



Zaznělo na 10. kongresu Medicíny pro praxi v Hradci Králové, 30.–31. května 2025

Chronické žilní onemocnění – chirurgie versus konzervativní léčba

Zpracováno na základě přednášky MUDr. Roberta Vlachovského, Ph.D.

II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Kdy je čas na chirurgickou intervenci?

Indikace k chirurgické či intervenční léčbě varixů dolních končetin a obecně chronického žilního onemocnění (CVD) zůstávají stále aktuálním tématem. Nejde pouze o aplikaci doporučených postupů a klinických algoritmů, ale také o rozhodování vycházející z individuální praxe, zkušeností a potřeb konkrétního pacienta. Správné načasování a výběr léčebné modality zůstávají klíčovými momenty efektivní péče v praxi.

Klinická praxe ukazuje, že motivace pacientů k vyhledání specializované péče v souvislosti s chronickým žilním onemocněním bývá velmi různorodá. Část nemocných přichází z kosmetických důvodů, jiní udávají typické subjektivní obtíže typu pocitu těžkých nohou, otoků či nočních křečí, které však často sami nespojují s možným žilním onemocněním. Výjimkou nejsou ani pacienti bez výraznějších potíží, kteří přicházejí na základě obav vycházejících z rodinné anamnézy, například při výskytu pokročilých komplikací typu bérkových vředů. V ambulanci se tak často setkáváme s širokým spektrem individuálních přístupů k nemoci, přičemž výsledné terapeutické rozhodnutí je nutné vést jako průsečík očekávání pacienta, objektivního klinického vyšetření a ultrazvukového nálezu.

Na druhé straně máme k dispozici doporučené postupy a odborné guidelines, které však nejsou vždy v běžné praxi plně implementovány. Upozornit je vhodné zejména na aktualizovanou verzi doporučení z roku 2024, která stručným a přehledným způsobem shrnuje indikace k léčbě v jednotlivých

stádiích CVD a nabízí praktické vodítko pro rozhodování.

Konzervativní terapie, zahrnující kompresivní léčbu, farmakoterapii a režimová opatření, zůstává základem péče napříč všemi stadii onemocnění (od C0s až po nejpokročilejší stádium C6 dle CEAP klasifikace). V určité fázi je však vhodné zvážit doplnění o **chirurgické a intervenční výkony**, zejména při přítomnosti refluxu v oblasti hlavních safénových kmenů a současné symptomatickosti onemocnění.

Je důležité zdůraznit, že konzervativní a chirurgické (intervenční) přístupy nestojí nutně v opozici, ale naopak se vzájemně doplňují. Včasné a racionální kombinování obou přístupů může vést k lepším klinickým výsledkům a vyšší spokojenosti pacientů.

Strategie léčby

Rozhodování o optimálním postupu léčby u pacientů s chronickým žilním onemocněním je komplexní a závisí na několika klíčových faktorech. Zásadní roli hrají především **klinické projevy** – tedy přítomnost a závažnost symptomů a objektivních projevů nemoci. Nediílnou součástí diagnostického procesu je detailní **duplexní ultrazvukové vyšetření**, které by mělo být provedeno kvalifikovaným specialistou, ať už angiologem nebo cévním chirurgem. Kvalita a preciznost tohoto vyšetření mají zásadní význam pro správnou indikaci chirurgické intervence.

Kromě objektivních medicínských parametrů je třeba zohlednit i **individuální charakteristiky** pacienta, včetně jeho celkového zdravotního stavu, komorbidit a preferencí. Nelze opome-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2025;22(4):299-303

Článek přijat redakcí: 8. 4. 2025

MUDr. David Salát, MUDr. Robert Vlachovský, Ph.D.
david.salat@vfn.cz, robert.vlachovsky@fnusa.cz

nout ani očekávání pacienta od plánovaného zákroku, neboť vnímání přínosu léčby se může výrazně lišit, a větší zapojování pacienta do rozhodování o léčbě je prospěšné a je nově zdůrazňováno i v aktuálních guidelines.

Celkově je tedy volba léčebné strategie výsledkem komplexního klinického zhodnocení, vyžadujícího často mezioborovou spolupráci a individualizovaný přístup.

Co potřebuje mít cévní chirurg v ultrazvukovém vyšetření před operací?

Ultrazvukové vyšetření před cévní operací by mělo obsahovat podrobné informace přesahující pouhé potvrzení průchodnosti hlubokého žilního systému. Je nezbytné detailně popsat zdroj refluxu (junkce, perforátory), jeho průběh (hlavní nebo akcesorní kmeny) a distální bod insuficience. V případě zvažování endovenózní terapie je důležité uvést rozměry postižené žíly, její vzdálenost od povrchu kůže a případně zhodnotit přítomnost pozánětlivých změn, které mohou být kontraindikací pro endovenózní řešení. Takový komplexní ultrazvukový nález umožňuje optimální plánování chirurgického zákroku a zvyšuje bezpečnost a účinnost léčby.

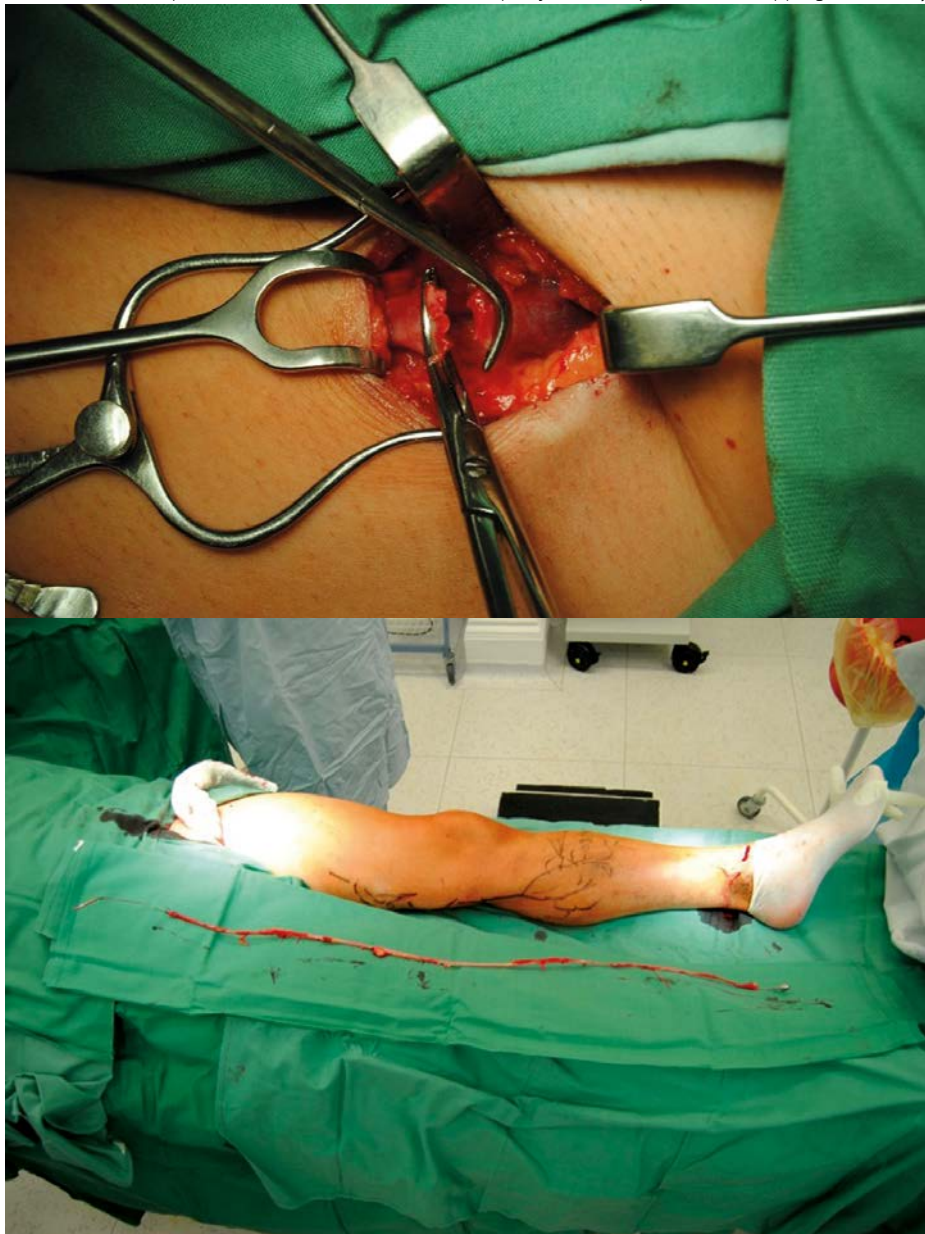
Jaké jsou indikace?

V souladu s aktuálními doporučeními, která byla v posledních letech revidována, zůstává intervenční léčba indikována od stadia C2 dle klasifikace CEAP, tj. při přítomnosti viditelných kmenových varixů. Ve stadiu C3, charakterizovaném otokem, již převažuje symptomatologie, která jasně podporuje intervenční přístup. Významný přínos intervenční léčby je však zejména u pacientů v pokročilejších stadiích chronického žilního onemocnění, tedy ve stadiích C4 až C6. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že přístup založený na vyčkávání s cílem dosažení spontánního zhojení například žilních ulcerací již není považován za optimální. Naopak v případě prokázané žilní etiologie vředu by měla být časná chirurgická intervence vnímána jako aktivní součást komplexní léčby s cílem podpořit a urychlit hojení.

Druhy intervence a anestezie

V souladu s mezinárodními doporučeními jsou v současnosti endovenózní techniky

Obr. 1. Klasická operace varixů. Přerušená velká saféna pod junkú, stav po totálním strippingu velké sféry



považovány za metodu první volby při léčbě insuficience velké safény (VSM), pokud pacient sám nepreferuje klasický chirurgický přístup. I když v některých zemích, včetně České republiky, dosud přetrvává převaha klasických operací, očekává se, že se poměr v budoucnu změní ve prospěch miniinvasivních metod. Endovenózní výkon by měl být ideálně prováděn ambulantně, s využitím lokální anestezie, která kromě analgetického účinku umožňuje efektivnější ošetření cílové žíly (komprese a vasospasmus), zajišťuje ochranu okolních struktur před termickým poškozením a přispívá k rychlé mobilizaci pacienta. Tumescenční anestezie, aplikovaná pod ultrazvukovou kontrolou, představuje preferovanou metodu anestezie při pro-

vádění termálních endovenózních ablací. Celkově tak přispívá ke zvýšení bezpečnosti a efektivity výkonu. Naproti tomu klasická chirurgická léčba vyžaduje zpravidla celkovou nebo svodnou anestezii a delší dobu rekonvalescence.

Komprese po intervenci

Otázka délky a významu kompresivní terapie po intervenčních výkonech zůstává do jisté míry překvapivě předmětem diskuse a může se lišit podle zvyklostí jednotlivých pracovišť. Obecně je však doporučováno zachovat pooperační kompresi trvale přes den i noc alespoň po dobu dvou týdnů, přičemž zejména po klasické chirurgické léčbě bývá kompresivní terapie celkem běžně apli-

INZERCE

kována i podstatně déle. Komprese přitom nepředstavuje pouze doplněk léčby, ale má i samostatný terapeutický efekt jako nedílná součást konzervativního přístupu. Vzhledem k jejím přínosům by měli být pacienti k jejímu důslednému užívání aktivně vedeni, pokud to jejich klinický stav umožňuje.

Kazuistiky

Kazuistika 1 – CEAP C0s – „těžké nohy, pálení a otoky“

Pacientka, mladá žena dosud neléčená s ničím zásadním se dostavila pro pocity tíhy, pálení a bolesti dolních končetin, odpovídající symptomům chronického žilního onemocnění. Klinickým vyšetřením nebyl zjištěn výraznější nálezný, na dolních končetinách nebyly patrné varixy. Ultrasonografické vyšetření neprokázalo přítomnost refluxu v safénových kmenech (SFJ i SPJ suficientní), perforátory bez refluxu, bez dalších patologických změn v žilním řečišti.

Byla doporučena režimová opatření (pravidelný pohyb, elevace končetin, redukce ortostatické zátěže), dále podpůrná komprese dle tolerance pacientky. Vzhledem k mírnému stupni obtíží byla nasazena farmakoterapie venofarmakem Cyklo3Fort (kombinace extraktu z *Ruscus aculeatus*, hesperidin-methyl-chalkonu a kyseliny askorbové), jehož účinnost na zlepšení žilního tonusu a mikrocirkulace byla prokázána v klinických studiích. Podávané dávkování činilo 1 tableta ráno a 1 večer.

Při kontrolních vyšetřeních po 3 a 6 měsících pacientka udávala výraznou subjektivní úlevu, a to i přes minimální adherenci ke kompresivní léčbě. Ultrasonografický nálezný zůstával i nadále beze změn. Léčba byla ponechána v dosavadním režimu, pacientka je dále sledována v ročních intervalech.

Kazuistika 2 – CEAP C2s – „vadí to manželce“

Pacient se do naší péče dostal především na základě podnětu své manželky, což je častý důvod návštěvy mužských pacientů, kteří sami obvykle příznaky neřeší. Při podrobnějším anamnestickém vyšetření uvedl, že v minulosti prodělal krvácivou příhodu z varikozity v souvislosti se sportovní aktivitou, která ne-

Obr. 2. Foto pacienta z kazuistiky 3, viditelné hyperpigmentace obou bérů jako známka pokročilé CVD



byla tehdy adekvátně řešena, dodatečně též uváděl pocit těžkých nohou.

Klinické vyšetření odhalilo výrazné varixy v oblasti kolen a bérce. Ultrazvukové vyšetření prokázalo oboustrannou insuficienci VSM s distálním bodem insuficience lokalizovaným na bérce. Safenofemorální junkce jsou insuficientní, perforátory nevykazují reflux a hluboký žilní systém je průchodný.

Byla indikována režimová opatření a kompresní léčba, přičemž u tohoto pacienta byla doporučena druhá kompresní třída vzhledem k závažnějšímu postižení hlavních žilních kmenů. Farmakoterapie venofarmakem byla zavedena obdobně jako u předchozích případů.

Chirurgická intervence byla plánována s cílem odstranit insuficientní úsek velké safény od třísla po úroveň bérce, přičemž distální bérceový segment safény byl ponechán s ohledem na možnou budoucí potřebu jeho využití. Tento přístup odpovídá současným standardům, kdy není indikováno odstranění celé safény, pokud je její distální část suficientní (tzv. limitovaný stripping).

Klasická chirurgická léčba představuje v naší zemi odhadem 70 % všech výkonů, bohužel přesnější čísla z důvodu neexistence celostátního registru cévních operací nemáme. Mezi nejčastější pooperační komplikace patří senzitivní poruchy v podobě parestezií a dysestezií, dále lokální hyperpigmentace. Závažné komplikace, jako jsou tromboembo-

lické příhody či poškození motorických nervů, jsou relativně vzácné.

Kazuistika 3 – CEAP C4a – „nechci klasickou operaci“

Manuálně pracující muž středního věku se dostavil do ambulance s jasným přáním řešit svůj problém miniinvasivním zákrokem s kratší rekonvalescencí. V osobní anamnéze uváděl opakované otoky dolních končetin po celodenní zátěži a v rodinné anamnéze výskyt bérceových vředů.

Klinické vyšetření odhalilo symetrické hyperpigmentace obou bérů, s mírně výraznější manifestací vlevo, a viditelnou subkutánní varikozitu v oblasti levého stehna od jeho poloviny distálně. Dosud pacient nebyl dispenzarizován ani léčen pro chronické žilní onemocnění, ale ani pro jiné závažné interní komorbidity.

Ultrasonografické vyšetření odhalilo komplexní obraz insuficience VSM vlevo, s insuficientním proximálním úsekem, na nějž navazoval morfologicky i funkčně intaktní segment, a dále distálně krátký segment s refluxem v oblasti bérce odpovídající lokalizaci hyperpigmentací. Pravostranně byl nálezný méně výrazný, nicméně insuficience VSM v proximálním úseku byla rovněž prokázána. Nálezný nebyl zcela ideální pro endovenózní ablaci, nicméně výkon byl považován za proveditelný.

Vzhledem k přítomnosti chronických kožních změn a příznakům žilní insuficience byla

doporučena intervenční léčba, a to v souladu s preferencí pacienta pomocí endovenózní metody. Dále byla indikována kompresivní léčba (stehenní punčochy II. kompresní třídy), režimová opatření a farmakoterapie preparátem Cyklo3Fort.

Endovenózní zákrok byl naplánován pro levou dolní končetinu, a to s přístupem v polovině bérce. Během výkonu bylo pod ultrazvukovou kontrolou zavedeno laserové vlákno do lumen insuficientní safény. Před samotnou ablací byla provedena tumescenční anestezie, rovněž pod sonografickou navigací,

která zajistila analgezii, kompresi žíly a ochranu okolních struktur.

Závěr

K chirurgické léčbě jsou indikováni pacienti s klinicky patrnými varixy dolních končetin, u nichž ultrazvukové vyšetření prokazuje patologický reflux a kteří současně mají symptomy chronického žilního onemocnění. Konzervativní terapie (např. kompresivní léčba či farmakoterapie) je základem a má být zahájena jako první krok, nicméně přítomnost symptomatických varixů je indikací k chirurgickému řešení.

Výběr typu výkonu by měl vycházet z individuálních anatomických a hemodynamických charakteristik pacienta, stejně jako z klinického obrazu. Nejde tedy o volbu „nejlepší“ metody obecně, ale o optimální přístup pro konkrétního pacienta. V praxi se tak jedná o personalizovanou léčbu s cílem dosáhnout co nejlepšího funkčního i kosmetického výsledku. Otázka, kterou metodu považovat za nejlepší, není zcela na místě, protože jednotlivé techniky dosahují srovnatelných výsledků. Rozhodující je spíše volba metody optimálně přizpůsobené konkrétnímu pacientovi.

LITERATURA

1. Chokkalingam Mani B, Delgado GA. Varicose Vein Treatment: Radiofrequency Ablation Therapy. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556120/>

2. Kalaij AGI, Zahrani S, Saputro KB, et al. Efficacy and Safety of

Endovenous Microwave Ablation Versus Endovenous Laser Ablation for Varicose Veins in Chronic Great Saphenous Vein Insufficiency: A Meta-Analysis. *Ann Vasc Surg.* 2025;114:163-174.

3. Sun CR, Liu MY, Ni QH, et al. Clinical Guidelines on Compression Therapy in Venous Diseases. *Ann Vasc Surg.* 2025;110(Pt B):183-203.

4. Patel SK, Surowiec SM. Venous Insufficiency. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025-07-08]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459197/>

5. Wasan S. Chronic Venous Insufficiency Evaluation and Medical Management. *Curr Cardiol Rep.* 2024;26(11):1241-1247.