

11. SIMPOZIJ O RANAH

Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN UČNIMI DELAVNICAMI
Celostna oskrba kronične rane – različne etiologije

11 th Wound Care Symposium with international participation & workshops

Complete management of different cronical wounds



21. – 22. 04. 2016

Kongresni center
hotela Slovenija,
Portorož, Slovenija

PLENARNA SEJA

20. 04. 2016 ob 17.00 uri

univerzitetni
klinični center ljubljana
University Medical Centre Ljubljana
Kirurška klinika
Klinični oddelek za kirurške olažbe
Zaloška cesta 002, Ljubljana





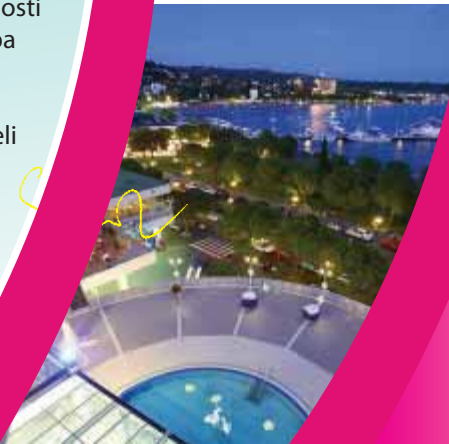
Spoštovani,

vabim vas na 11. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, učnimi delavnicami in **plenarno sejo**. Program bo vseboval zanimive strokovne prispevke domačih in tujih avtorjev. Poleg najnovejših postopkov zdravljenja poškodovanih in obolelih tkiv se bomo dotaknili problemov, ki jih prinašajo demografske spremembe in novi trendi v komunikaciji, izobraževanju in zdravstveni vzgoji. Na učnih delavnicah se bodo udeleženci seznanili z različnimi novimi pristopi zdravljenja akutnih in kroničnih ran. **Simpozij** je namenjen vsem, ki se ukvarjajo s tovrstno problematiko, tako zdravnikom na terciarnem, sekundarnem in primarnem nivoju, kot zdravstveni negi. Pridobljeno znanje bo uporabno pri vsakodnevnem delu.

Plenarna seja bo namenjena problemu dostopnosti do moderne oskrbe ran, profesionalnega pristopa k rani in finančne opredelitve. Organizirano bo prijetno druženje, kjer bomo lahko sklepali nova poznanstva in imeli možnost izmenjave mnenj.

Veselim se srečanja z vami in vas lepo pozdravljam.

Predsednica Simpozija
red. prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.



Zdravljenje venskega ulkusa

Matej Makovec

Asist.mag. Matej Makovec, dr. med., specialist splošne kirurgije, Splošna bolnišnica Novo mesto, Oddelek za kirurgijo, odsek za žilno kirurgijo, Šmihelska 1, 8000 Novo mesto, e-pošta: makovec@mf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Cilj: Venski ulkus je težja oblika kroničnega venskega popuščanja. Ocenjuje se, da naj bi ulkus na spodnjih okončinah prizadel 1 % celotne populacije in da naj bi 0,3 % populacije imelo odprt ulkus v določenem času.

Metode: Zdravljenje venskega ulkusa zahteva različne ukrepe in metode: izbiro ustrezne moderne obloge, aplikacijo primerne kompresije (elastični povoji, kratkoraztezni povoji), sklerozacijo, znotrajžilno zdravljenje, klasične operativne posege.

Rezultati: Rezultati zdravljenja so negotovi, običajno povezani s splošnim stanjem in aktivnostjo bolnika, kakor tudi s pridruženimi boleznimi, ki vplivajo na celjenje venske razjede.

Zaključek: Venski ulkus običajno zahteva dolgotrajno zdravljenje, potrpežljivost bolnika, izbor ter zaporedje postopkov, ki so najprimernejši glede na stanje ulkusa, pridružena lokalna in sistemska obolenja.

Ključne besede: laserska ablacija ven, operativni poseg na venah, kronična rana

UVOD

Venski ulkus je definirana kor razjeda, ki nastane zaradi kroničnega venskega popuščanja. Kronično vensko popuščanje nastopi, ko pride do okrnjene venske funkcije, najpogosteje zaradi motnje v delovanju zaklopk. S kroničnim venskim popuščanjem se srečuje približno 30 % odraslega prebivalstva razvitega sveta. Klinična slika se giblje od varic brez simptomov do venske razjede (1). S slednjo naj bi se srečalo kar 1 % odraslega prebivalstva v razvitem svetu (2).

Venska razjeda se najpogosteje razvije na medialni strani goleni, tik nad medialnim maleolom. Je ovalne oblike, z ravnimi robovi, pogosto pokrita s fibrinom in granulacijskim tkivom. Koža v okolici rane je pogosto hiperpigmentirana, lahko najdemo purpuro, ekcem, belo atrofijo ali dermatoliposklerozo. Črna suha nekroza ni značilna za vensko razjedo, ob

najdbi moramo pomisliti na arterijski izvor razjede (3,4). Velikost rane je različna, napredovanje počasno. Noga je topla, periferni pulzi normalno tipni, pogost je edem okončine. Bolečine se pojavijo ob sočasnem velikem edemu goleni ali okužbi (4).

Zdravljenje venske razjede je sprva konzervativno, ob neuspešnem konzervativnem zdravljenju pa imamo paleto operativnih možnosti. Poleg redne toalete rane je osnova zdravljenja kompresijsko povijanje. Razjeda ni nikdar sterilna, vendar antibiotična terapija običajno ni potrebna, nanjo pa moramo pomisliti, ko postane rana boleča (2).

METODE

Zdravljenje venske razjede na nogi je tako vzročno, usmerjeno v primarno bolezen, ki je povzročila nastanek razjede, kakor tudi lokalno, usmerjeno v oskrbo in čim boljše celjenje rane. Obe zdravljenji sta sprva konzervativni, v primeru neuspeha pa operativni. Vzročno zdravljenje venske razjede pomeni zdravljenje prizadetih ven s kompresijo. Sem sodijo elastični povoji ali kratkonatezni povoji (na primer Rosidal sistem). Če z navedeno tehniko ne dosežemo zadovoljivega napredka, se odločimo za invazivno zdravljenje. Slednje je lahko znotrajžilno (endovaskularno) in sicer: lasersko zdravljenje ali sklerozacija. Če domnevamo, da z znotrajžilnim zdravljenjem ne bomo uspeli zapreti dotične vene, se odločimo za klasični operativni poseg. Za klasični operativni poseg se odločimo, če je premer zdravljene vene presegal 14 mm, če leži vena v podkožju, je njen potek zvijugan, v primeru ljakastega ustja, pri predhodnih znakih tromboflebitisa.



Slika 1. Z Debrisoftom očistimo rano med preobvezo, brez morebitne anestezije.

Lokalno zdravljenje prav tako vključuje konzervativne ukrepe; previjanje rane z klasičnimi ali modernimi oblogami ter operativno; toaletto rane z modernimi pristopi (Debrisoft®), kirurško nekrektomijo. Z Debrisoftom lahko odstranimo obloge ambulantno med preobvezo rane. Blazinico namočimo s fiziološko raztopino in očistimo rano (slika 1). Debrisoft Lolly deluje podobno, gre za metlico na palčki, s sledenjo očistimo običajno nedostopne žepe rane (slika 2).



Slika 2. Čiščenje žepov rane s sistemom Debrisoft Lolly.

REZULTATI

Primer 1

48-letna bolnica se je dve leti neuspešno zdravila zaradi razjede na desni goleni. V maju 2015 ji je bila narejena laserska zapora vene safene magne (EVLA VSM - endovenous laser ablation, vene

safene magne). Ob tem posegu je bila narejena tudi flebektomija konvolutov na stegnu in goleni. Celoten poseg je potekal ambulantno v lokalni anesteziji. Na kontroli po enem mesecu bolnica navaja izboljšanje, manj izcedka in bolečin. Razjeda še perzistira, je pa bolj plitva, premer se manjša. Svetovan ji je bil enak režim prevezovanja dalje pri izbranemu zdravniku. Po dveh mesecih se je rana zaprla (slika 3).



Slika 3. Po dveh mesecih se je bolnici razjeda zaprla.

Primer 2

82-letni bolnik z aortno in mitralno stenozo, atrijsko fibrilacijo, hudo hipertrofijo levega prekata, vstavljenim srčnim spodbujevalnikom, arterijsko hipertenzijo in razjedo na desni goleni, ki jo je imel že več let, je čakal za operativni poseg na srcu. Zaradi odprte rane operativni poseg na srcu ni prišel v poštev. V decembru 2014 mu je bila narejena laserska ablacija male vene safene (EVLA VSP). Po dveh mesecih je prišel na kontrolni pregled, bolnik je navajal, da je po operativnem posegu bolečin manj. Vidne so bile sveže granulacije, centralno tudi epitelizacija oziroma ohranjena koža na desni goleni. Svetovan mu je bil enak način prevezovanje pri izbranemu zdravniku oziroma s pomočjo patronažne

službe. Po šestih mesecih se je rana zacelila (slika 4). Uspešno je preстал operativni poseg na srcu v bolnišnici Medicor.



Slika 4. Zaceljena venska razjeda po 6 mesecih.

Primer 3

65-letni bolnik je obiskal ambulanto za žilno kirurgijo zaradi ran v predelu desnega gležnja tako medialno kot lateralno, ki so perzistirale že več mesecev, stopalni pulzi so bili dobro tipni. Opravljen je bil UZ - Doppler, ki je pokazal premer VSM 8 mm ob kolenu, ob ustju pa 9 mm z jasnim refluksom. VSP je bila premera 4 mm, z začetnim refluksom, šlo je za

prenešeni refluks. V maju 2015 je bila pri gospodu opravljena EVLA VSM femoris dex., phlebectomy cruris dex cum PUNCH 1,5 , celoten poseg v lokalni (tumescentni anesteziji).

Bolnik je prišel na kontrolni pregled po enem mesecu. Povedal je, da je desno boljše, bolečin ni imel, tudi lažje je hodil. Venska razjeda je bila ob kontroli zaprta (slika 5). Rane po operaciji so bile zaceljene per primam. Kontrolni UZ - Doppler desno je pokazal zaprto VSM do ustja, refluksa na VSP ni bilo več.



Slika 5. Venska razjeda po enem mesecu je zaprta.

Primer 4

59-letni bolnik je v maju 2015 obiskal ambulantno za žilno kirurgijo zaradi ponovljenih krčnih na levi nogi. Šlo je za recidivne varikse, po tem ko je bil pred več kot 10 leti operiran. Sedaj se mu je z notranje strani leve goleni odprla venska razjeda. Ultrazvočno je bilo ugotovljeno popuščanje Cockettovega 2 perforatorja. Bolniku je bila predlagana sklerozacija perforatorja. Za slednjo se ni odločil. Po 4 mesecih je na kontroli viden zaprt ulkus (slika 6). Slednji se je pozdravil s konzervativnimi ukrepi, kompresijsko povijanje. Sklerozacija je še vedno smiselna, saj s slednjo preprečujemo ponovno odpiranje zaprte venske razjede.



Slika 6. Konzerativno zaprta venska razjeda po 4 mesecih.

RAZPRAVA

Bolniki z vensko razjedo potrebujejo nadaljnjo diagnostiko in obravnavo. Dopplerska ultrazvočna preiskava je osnovna preiskava za potrditev venskega vzroka. Bolnika napotimo k ustreznemu specialistu glede na lokalne razmere, angiolog, dermatolog, flebolog, žilni kirurg. Specialist lahko že z ambulantnimi ukrepi, sklerozacija bližnjih ven s tekočino ali peno, pripomore k pospešenemu celjenju ulkusa. Pomembno je, da pomislimo na mešano etiologijo ulkusa, na primer arterijo-venski vzrok. Če z dolgotrajnim neuspešnim konzervativnim zdravljenjem ne dosežemo ustreznega napredka, moramo pomisliti na kirurški oziroma znotrajžilni poseg na prizadetih venah.

ZAKLJUČEK

Venska razjeda je najpogostejša kronična rana. Vzrok za slednjo je kronično vensko popuščanje. Da lahko razjedo uspešno pozdravimo, je potrebna natančna klinična in etiološka opredelitev. Za uspešen spopad z perzistentnim venskim ulkusom se je potrebno poslužiti vseh razpoložljivih modalitet zdravljenja: moderne obloge, ustrezni kompresijski sistem, endovaskularni ukrepi (lasersko zdravljenje, sklerozacija), kirurško zdravljenje. V primeru neodzivnosti na konzervativno zdravljenje je smiselno bolnika napotiti k ustreznemu specialistu.

LITERATURA

1. Kansky A, Miljković J, et al. Kožne in spolne bolezni. 2. izd. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatologov; 2009.
2. Henry, MM and Thompson, JN. Clinical Surgery. 2nd edition. London: Elsevier Saunders; 2005.
3. Kahle B, Hermanns HJ, Gallenkemper G. Evidence-based treatment of chronic leg ulcers. Dtsch Arztebl Int . 2011;108(14):231–7.
4. Pannier F, Rabe E. Differential diagnosis of leg ulcers. Phlebology. 2013;28(1):55-60.