

Indikace a příprava pacienta s pokročilou žilní nedostatečností k operaci varixů a léčebná opatření po operaci

MUDr. Irena Muchová

Cévní, interní a rehabilitační s. r. o., Praha

Pokročilá žilní nedostatečnost představuje závažný chorobný stav, který je způsoben zanedbáním počátečního a středně pokročilého stadia žilní nemoci. Většinou se jedná o varixy, méně často o posttrombotické stavy. V obou případech je na místě důsledná kompresní a lokální léčba. Avšak zásadní léčebnou metodou v případě křečových žil je radikální žilní operace, při které jsou odstraněny varixy, zrušeny zdroje refluxu a tím je eliminována žilní hypertenze, jakožto hlavní patogenetický faktor progresu žilního onemocnění. U pokročilých stadií je třeba před operací odstranit otok, zlepšit stav kůže, zhojit vřed a posilovat svalově žilní pumpu. Pooperační péče zahrnuje lokální ošetření hematomů a kůže, tlumení bolesti, redukci pooperačního otoku a motivaci k přiměřenému pohybovému režimu. Důsledná konzervativní léčba udržuje dobrý výsledek žilní operace, zlepšuje kvalitu života a stabilizuje stav do budoucnosti.

Klíčová slova: žilní nedostatečnost, varixy, chirurgická léčba.

Indications and preparation of patients with advanced venous insufficiency for varicose veins surgery and therapeutic measures after surgery

Advanced venous insufficiency represents a severe disorder, which is caused by neglecting incipient and moderate stages of venous disease. The most frequent clinical picture presents varicose veins, less common is posttrombotic syndrome. In both cases, the consequent compressive therapy and skin care play the most important role. Nevertheless, the main method in varicose veins is surgery with ablation of dilated veins and ligation of sites of venous reflux, which eliminates venous hypertension – as the cardinal pathogenetic factor for worsening of venous disease. Preoperatively, in advanced venous insufficiency, it is necessary to remove or reduce chronic swelling of legs, to improve skin, to heal ulcer and to strengthen muscle pump. Postoperative recovery includes care of hematomas and skin, management of pain, minimalizing of swelling and stimulation of adequate physical activities. Strict conservative treatment preserves good result of venous surgery, improves the quality of life and stabilizes the condition for future.

Key words: venous insufficiency, varicose veins, surgical treatment.

Med. Pro Praxi 2010; 7(8 a 9): 322–324

Úvod

Nejčastější onemocnění povrchového žilního systému – varixy – je chronicky probíhající a s délkou trvání progredující stav podmíněný vrozenou méněcenností žilní stěny. Projevuje se různými formami od hemodynamicky nevýznamných metlicovitých a retikulárních varixů, přes varikozity hlavních žilních kmenů a jejich postranních větví. Individuálně variabilně vrozená dispozice se vlivem vnějších vlivů manifestuje v rozličných klinických obrazech.

U silně založeného vlivu a za spoluúčasti dalších rizikových faktorů dospívají pacienti rychle k obrazu pokročilé žilní nedostatečnosti. Takové pacienty je třeba kromě správné kompresní, lokální i celkové léčby včas indikovat k léčbě chirurgické s cílem předejít dalšímu zhoršování stavu až ke stadiu bércevého vředu.

Klinický obraz pokročilé žilní nedostatečnosti (CEAP 3–6) (1)

Na podkladu hypertenze v povrchovém žilním systému dochází zpočátku k intermitentním

otokům postižené končetiny, které se potencují při dlouhém sezení a stání a v teplém počasí. Bývají to otoky „odpolední“ a „večerní“, které do rána ustupují. Později otok neustoupí přes noc zcela a stává se trvalým (C 3). Pacienti si stěžují na pocit tíhy a tlaku v nohou. Zejména ženám vadí otok a varixy i esteticky. U dlouho-trvajících otoků dochází k jeho zatuhnutí a k sekundárním kožním změnám (C 4): indurace kůže i podkoží, hyperpigmentace kůže. Indurovaná kůže a podkoží – lipodermatoskleróza – (dle staršího názvu hypodermis) s typickou lokalizací v dolní třetině bérce může působit až strangulujícím efektem, přičemž otok se nalézá na nártu a kolem kotníků a dále v horní části bérce. Zhoršující se stav kůže až k obrazu dermatitidy ze stázy (stasis dermatitis) a mikrobiálního ekzému je komplikující okolnost, která nezdědka vede ke kontaktním alergickým reakcím, které ztěžují až znemožňují účinnou kompresní léčbu. Dalšími zásadními důsledky neléčené žilní hypertenze je hypotrofie kůže, popř. i s bílou atrofii v centru ložiska, a otevření bércevého vředu (C 5–6).

Projevy pokročilé žilní nedostatečnosti, a zejména bérceový vřed, jsou velmi nepříznivou zdravotní situací znemožňující pacientovi plnohodnotný život a vyžadující nemalé náklady na léčbu.

Z toho vyplývá, že je třeba takovým stavům předcházet. Tato stanoviska a konstatování jsou správná a jasná, přesto se opět na různých pracovištích setkáváme s pacienty, kteří do obrazu pokročilé žilní nedostatečnosti dospěli. V dalším textu se zaměříme na příčiny, proč se tomu tak stalo.

Příčiny pokročilé žilní nedostatečnosti

Postoj pacienta k vlastnímu onemocnění

Nemocní často argumentují, že jim křečové žíly „nevadí“, že nemají žádné nebo minimální potíže, že varixy měli i rodiče a dožili se vysokého věku, jsou smířeni s údělem, že oni též varixy mají. Ujišťují, že až budou mít potíže, pak budou situaci řešit. Někdy se ovšem obávají pravdy o svém onemocnění, obávají se operace, a proto k lékaři řadu let nejdu.

Nemocní si neuvědomují následky a důsledky onemocnění křečovými žilami a možné (a pravděpodobné) komplikace a jejich vliv na kvalitu života. Dále si neuvědomují souvislosti s ostatními chorobami.

Pacienti bývají někdy zklamáni recidivou varixů po předchozí operaci či sklerotizaci – původně očekávali, že se tímto výkonem varixů navždy zbaví. Dokonce dávají do falešného kauzálního vztahu předchozí operaci a recidivu: „protože jsem byl operován, proto se mi další varixy udělaly“.

Postoj lékaře k žilnímu onemocnění

Mnoho lékařů má pasivní postoj k řešení varixů, někdy pacienta od operace i odrazují. Považují varixy za kosmetickou záležitost a též podceňují rizika jejich komplikací.

Nedokáží komplexně zhodnotit celkový zdravotní stav nemocného a souvislosti s ostatními onemocněními a jejich pravděpodobný vývoj.

Negativum na straně lékařů je též někdy nedostatečná radikalita operace s ponecháním zdrojů refluxu, které vedou k časným recidivám, a nedostačující důraz na řádnou kompresní léčbu.

Z výše uvedeného vyplývají nejčastější příčiny pokročilosti stavu a tím i momenty, jak dané situace analyzovat a řešit. Klíčovou roli zde hraje **informovanost na straně lékaře i pacienta**.

Indikace k operaci (2)

Pacienty s pokročilou žilní nedostatečností na podkladu křečových žil v zásadě indikujeme k operaci **vždy**. Nutno však zvážit riziko a benefit operace.

Kdy operaci raději **neindikujeme**:

Staré pacienty bez rizika bércevého vředu: zde doporučíme co nejnaléhavěji léčbu kompresní (bandáže, punčochy) se správnou péčí o kůži. Kontrolujeme, jak nemocný tuto léčbu provádí. V případě, že pacient není schopen sám si oblékat kompresní punčochy či provádět bandáže, je na místě zorganizovat pomoc druhé osoby.

K operaci též neindikujeme pacienty se závažnými a limitujícími komorbiditami (proběhlá cévní mozková příhoda, kardiální, hepatální či renální insuficience, chronická obstruktivní pulmonální nemoc, ischemická choroba dolních končetin III. a IV. stadia, pacienty s aktivními nádorovými onemocněními apod.). Vždy je třeba postupovat přísně individuálně a každopádně pacienta instruovat v metodách konzervativní léčby.

Před operací je též třeba důkladně zvážit rizika případných krvácivých komplikací a na druhé

straně rizika tromboembolické nemoci, taktéž možné komplikace celkové anestezie.

Co musí předcházet před definitivní indikací k žilní operaci (3)

Analýza celkového stavu: **proč indikujeme**:

- **závažnost potíží**: pacient uvádí typické potíže spojené s křečovými žilami a klinický obraz a nález je s nimi v souladu
- **prevence zhoršování žilní nedostatečnosti** až k bércevému vředu: nemocnému vysvětlíme přirozený, věkem progredující průběh žilního onemocnění s velmi pravděpodobnými důsledky
- **eliminace žilních komplikací jiných chorob**, z nichž některé pacient již má a jiné lze očekávat: např. totální endoprotézy nosných kloubů u nemocného s artrózou III. a IV. stupně, riziko zhoršení dosud stabilizované ischemické choroby dolních končetin se vznikem smíšeného vředu, špatně kompenzovatelný diabetes mellitus s rizikem syndromu diabetické nohy atp.

Než přistoupíme k indikaci operovat varixy u komplikovaného pacienta, je třeba provést kompletní **interní, popř. jiná vyšetření**, se zjištěním, event. kontraindikací, např. závažné trombofilie.

Dále je naprosto nutné kompletní **cévní vyšetření** se zaměřením na tepenný systém (dopplerovské vyš. tepen dolních končetin, popř. sonografie krčních tepen). K důkladnému vyšetření žilního systému patří anamnéza a fyzikální vyšetření povrchových žil. Nezbytná je **duplexní sonografie** hlubokého žilního systému (odhalit stavy po trombózách, stupeň jejich rekanalizace a kolateralizace). Při vyšetření před plánovanou operací je nutné sonograficky zmapovat povrchový systém, zjistit zdroje refluxu, včetně insuficientních perforátorů a označit je pro chirurgii. Dále je třeba popsat situaci po předchozích operacích. Z klinického a zejména sonografického nálezu vyplyne rozsah a strategie plánovaného výkonu.

Nezbytným předpokladem pro dobrý výsledek operačního řešení je vysvětlit nemocnému průběh operace a stav po výkonu. Takto poučený pacient podepisuje poté **informovaný souhlas**.

Příprava nemocného k operaci (4)

Před vlastní operací je nutné odstranit otok končetiny, popř. alespoň ho uvolnit a zredukovat. Musíme motivovat nemocného k systematické

Obrázek 1. Pokročilá žilní nedostatečnost s kožními změnami



kompresní léčbě bandážováním nebo správnými punčochami, naučit ho techniku bandáží a navlékání a svlékání kompresních punčoch, popř. používat pomůcky. Vhodnou metodou k redukci chronického žilního otoku je též přístrojová a ruční lymfatická drenáž. Pacient je dále instruován k provádění cviků ke zlepšení hybnosti v kloubech – zejména v hlezenných kloubech, k posilování svalové žilní pumpy a k zlepšení celkové kondice. Neméně důležitá je péče o kůži se zaléčením kožních mykóz, ekzému a případného vředu.

Klinický obraz po operaci varixů u pacienta s předchozím rozsáhlým nálezem není jednoduchý. Nemocného je třeba předem připravit na to, že s největší pravděpodobností budou přítomny větší hematomy a že nezmizí hyperpigmentace kůže přítomná již před operací. Většina nemocných má též po operaci bolesti v operovaných lokalitách, v hematomech i v celé končetině. Bývají přítomny podlitiny v operačním kanálu, které pacienti mylně považují za ponechané zatvrdlé varixy. Vyskytuje se též pooperační otok, infekce nebo krvácení v operační ráně. Nezanedbatelné je též esteticky nevídané fibrotické či keloidní hojení operačních ran. U kompletního strippingu varikózní vena saphena magna může dojít k lézi kožního nervu saphenus (až v 5 % případů), přičemž pacienti referují o paresteziích a hypesteziích na vnitřní straně bérce. Je třeba vysvětlit, že se jedná o komplikaci, která znepříjemňuje život, ale nemá zásadní zdravotní důsledky. Mnohem méně častou je léze nervu peroneus s motorickou poruchou. Další pooperační komplikací je povrchová flebitida v reziduálních varixech, popř.

Obrázek 2. Obraz po operaci varixů

ve zdravých úsecích povrchového systému. Léčíme celkově antiflogistiky, popř. antibiotiky, podpůrně i venotoniky, lokálně heparinovými mastmi či gely, kompresní léčbou a suchými studenými obklady. Přiměřený pohyb nepřerušujeme. Závažnější komplikací je trombóza hlubokého žilního systému. V tomto případě je třeba podat plnou antikoagulační léčbu – zpočátku nízkomolekulárními hepariny. Léčbu je vhodné provádět za hospitalizace s důsledným sledováním koagulačních parametrů a se sledováním event. krvácivých projevů, zejména do operovaného terénu. Nutná je samozřejmě léčba kompresní, lokální i podpůrná.

Je třeba poznamenat, že pooperační komplikace jsou u nových endovaskulárních technik (laserové ošetření a radiofrekvenční ablace) zpravidla menší a probíhají mírnějším způsobem.

Léčebná opatření po nekomplikované operaci zahrnují důsledné **kompresní metody** –

bandážování či kompresní punčochy – v časném pooperačním období ponechané i přes noc. Délka 24hodinové komprese se dle různých doporučení liší. U nekomplikovaného průběhu ponecháváme 2 až 4 týdny, poté pouze přes den, a to do úplného vstřebání hematomů. U nemocných s obrazem pokročilé žilní nedostatečnosti před operací, budeme zpravidla trvat na dlouhodobém, resp. celoživotním, používání kompresních pomůcek pro udržení dobrého pooperačního výsledku. Doporučujeme kompresní punčochy II. třídy, po ustálení pooperačního stavu většinou postačují punčochy lýtkové. Ke zlepšení vstřebávání hematomů podáváme lokálně **heparinová či venotonická externa**, popř. indikujeme kúru p. o. venotonik. Kůži dolních končetin, která bývá při nošení kompresních punčochy vysušená, je třeba promazávat mastnějšími krémy či pleťovými mléky.

Po chirurgickém zhojení lze aplikovat **vodo-léčebné a lymfodrenážní procedury**, které též zlepši vstřebávání hematomů, zredukuje pooperační otok a zkrátí dobu rekonvalescence.

Velmi vhodné jsou metody **léčebné tělesné výchovy** s posilováním svalové žilní pumpy a každodenní vycházky. U pacientů s parasteziemi doporučíme sérii B-vit injekčně, celkem 10x.

Závěr

Nejlepším opatřením, jak léčit pacienty s pokročilou žilní nedostatečností, je **zabránit zhoršování žilního onemocnění**, aby se pacienti do pokročilých stádií vůbec nedostali.

Ze strany lékařů – ať praktických či specialistů – je třeba aktivně informovat nemocné již se středně pokročilou žilní nedostatečností o pravděpodobném vývoji vlastního onemocnění i event. dalších přidružených chorob a **včas je indikovat k operačnímu řešení**. Dále je nezbytné motivovat pacienty k dodržování všech konzervativních opatření, aby nedocházelo

rychle s postupujícím trváním nemoci k obtížně řešitelným situacím. Náležitě jsou kontroly cca 1x za půl roku, zpravidla s předpisem nových kompresních punčoch. Při vyšetření kontrolujeme stav kůže a prokrvení dolních končetin. Dbáme na to, aby obézní pacient redukoval váhu a aby dodržoval dobrou fyzickou kondici, popř. provozoval přiměřený rekreační sport. Při pravidelných kontrolách již operovaných pacientů též včas odhalíme recidivu varixů a zvážíme další operaci.

Incidence varixů stoupá s věkem (5), tak např. v některých studiích je u 31–40letých osob výskyt v 14 % populace, u osob nad 61 let již v 56 %. Při všeobecně známém zvyšujícím se věku obyvatelstva bude přibývat i pacientů s dlouhodobým trváním nemoci a tím i s pokročilými a komplikovanými stadii. Proto je třeba věnovat tomuto onemocnění náležitou pozornost včas již v ordinacích praktických lékařů.

Literatura

1. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; 40: 1248–1252.
2. Gloviczki P, et al. Handbook of venous disorders. Guidelines of the American Venous Forum. 3. vyd. London: Edward Arnold Publishers Ltd, 2009: 331–472.
3. Baker D, Higgs B, Beard J. Surgical Management of Varicose Veins: Pathways of Care in Vascular Surgery. Newcastle: Joint-Vascular Research Group, 2002: 255–262.
4. Karetová D, Staněk F. Angiologie pro praxi. 2. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2007: 251–275.
5. Rabe E, Panier-Fischer F, Broman K, et al. Venestudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie – epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie* 2003; 32: 1–14.

MUDr. Irena Muchová

Cévní, interní a rehabilitační s. r. o.
Drtinova 6, 150 00 Praha 5
imuchova@atlas.cz