

Urednika: Matija Kozak, Aleš Blinc

Oblikovanje in DTP: Tomaž Mrevlje

Lektorirala: Vida Ana Politakis

Založil: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo

Naklada: 100 izvodov

Tisk: Tiskarna Pleško
Ljubljana, Slovenija

Ljubljana, april 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.13/.14(082)

ZANIMIVOSTI in novosti pri zdravljenju venskih bolezni in utrinki iz arterijske patologije, Dolenjske Toplice, 10. in 11. april 2015 [Elektronski vir] / [urednika Matija Kozak, Aleš Blinc]. - Ljubljana : Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo, 2015

ISBN 978-961-6956-20-8

1. Kozak, Matija
278785536

Združenje za žilne bolezni

**Zanimivosti in novosti pri zdravljenju
venskih bolezni in utrinki
iz arterijske patologije**

10. in 11. april 2015
Dolenjske Toplice

POSEGI NA KRČNIH ŽILAH – PREGLED PRETEKLEGA LETA

Matej Makovec

Oddelek za kirurgijo, odsek za žilno kirurgijo, Splošna bolnišnica Novo mesto

UVOD

Kronično vensko popuščanje (KVP) prizadene približno polovico populacije.¹ Eden od znakov KVP so krčne žile, katerih zdravljenje se v zadnjih letih bliskovito razvija. V prispevku je prikazana analiza rezultatov enega izmed operaterjev v Splošni bolnišnici Novo mesto za leto 2014.

METODE

V letu 2014 smo opravili 212 operacij krčnih žil. Bolniki so bili stari med 20 in 86 let (povprečno 55 let, SD \pm 14,1). V 186 primerih so bili bolniki zdravljeni znotrajžilno (endovaskularno), v 26 primerih pa je bil opravljen klasični poseg.

Znotrajžilno zdravljenje je bilo v 175 primerih opravljeno z laserjem, v 3 primerih z radiofrekvenčno ablacijo, v 3 primerih s sklerozacijo in v 5 primerih s kombinacijo laserskega zdravljenja in sklerozacije.

Pri klasičnem operativnem posegu je šlo v 20 primerih za odstranitev debela, v 6 primerih pa le za flebektomijo.

V 160 primerih je bila zdravljena VSM (vena safena magna), v 25 primerih VSP (vena safena parva), v 10 primerih AASV (akcesorna anteriorna vena safena), v 6 primerih le variksi, v 5 primerih kombinacija VSM in AASV, v 2 primerih kombinacija VSM in VSP, v 1 primeru kombinacija VSP obojestransko, v 2 primerih le perforator in v 1 primeru TE (thigh extension, podaljšana vena VSP na stegnu zadaj).

Flebektomijo na stegnu in goleni smo opravili v 146 primerih, na goleni v 54 primerih, na stegnu, goleni in stopalu v 3 primerih, na stopalu

v 1 primeru, na stegnu v 1 primeru, v 7 primerih pa je nismo izvedli. Flebektomijo smo opravili s pomočjo debele igle (PUNCH), katere velikost je bila v 198 primerih 1,5 ČESA, CM??, v 5 primerih 2 in v 2 primerih 1.

Bolniki so prejeli tumescentno anestezijo v 188 primerih, splošno pa v 24 primerih.

Pri znotrajžilnih posegih smo se povprečno odmaknili od globokega venskega sistema 1,91 cm, povprečna aplikacija energije na bolnika je znašala 1490,4 J, povprečen čas delovanja laserja je bil 154 s, povprečna dolžina zdravljenega segmenta pa je bila 25,4 cm.

REZULTATI

Operiranih je bilo 212 bolnikov, 137 (64,6 %) žensk in 75 (35,4 %) moških. Glede na klasifikacijo CEAP (clinical etiologic anatomical and pathophysiological) ni stopnja prizadetosti nobenega bolnika ustrezala prizadetosti C1, največ bolnikov je imelo stopnjo prizadetosti C2 (149), stopnjo prizadetosti C3 je imelo 17 bolnikov, C4 28 bolnikov, C5 7 bolnikov, C6 (odprt ulkus) pa 11 bolnikov. Bolniki so prišli na kontrolo povprečno v 19,2 dneva (SD \pm 14,25). Na kontroli je osem bolnikov navajalo bolečino, pri kateri so potrebovali analgetike, 7 bolnikov pa blago bolečino, za katero niso potrebovali analgetične terapije. Dva bolnika sta navajala zategovanje v poteku termično zdravljenе vene. Na kontrolnem pregledu je bil ugotovljen hematoma pri 7 bolnikih, sufuzija pri 6 bolnikih, vnetje rane pri 4 bolnikih, zaostali variks pri enem bolniku, serom pri dveh bolnikih. Na kontrolnem ultrazvočnem pregledu je bila pri dveh bolnikih vidna protruzija tromba v globoki venski sistem. Pri 5 (2,7 %) bolnikih je prišlo do recidiva zdravljenе vene, kar predstavlja 97,3% uspešnost operativnega posega.

Povprečni bolniški stalež pri operirancih je bil 15,5 dneva (SD \pm 9,8).

RAZPRAVA

Večina bolnikov je bila operiranih znotrajžilno z laserjem. Za klasični operativni poseg smo se odločili, če je premer zdravljene vene presegal 14 mm, če je vena ležala v podkožju ali je bil njen potek zvijugan, v primeru lijakastega ustja in pri predhodnih znakih tromboflebitisa. Večina bolnikov je bila pri klasičnem operativnem posegu operirana v splošni anesteziji. Poseg v splošni anesteziji je bil pri znotrajžilnem zdravljenju izveden na željo bolnika.

Opažali smo, da se je kaliber VSM, izmerjen pri predoperativnem pregledu, med operacijo v splošni anesteziji povečal. Ena od bolnic je imela tik pred operacijo premer vene 3 mm, med splošno anestezijo pa se je povečal na 5 mm.

Pri večini bolnikov smo znotrajžilno zdravili VSM ali VSP, v 10 primerih pa smo zdravili anteriorno akcesorno veno safeno (AASV). Pri 10 bolnikih smo primarno zdravili AASV. Če gre za insuficienco VSM in AASV, boljše rezultate prinaša posamično zdravljenje obeh žil kot pa visoko zapiranje VSM, z namenom, da bi zaprli ustje AASV-VSM.

Med znotrajžilnim operativnim posegom smo zdravljeno veno poskušali punktirati tako, da se je vena prikazala z ultrazvokom prečno, hkrati pa se je poskušal prikazati vršiček igle v ravnini ultrazvočnega zajema tik nad zdravljeno veno. V tej poziciji smo s ciljnim gibom proti veni izvedli vbod. Že pred namestitvijo ultrazvoka si je operater poskušal predstavljati potek vene. V primeru težav s punkcijo žile so bile potrebne alternativne tehnike: pomik višje po zdravljeni veni, vstop skozi variks, dvig zdravljene vene s kljukico, rez kože nad veno.

Vstavljanje vodilne žice je potekalo skozi iglo na običajen način. Če so se pri tem pojavile težave, smo iglo zavrteli 90°, 180° ali 270° ali pa smo spremenili kot igle glede na kožo, večanje in manjšanje kota za nekaj 10°. Nekateri katetri so se pri uvajanju izkazali kot boljši.

Položnejši potek punkcije omogoča prehod skozi bližnjo steno brez prehoda skozi oddaljeno steno, kar prepreči nastanek hematoma. V tem primeru se je treba s punkcijskim mestom kože nekoliko odmakniti od sonde. Če punktiramo oddaljeno steno žile in izvlečemo iglo, lahko nastane hematoma, ki oži lumen, hkrati pa izteka kri skozi iglo, kar nam lahko daje lažno informacijo, da se konica igle nahaja v žili.

Flebektomija je bila opravljena pri 205 bolnikih, nismo pa je izvedli pri 7 bolnikih z izključno trunkalno insuficienco oziroma z ulkusom.

Med operacijo je bila v povprečju aplicirana količina energije 60 J/cm. Gre za količino energije, ki je zagotavljala vlek laserja iz žile z občutkom lepljenja na steno žile.

Manjši zapleti po operaciji so izzveneli spontano: bolečina, sufuzija. Večino hematoma in druga vnetna dogajanja smo zdravili konservativno. V enem primeru je bilo hematoma treba razrešiti kirurško, enkrat pa je bil potreben ponoven poseg zaradi vnetja po flebektomiji. Prvi serom je bil zdravljen s povijanjem, punkcijo, limfno drenažo, kirurškim posegom, drugi serom pa s povijanjem, punkcijo, limfno drenažo, vbrizgom sklerozanta. Obe zdravljenji sta bili uspešni.

Pri dveh bolnikih je bila na pregledu vidna protruzija tromba v femoralno veno. Eden od bolnikov je imel zaradi pridruženih boleznih pred posegom nizke vrednosti trombocitov. Prejel je dve enoti trombocitne plazme. Zaradi protruzije tromba je prejemal nizkomolekularni heparin še en mesec. Na drugem pregledu po enem mesecu tromba ultrazvočno ni bilo več videti. Tudi drugi bolnik je prejemal nizkomolekularni heparin še en mesec in v tem času je protruzija izginila.

Pri bolnikih, pri katerih je prišlo do recidiva po radiofrekvenčni operaciji krčnih žil, smo se odločili za klasično operacijo. Opazili smo, da je bil poseg otežen zaradi krhkosti in trganja VSM.

Večina bolnikov (188) je bila operiranih v tumescentni anesteziji, 24 pa v splošni anesteziji. Tumescentna mešanica je bila narejena s ksilokainom

ali hirokainom. Pri pregledu podatkov je bilo ugotovljeno, da se po nastavitvi laserske fibre na določeno razdaljo pred safenofemoralno ustje razdalja po aplikaciji tumescentne anestezije poveča tudi do 70 %. Pri 5 bolnikih je bila VSM na pregledu rekanalizirana. Ena bolnica je imela indeks telesne mase nad 35. Pri eni bolnici je bila VSM zapirana s pomočjo sklerozanta aethoxysklerola 3 % v obliki pene. Pri dveh bolnicah najverjetneje laser ni bil v VSM, ampak v drugi veni. Pri eni bolnici pa ni bilo razlage, saj je bila sicer zdravljena z radifrekvenco. Vse bolnice so bile ponovno zdravljene, opravljen je bil klasični operativni poseg z odstranitvijo zdravljene vene.

Pri nekaterih operirancih je bil spremljan tudi bolniški stalež. V povprečju je znašal 15,5 dneva (SD ± 9,8).

ZAKLJUČEK

V Splošni bolnišnici Novo mesto imamo možnost štirih načinov zdravljenja krčnih žil: laserska metoda, radiofrekvenčna metoda, sklerozacija in klasični pristop. Način zdravljenja izberemo glede na stanje prizadetih ven in glede na splošno stanje bolnika. Z znotrajžilnimi posegi dosegamo rezultate, primerljive s svetovno literaturo.²

LITERATURA

1. Adhikari A, Criqui MH, Woolf V, Denenberg JO, Fronck A, Langer RD, Klauber M. The Epidemiology of Chronic Venous Diseases. *Phlebology*, 2011; 26 (1); 35–9.
2. Pannier F, Rabe E, Rits J, Kadiss A, Maurins U. Endovenous laser ablation of great saphenous veins using a 1470 nm diode laser and the radial fibre – follow-up after six months. *Phlebology*, February 2011; 26 (1); 35–9.