

Blodsprængninger på benene: Karsprængninger, teleangiektasier og venøs sygdom

Fine, røde eller blålige årenet i huden kaldes **karsprængninger** eller **teleangiektasier** (vener <1 mm) og **retikulære vener** (1–3 mm). De er meget hyppige – rammer op mod **80 % af voksne kvinder og 50 % af mænd** – og er ofte det første kliniske tegn på kronisk venøs sygdom [1].

Hvad er karsprængninger?

Karsprængninger er udvidede små vener tæt på hudoverfladen. Trods navnet er der ikke tale om brist eller blødning – venerne er blot udvidede og synlige gennem huden. På læggen og lårene optræder de typisk i klynger eller netværk og kan have form som "edderkoppevener" (spider veins).

I CEAP-klassifikationen er karsprængninger **klasse C1** – det tidligste kliniske stadium af venøs sygdom [2].

Hvorfor opstår de?

De udvikles ved en kombination af:

- **Arvelig disposition** – familieanamnese hos 60–80 % [3]
- **Hormonelle faktorer** – østrogen og progesteron svækker venevæggen (hyppigere hos kvinder, ved graviditet og p-piller) [4]
- **Forhøjet venøst tryk** ved klapdysfunktion i de større, dybere vener
- **Stillesiddende eller stående arbejde**
- **Overvægt**
- **UV-eksponering** (på lår og ansigt)
- **Alder** – prævalensen stiger lineært op til 70 år

Hos op til **25 %** af patienter med karsprængninger findes bagvedliggende reflux i en større vene, som driver problemet [5].

Hvornår er det "bare kosmetik" – og hvornår mere?

Karsprængninger alene er som regel kosmetisk generende, men ufarlige. De kan dog være et **vindue til underliggende venøs sygdom**. Vær opmærksom på:

- Synlige slyngede vener på lår eller læg (åreknuder, C2)
- Hævelse omkring anklerne sidst på dagen (C3) – se hævede ben og ankler
- Tunge, trætte ben
- Kramper i læggen om natten
- Kløe eller brændende fornemmelse omkring de udvidede vener
- Brunlig misfarvning eller eksem (C4) – tegn på fremskreden venøs hypertension

Ved disse symptomer bør der laves **doppler-ultralyd** før kosmetisk behandling – ellers risikerer man hurtigt recidiv [6].

Udredning

- **Klinisk inspektion i stående stilling** (det giver det fulde billede – ikke liggende)
- **Doppler-ultralyd** ved samtidige symptomer eller synlige åreknuder
- Vurdering af reflux i v. saphena magna, v. saphena parva og perforantvener [6]

Behandling

1. Bagvedliggende reflux behandles først Hvis doppler-ultralyd viser reflux i en stamvene, skal denne lukkes – ellers vil karsprængningerne komme igen. Standard er **endovenøs laserbehandling (EVLT)** med op til **95 % lukningsrate efter 5 år** [7].

2. Skleroterapi (sprøjtebehandling) Sprøjteindgift af et væske- eller skumagent (polidocanol, natriumtetradecylsulfat) i de små vener. Førstevalg ved teleangiektasier og retikulære vener:

- 60–80 % synlig forbedring efter 1–3 behandlinger
- Bedst evidens for væske-skleroterapi ved vener <1 mm [8]

3. Laser på huden (transkutan laser) Bruges typisk ved meget fine vener (<0,5 mm) eller hvor sprøjte er svær – fx ankler, ansigt. Ofte i kombination med skleroterapi.

4. Konservativt

- Graduerede kompressionsstrømper ved venøse symptomer [9]
 - Solbeskyttelse, vægtnkontrol, motion
 - Undgå langvarig statisk stilling
-

Hvad er der ikke evidens for?

- Cremer med hestekastanje, vitamin K eller troxerutin har **ingen dokumenteret effekt** på karspængninger [10]
 - "Naturlige" kosttilskud forhindrer ikke recidiv hvis bagvedliggende reflux ikke behandles
-

Behandling på Kirurgen.dk

Vi udreder med doppler-ultralyd og behandler bagvedliggende åreknuder med endovenøs laser (EVLT) under den offentlige sygesikring. Læs også varicer (åreknuder) og tunge trætte ben.

Referencer

1. Rabe E, et al. *Bonn Vein Study by the German Society of Phlebology: prevalence and risk factors of chronic venous disorders*. Phlebologie 2003;32:1–14.
2. Eklöf B, et al. *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement*. J Vasc Surg 2004;40(6):1248–52.
3. Cornu-Thénard A, et al. *Importance of the familial factor in varicose disease*. J Dermatol Surg Oncol 1994;20(5):318–26.
4. Ciardullo AV, et al. *High endogenous estradiol is associated with increased venous distensibility and clinical evidence of varicose veins in menopausal women*. J Vasc Surg 2000;32(3):544–9.

5. Engelhorn CA, et al. *Patterns of saphenous reflux in women with telangiectasias and reticular veins*. J Vasc Surg 2007;46(5):964–70.
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. 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.
8. Rabe E, et al. *European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders*. Phlebology 2014;29(6):338–54.
9. Lim CS, Davies AH. *Graduated compression stockings*. CMAJ 2014;186(10):E391–8.
10. Martinez-Zapata MJ, et al. *Phlebotonics for venous insufficiency*. Cochrane Database Syst Rev 2020;11:CD003229.