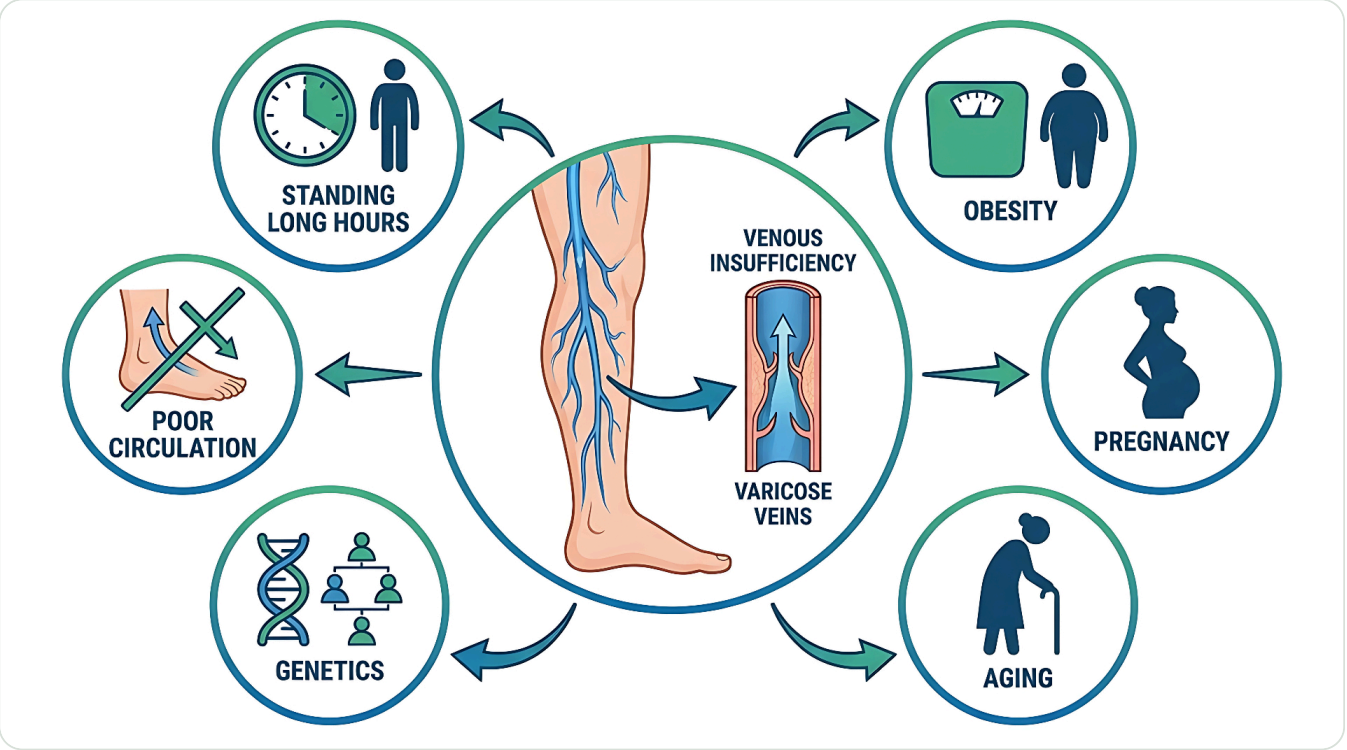
الدوالي والوراثة: هل عائلتك هي السبب؟



يقول العديد من مرضى الدوالي إن "الحالة منتشرة في عائلاتهم" - والأبحاث تؤيدهم في ذلك. تُعد الوراثة أحد أقوى عوامل الخطر الفردية للإصابة بالدوالي (varicer)، وإذا كان كلا الوالدين مصابًا بالدوالي، فإن أطفالهما يواجهون خطرًا يصل إلى 90% للإصابة بها على مدار حياتهم [1].

ما هو حجم التأثير الوراثي؟

أظهرت دراسات التوائم والدراسات الجماعية الكبيرة ما يلي:

- **الوراثة تفسر 40-60%** من خطر الإصابة بالدوالي [2].
- إذا كان **أحد الوالدين** مصابًا بالدوالي، فإن الخطر يبلغ حوالي 25-40%.
- إذا كان **كلا الوالدين** مصابًا بالدوالي، يرتفع الخطر إلى حوالي 90% [1].
- إذا **لم يكن أي من الوالدين** مصابًا بالدوالي، فإن الخطر يبلغ حوالي 20%.

حددت دراسة جينومية كبيرة وحديثة (UK Biobank، بمشاركة 493,000 شخص) أكثر من 30 موضعًا جينيًا مرتبطًا بالدوالي - يرتبط الكثير منها بالكولاجين والإيلاستين في جدار الوريد، ووظيفة الصمامات، وتطور الأوردة [3].

ما هي الجينات المتورطة؟

أثبت الباحثون وجود صلة مع الجينات التالية:

- **CASZ1** - عامل نسخ يساهم في تطور الأوردة.
- **PIEZO1** - قناة أيونية حساسة للمؤثرات الميكانيكية في جدار الوعاء الدموي.
- **FOXC2** - معروف بدوره في الأمراض الوريدية الوراثية.
- **HFE** وجينات داء ترسب الأصبغة الدموية.
- **MTHFR** - مرتبط بالهوموسيستين والتخثر الوريدي.

تؤثر هذه الجينات على قوة جدار الوريد، ووظيفة نظام الصمامات، وتكوين النسيج الضام [3,4].

الوراثة مقابل البيئة

تحدد الجينات مدى قابليتك للإصابة - لكنها لا تحدد ما إذا كنت ستصاب بالدوالي بالفعل. تلعب **عوامل الخطر القابلة للتعديل** دورًا كبيرًا:

- العمل الذي يتطلب الجلوس أو الوقوف لفترات طويلة.
- الوزن الزائد.
- الحمل (انظر الدوالي أثناء الحمل).
- قلة ممارسة الرياضة.
- التدخين.
- التقدم في العمر (يزداد معدل الإصابة بنسبة 2-3% سنويًا بعد سن الأربعين).

حتى لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد عائلي قوي، يمكن لنمط الحياة أن يؤخر بشكل كبير ظهور المرض وتفاقمه [5].

هل يجب أن تخضع للفحص إذا كانت الحالة منتشرة في عائلتك؟

لا يُنصح بالفحص الروتيني، ولكن من الحكمة الانتباه إلى الأعراض المبكرة:

- ثقل وتعب في الساقين في نهاية اليوم.
- تورم عند الكاحلين.
- تشنجات ليلية.

- ظهور أوردة ملتوية واضحة على الفخذ أو الساق.
- توسع الشعيرات الدموية (telangiektasier) - غالبًا ما تكون أول علامة سريرية.
- حكة، أو تغير لون الجلد إلى البني، أو أكزيما في منطقة الكاحل.

في حال ظهور الأعراض، يتم إجراء **تخطيط الصدى الدوبلري (Doppler ultrasound)** لأوردة الساقين - وهو فحص غير مؤلم يحدد وظيفة الصمامات والارتجاع الوريدي في كل وريد على حدة. يعتبر هذا الفحص هو المعيار الذهبي لتشخيص القصور الوريدي المزمن [6].

الوقاية إذا كانت الحالة منتشرة في عائلتك

- **ممارسة الرياضة**: 30 دقيقة يوميًا - المشي وركوب الدراجات والسباحة تنشط "مضخة العضلات" في بطة الساق.
- **التحكم بالوزن**: كل كيلوغرام إضافي يزيد الضغط على أوردة الساقين.
- **تجنب الوضعيات الثابتة لفترات طويلة**: قم بالتبديل بين الوقوف والجلوس؛ مارس تمارين رفع الكعب في مكان العمل.
- **ارفع ساقيك** فوق مستوى القلب لمدة 15-20 دقيقة يوميًا.
- **استخدم الجوارب الضاغطة المتدرجة** أثناء العمل الذي يتطلب الوقوف أو في رحلات الطيران الطويلة [7].
- **أقلع عن التدخين** - فالنيكوتين يضعف جدار الأوعية الدموية.
- **تعامل مع الأعراض الأولى بجدية** - فالعلاج المبكر يمنع حدوث مضاعفات جلدية مثل التقرحات.

إذا أصبت بالدوالي

لقد حل **العلاج بالليزر داخل الوريد (EVLT)** الحديث محل نزع الوريد الجراحي التقليدي كعلاج قياسي، ويوفر المزايا التالية:

- نسبة إغلاق للوريد تصل إلى 95% بعد 5 سنوات [8].
- يتم العلاج تحت التخدير الموضعي، مع العودة إلى المنزل في نفس اليوم.
- عودة سريعة إلى العمل (1-3 أيام).
- مضاعفات أقل بكثير مقارنة بالجراحة التقليدية [9].

في عيادتنا، نقدم التشخيص باستخدام تخطيط الصدى الدوبلري والعلاج بالليزر داخل الوريد ضمن نظام التأمين الصحي العام. اقرأ أيضًا مقالنا حول الدوالي.

المراجع

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.