

PŘÍSPĚVEK KE SKLEROTERAPII VARIXŮ

Mjr. MUDr. D. ŠIMKOVIČ, MUDr. Č. REČEK, CSc.

Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav JEP Hradec Králové

(náčelník: genmjr. prof. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc.)

Chirurgická klinika lékařské fakulty UK Hradec Králové

(přednosta: doc. MUDr. Vladimír Brzek, CSc.)

Léčba primárních varixů injekcemi sklerotizačních prostředků se dnes stala zdůvodněnou, dobře propracovanou a uznávanou metodou. Od roku 1853, kdy byla provedena první sklerotizace varixů perchlorovaným železem, prošla tato metoda bohatým vývojem. Vážné komplikace až trvalá poškození některých nemocných, k nimž došlo na základě používání málo kvalitních, nevhodných nebo špatně dávkovaných preparátů, způsobily zavržení skleroterapie u nás v minulém období.

Mluvíme-li o léčbě varixů, musíme si uvědomit, že neznáme žádnou ideální metodu léčby, po které by nedocházelo k recidivám. K léčbě primárních varixů používají jednotlivá pracoviště tři druhy léčebných postupů:

1. Kombinace chirurgického ošetření a skleroterapie.
2. Chirurgické ošetření.
3. Konzervativní postup (skleroterapie).

Indikace k operačnímu postupu a skleroterapii není prozatím ujednocena. Názory na tuto problematiku jsou různé, ba dokonce rozporné. Nutno připustit, že na zkušeném skleroterapeutickém pracovišti lze v některých případech dosáhnout dobrých léčebných výsledků. Nicméně jsme přesvědčeni o tom, že není správné zásadně upřednostňovat jedinou léčebnou metodu. Znalost výhod a nedostatků různých léčebných postupů nám pomáhá při řešení každého jednotlivého případu. Na našem pracovišti používáme skleroterapii od roku 1965 v následujících indikacích:

1. Skleroterapie zbylých varikózních větví po strippingu velké a malé safény.
2. Skleroterapie varixů po podvazu velké safény.
3. Skleroterapie recidivujících varixů po chirurgickém zrušení refluxu.
4. Skleroterapie novotvořených varixů.
5. Skleroterapie počínajících retikulárních varixů bez prokazatelného refluxu.
6. Skleroterapie mikrovarixů.

Správně prováděná sklerotizace se musí opírat o základní princip, který je limitujícím faktorem úspěšnosti metody. Znamená to, že insuficientní spoje mezi povrchovými a hlubokými žilami, jimiž se uskutečňuje reflux, musí být před sklerotizací varixů chirurgicky přerušeny. Sklerotizujeme-li varixy s refluxem, musíme počítat s recidivami. Ani stoupenci konzervativního postupu léčby varixů neopomíjejí výše

uvedenou zásadu. Léčbu zahajují sklerotizací ústí povrchového systému do hlubokého a pokračují aplikací sklerotizačního roztoku do periférie. Sklerotizaci terminálního úseku velké safény však považujeme za velmi riskantní, vzhledem k nebezpečí vzniku trombózy a embolie.

Skleroterapií varixů bez prokazatelného refluxu se sleduje především dobrý kosmetický efekt. Ošetřujeme jen ty varikozity, u nichž lze předpokládat bezpečnou intraluminální aplikaci sklerotizačního roztoku. Paravenózní aplikace vede často ke komplikacím, které působí nemocnému větší potíže než výchozí stav.

Technika skleroterapie

Naplněnou varikózní žílu u stojícího nemocného napichujeme tenkou jehlou (1,2 mm). Kapky krve vytékající z jehly signalizují uložení hrotu jehly v lumen žíly. Poté vyzveme nemocného, aby se položil na záda s končetinou zvednutou asi do 30°. V této poloze krvácení z jehly ustává, anebo krev kape velmi pomalu. Po nasazení jehly na stříkačku injikujeme do žíly sklerotizační roztok v množství a koncentraci odpovídající průsvitu a délce postiženého úseku. Zpravidla aplikujeme 2–4 ml 3% Aethoxysklerolu. Vzhledem k možným komplikacím se snažíme vyvarovat paravenózní aplikace sklerotizačního prostředku. Tato se obvykle projeví náhlou bolestí. Část pacientů však udává bolesti i při intravenózní aplikaci. Proto sklerotizaci přerušujeme až při viditelném vyboulení okolí vpichu.

U varixů s malým průsvitem doporučují někteří autoři užití tzv. air-blok techniky, popsané poprvé Orbachem. Před sklerotizačním roztokem se aplikuje do žíly asi 0,5 ml vzduchu, aby se zvýšil efekt sklerotizace. Bublina vzduchu údajně umožňuje těsný kontakt sklerotizačního roztoku se stěnou cévní. U průměrů nad 6 mm však může vzduchová bublina naopak bránit kontaktu látky s cévní stěnou. Dle našich zkušeností není air-blok technika pro sklerotizaci přínosem.

Četnost vpichů určujeme podle stupně postižení končetin a reaktivity nemocného po aplikaci sklerotizačního roztoku. Z toho důvodu používáme většího množství vpichů až při opakovaných aplikacích.

Důležitou součástí skleroterapie je komprese. Měla by následovat po každé aplikaci skleroti-

začního roztoku. Část autorů doporučuje komprimovat jen větší sklerotizace. U malých varixů, zvláště na stehně a u metliček, od komprese upouští. Sami se přikláníme k použití komprese u všech typů sklerotizace. Přiměřená komprese zužuje průsvit varixů a tím zmenšuje velikost trombů. Histologická vyšetření prokázala, že již za 36 h po aplikaci sklerotizačního roztoku do žíly lze zjistit prostupování fibroblastů do lumina. Tyto změny jsou u nedostatečné komprese výraznější a narušují kosmetický efekt sklerotizační léčby.

Názory na délku komprese jsou rovněž různé. Podle našich zkušeností doporučujeme komprimovat sklerotizované varixy po dobu jednoho týdne 24 h denně, poté ještě dva týdny s kompresí jen v denních hodinách. Stoupenci konzervativního postupu léčby varixů, to jest sklerotizace všech varixů bez rozdílu postižení, vyžadují kompresi trvající až několik měsíců. I tato skutečnost zvyhodňuje kombinaci chirurgické a sklerotizační léčby varixů. Nejzávažnější komplikací skleroterapie je poškození hlubokých žil s následným vznikem postflebitického syndromu. O tom, že je možné vyvarovat se této komplikace při správně prováděné sklerotizaci, svědčí několik tisíc aplikací sklerotizačního roztoku u našich nemocných.

Chceme-li, aby byla sklerotizace pro léčbu varixů přínosem, musíme zabránit vzniku některých dalších komplikací. Paravenózní aplikaci předcházíme používáním vhodných injekčních jehel, nejlépe pro jednorázové použití. Zjistíme-li paravenózní aplikaci roztoku, sklerotizaci přerušíme. Jestliže dojde ke vzniku nekrózy, je vhodné provést její excizi, protože takto vzniklé nekrózy se špatně hojí a zanechávají jizvy. Jinou komplikací může být kolapsový stav, ke kterému dochází hlavně při zahájení sklerotizační léčby u úzkostných nemocných.

K alergickým projevům až k anafylaktickému šoku může dojít bezprostředně po aplikaci roztoku, ale i po určité době latence. Mírnými alergickými projevy jsou svědění kůže, kopřivka až nevolnost. U větší reakce dochází k poklesu TK, vymizení periferních pulsací a oslabenému dýchání. Tato reakce se však vyskytuje zcela vzácně.

Přestřelená sklerotizující reakce je důsledkem různé reaktivity nemocných, proto jí lze

těžko předcházet. Není vhodné provádět větší množství vpichů při první návštěvě. V případě výskytu přestřelené reakce je nutné s ní počítat při následujících návštěvách. Směrodatné je, že ani u tohoto druhu komplikací nedochází k porušení hlubokého žilního systému.

Vzniklé intravenózní koagulum odstraníme za 1–2 týdny incizí a exprimací koagula.

K dalším komplikacím skleroterapie patří hyperpigmentace. Nelze předem odhadnout, kdy vzniknou, a nelze ovlivnit jejich výskyt. Nacházíme je asi u 15 % nemocných.

Poslední komplikací, která je naštěstí velmi vzácná, je intraarteriální aplikace sklerotizačního roztoku. Tato může vést až k amputaci postiženého úseku končetiny.

Kontraindikace skleroterapie

Absolutní kontraindikací je aplikace sklerotizujícího roztoku u nemocných upoutaných na lůžko. Skleroterapii neprovádíme u nemocných s pokročilou arteriosklerózou a hypertenzní nemocí. Nefropatie a hepatopatie jsou rovněž kontraindikací skleroterapie. Stejně tak onemocnění srdce a cévního systému, především endokarditidy a myokarditidy, jakož i koronariopatie, tromboflebitidy a pokles krevních elementů.

Zásadně neprovádíme sklerotizace v těhotenství. U závažných onemocnění vzhledem k jejich charakteru a prognóze rovněž upouštíme od sklerotizační léčby.

Souhrn

Kombinace chirurgického ošetření varixů s následnou sklerotizací zbylých varikózních větví je nejvhodnější metodou ošetřování varixů s prokazatelným refluxem.

Sklerotizací počínajících a novotvořených varixů lze přechodně, ale i trvale, dosáhnout dobrého kosmetického efektu a v mnohých případech ušetřit nemocného operace.

Správně prováděná sklerotizace je v současnosti významnou součástí léčení primárních varixů.

Klíčová slova: Primární varixy; Skleroterapie.