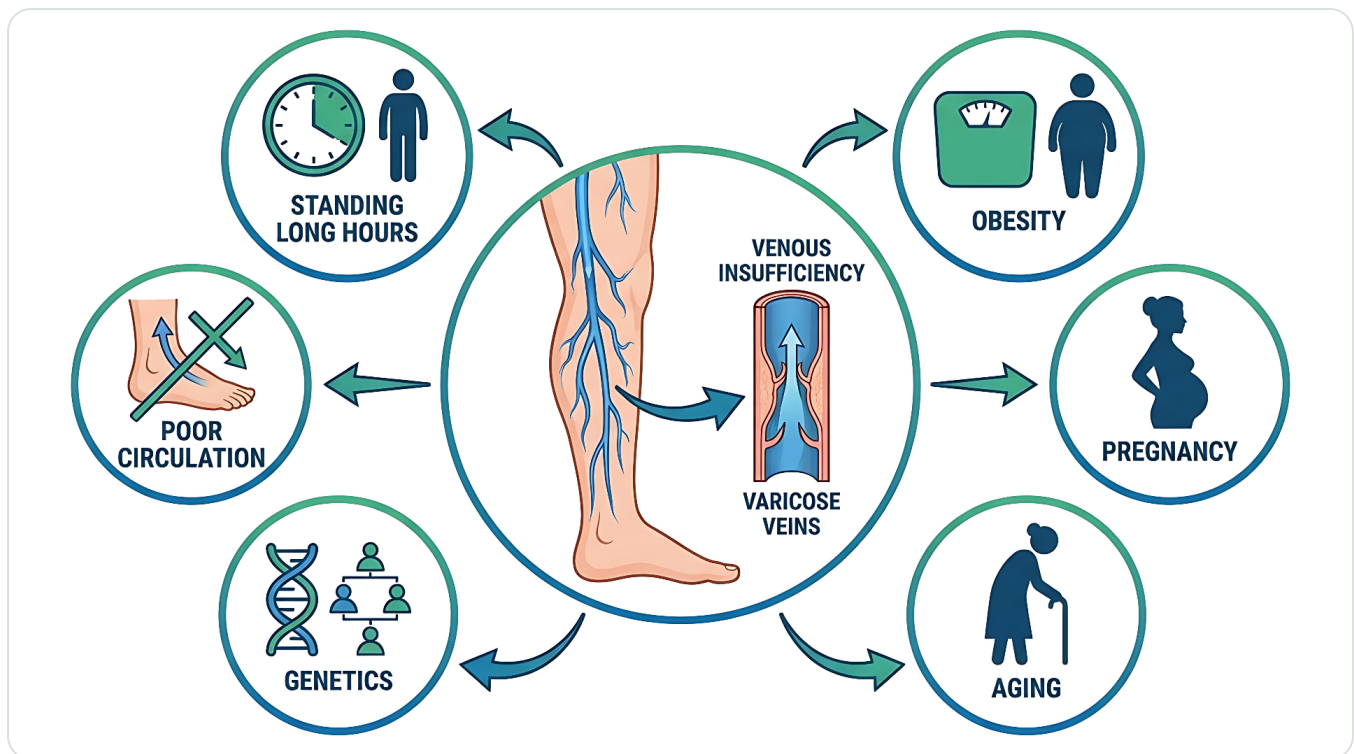


Åreknuder og arvelighed: Er det din families skyld?



Mange patienter med åreknuder fortæller, at "det ligger i familien" – og forskningen giver dem ret. Genetik er en af de stærkeste enkeltstående risikofaktorer for varicer (åreknuder), og hvis begge forældre har åreknuder, har deres børn op til 90 % livstidsrisiko for selv at udvikle dem [1].

Hvor stor er den arvelige andel?

Tvillingestudier og store kohortestudier har vist, at:

- **Arvelighed forklarer 40–60 %** af risikoen for åreknuder [2]
- Hvis **én forælder** har åreknuder, er risikoen ca. 25–40 %
- Hvis **begge forældre** har åreknuder, stiger risikoen til ~90 % [1]
- Hvis **ingen forældre** har åreknuder, er risikoen ca. 20 %

Et nyere stort genomisk studie (UK Biobank, 493.000 deltagere) identificerede 30+ genetiske loci forbundet med åreknuder – mange af dem relateret til venevæggens kollagen og elastin, klapfunktion og venøs udvikling [3].

Hvilke gener er involveret?

Forskere har påvist sammenhæng med:

- **CASZ1** – transkriptionsfaktor i venøs udvikling
- **PIEZO1** – mekanosensorisk ionkanal i karvæggen
- **FOXC2** – kendt fra arvelige venøse sygdomme
- **HFE** og hæmokromatose-gener
- **MTHFR** – relateret til homocystein og venøs trombose

Disse gener påvirker både venevæggens styrke, klapsystemets funktion og bindevævets sammensætning [3,4].

Arv vs. miljø

Genetik bestemmer din sårbarhed – men ikke om du udvikler åreknuder. **Modificerbare risikofaktorer** spiller en stor rolle:

- Stillesiddende eller stående arbejde
- Overvægt
- Graviditeter (se [åreknuder under graviditet](#))
- Manglende motion
- Rygning
- Alder (incidensen stiger 2–3 % årligt efter 40-årsalderen)

Selv hos personer med stærk familiær disposition kan livsstil markant udskyde debut og forværring [5].

Bør du screenes hvis det ligger i familien?

Rutinemæssig screening anbefales ikke, men opmærksomhed på tidlige symptomer er fornuftig:

- Tunge, trætte ben sidst på dagen

- Hævelse ved anklerne
- Natlige kramper
- Synlige slyngede vener på lår eller læg
- Karsprængninger (telangiektasier) – ofte det første kliniske tegn
- Kløe, brunlig misfarvning eller eksem i ankelområdet

Ved symptomer foretages **doppler-ultralyd** af benvenerne – en smertefri undersøgelse, der kortlægger klapfunktion og reflux i hver enkelt vene. Det er guldstandarden for udredning af kronisk venøs insufficiens [6].

Forebyggelse hvis det ligger i familien

- **Motion:** 30 minutter dagligt – gå, cykling og svømning aktiverer "muskelpumpen" i læggen
 - **Vægtkontrol:** Hver kg ekstra øger trykket i benvenerne
 - **Undgå langvarig statisk stilling:** Skift mellem at stå og sidde; lav hælløft på arbejdspladsen
 - **Hæv benene** over hjertehøjde 15–20 min dagligt
 - **Brug graduerede kompressionsstrømper** ved stående arbejde eller lange flyrejser [7]
 - **Stop rygning** – nikotin svækker karvæggen
 - **Tag de første symptomer alvorligt** – tidlig behandling forhindrer hudkomplikationer som sårdannelse
-

Hvis du udvikler åreknuder

Moderne **endovenøs laserbehandling (EVLT)** har afløst klassisk venestripping som standard og giver:

- 95 % lukningsrate efter 5 år [8]
- Behandling i lokalbedøvelse, samme dag hjem
- Hurtig tilbagevenden til arbejde (1–3 dage)
- Markant færre komplikationer end traditionel kirurgi [9]

På klinikken tilbyder vi udredning med doppler-ultralyd og endovenøs laserbehandling under den offentlige sygesikring. Læs også vores artikel om [varicer](#).

Referencer

1. Cornu-Thénard A, et al. *Importance of the familial factor in varicose disease*. J Dermatol Surg Oncol 1994;20(5):318–26.
2. Brinsuk M, et al. *Heritability of venous function*. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004;24(1):207–10.
3. Fukaya E, et al. *Clinical and genetic determinants of varicose veins: prospective, community-based study of ~500,000 individuals*. Circulation 2018;138(25):2869–80.
4. Krysa J, Jones GT, van Rij AM. *Evidence for a genetic role in varicose veins and chronic venous insufficiency*. Phlebology 2012;27(7):329–35.
5. Beebe-Dimmer JL, et al. *The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins*. Ann Epidemiol 2005;15(3):175–84.
6. Gloviczki P, et al. *The 2022 SVS/AVF/AVLS clinical practice guidelines for the management of varicose veins*. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2023;11(2):231–61.
7. Lim CS, Davies AH. *Graduated compression stockings*. CMAJ 2014;186(10):E391–8.
8. Rasmussen LH, 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(8):1079–87.
9. Hamann SAS, et al. *Five-year results of great saphenous vein treatment: a meta-analysis*. Eur J Vasc Endovasc Surg 2017;54(6):760–70.