed. In Semin Vasc Surg, Rutherford R. b., Ouriel K. eds Philadelphia. W. B. Saunders. 2002; Vol. 15. No. 1.

24. Proceedings of the Pacific Congress on Venous Disease. Hawaii Medical Journal. 2000;59(6).

25. Porter, J. M., Moneta, G. L. and an International Consensus Committee on Chronic Venous Disease: Reporting standards in venous disease: An update. J. Vasc. Surg. 1995;21:635645.

26. Beebe, H. G., Bergan, J. J., Bergqvist, D., Eklof,' B., Eriksson, I., Goldman, M. P., Greenfield, L. J., Hobson, R. W., Juhan, C., Kistner, R. L., Labropoulos, N., Malouf G. M., Menoian, J. O., Moneta, G. L., Myers, K. A., Neglen, P., Nicolaides, A. N., O'Donnel,l T. F., Partsch, H., Perrin, M., Porter, J. M., Raju, S., Rich, N. M., Richardson, G., Sumner, D. S. et al.: Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. Consensus Development Conference. European J. Vasc. & Endovasc. Surg. 1996; 12:487-9 1.

27. Rutherford, R. B., Padberg, F. T. Jr., Comerota, A. J., Kistner, R. L., Meissner, M. H., Moneta, G. L.: Venous severity scroing: An adjunct to venous outcome assessment. J. Vasc. Surg. 2000; 31:1307-12.

28. Kisbter, R. L.: Definitive diagnosis and definitive treatment in chronic venous disease: a concept whose time has come. J. Vasc. Surg. 1996;24:703-10.

29. O'Donnell, T. F.: Lessons from the past guide the future: Is history truly circular? Journal Vascular Surgery. 1999;30: 775-785.

30. Sumner, D. S.: Presidential address: entering the third millenium. J. Vasc. Surg. 200;32:833-9.

31. Comerota, A. J.: Myths, mystique, and misconceptions of venous disease. J. Vasc. Surg. 2001;34:765-73.

32. Moneta, G. L.: Presidential address: There really is a pony in there. J. Vasc. Surg. 2002; 36:873-6.

33. Merchant, R. F., DePalma, R. G., Kabnick, L. S.: Endovascular obliteration of saphenous reflux: a multicenter study. J. Vasc. Surg. 2002; 35:1190-6.

34. . Lurie, F., Creton, D., Eklof B. et al.: Prospective randomized study of endovenous radiofrequency obliteration (closure pro cedure) versus ligation and stripping in a selected patient po pulation (EVOLVeS Study). J. Vasc. Surg. 2003; 38:207-217.

35. Proebstle, T. M., Lehr, H. A., Kargl, A., Espinola-Klein, C., Rother, W.,Bethge, S., Knop, J.: Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: thrombotic occlusion after endolmninal thermal damage by laser-generated stcam bubbles. J. Vasc. Surg. 2002; 35:729-36.

36. Raju, S., Owen, S. Jr., Neglen, P.: The clinical impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. J. Vasc. Surg. 2002;35:8-14.

37. Comerota, A. J., Throm, R. C., Mathias, S. D., Hauglton, S., Mewissen, M.: Catheterdirected thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis improves healthrelated quality of life. J. Vasc. Surg. 2000; 32:130-137.

38. Goren, G., Yellin, A. E.: Invaginated axial saphenectomy by a semiriged stripper: perforate-invaginate stripping. J. Vasc. Surg. 1994;20:970-7.

39. Raju, S., Fredericks, R. K., Neglen, P. N., Bass, J. D.: Durability of venous valve recontstruction techniques for ‚primary" and postthrombotic reflux. Journal Vascular Surgery 1996; 23:357-367.

40. Perrin, M.: Reconstructive surgery for deep venous reflux: a report on 144 cases. Cardiovasc. Surg. 2000;8:246-55.

41. Lurie, F. Kistner, R. L., Eklof B.: Surgical management of Jeep venous reflux. Seminarium Vascular Surgery. 2002; 15:506.

42. Raju, S.: New approaches to the diagnosis and treahnent of venous obstruction. J. Vasc. Surg. 1986; 4:42-54.

Dr. Gloviezki Péter

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, U. S. A.,
www.xpertize.com