Křečové žíly v praxi

MUDr. Alena Broulíková, CSc.
III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Postižení žil patří k nejčastějším obtížím, které přivádějí nemocné do ordinací lékařů. Chronické žilní poruchy mohou být přítomny u obyvatelstva až ve 40 %. Z hlediska sociálního a ekonomického představují žilní choroby rovněž velkou zátěž. Zdravotnické statistiky uvádějí, že pracovní neschopnost způsobená ročně žilními chorobami tvoří největší podíl z kardiovaskulárních onemocnění. Nejčastější žilní poruchu přítomnou v naší populaci představují varixy neboli žilní městky.

Definice

Primární varixy jsou vinuté, vakovitě rozšířené, často až meandrovitě probíhající povrchové žíly, nejčastěji postihující dolní končetiny. Jejich klinický význam není vždy stejný. V některých případech představují pro svého nositele jen kosmetický problém. Asi u jedné třetiny postižených však varixy představují závažnější onemocnění se zdravotními a sociálními důsledky a vyžadují léčbu.

Etiologie a patogeneze

Jedná se o vrozenou méněcennost žilní stěny. Působením zvýšeného tlaku v žilách dolních končetin ve vzpřímené poloze dochází k dilataci žilní stěny s následnou insuficiencí chlopní. To vede k porušení funkce svalově-žilní pumpy lýtka, která je jinak nejdůležitějším mechanismem pro návrat žilní krve z dolních končetin k srdci. Výsledkem je stáza krve v dolních končetinách se vznikem žilní hypertenze, která po čase vede k rozvoji chronické žilní insuficience.

Incidence

Výskyt varixů byl sledován v mnoha studiích v řadě zemí s velmi rozdílnými nálezy. Jedna z prvních prací, která je dosud ve světové literatuře citována, byla provedena v Československu v šedesátých letech minulého století. Studie ukázala, že varixy se vyskytují v Západočeském kraji u žen ve 14,1 % a u mužů v 6,6 %. Podle literatury lze počítat v evropských zemích s celkovým výskytem varixů až u 40 % žen a 20 % mužů. Zdá se však, že existují určité rasové a geografické rozdíly, neboť v rozvojových zemích je udávána až desetkrát nižší incidence varixů. Většina studií udává o něco vyšší výskyt u žen než u mužů (většinou v poměru 2 : 1), velkým překvapením jsou však studie z posledních let, které nacházejí prakticky vyrovnaný výskyt varixů u žen a u mužů. Jednoznačně je nalézán vyšší výskyt varixů ve vyšším věku, ale roční přírůstek je přibližně stejný ve všech věkových kategoriích. S věkem se také vyrovnávají rozdíly mezi muži a ženami.

Rozvoj varixů je dáván do souvislosti s celou řadou faktorů. Genetické vlivy jsou pravděpodobně nejdůležitější příčinou. Porucha je především v tvorbě kolagenu žilní stěny, což má za následek sníženou odolnost vůči celoživotní zátěži v ortostáze. Tyto histologické abnormality jsou prokazatelné nejen ve varikózních úsecích žil, ale i v normálních žilách postižených osob, např. na horních končetinách. Zdá se, že prvotní je genetická dispozice, a k manifestaci varixů pak dochází působením zevních vlivů, jako je profesní zátěž, těhotenství, obezita či přibývající věk a další. Sekundární varixy naopak vznikají na podkladě jiných onemocnění. Nejčastější příčinou je prodělaná trombóza hlubokých žil dolních končetin, která vede k přetížení a dilataci povrchních žil, jež pak plní funkci kolaterál. Méně častou příčinou sekundárních varixů jsou malformace a angiodysplazie spojené s přítomností arteriovenózních zkratů, jako je např. Klippelův-Trenaunayův syndrom.

Diagnóza

Klinický obraz

Podle typu žilních změn jsou varixy rozdělovány do tří skupin:

- Intradermální varixy – jemné metličky rozšířených žilek intradermálního plexu, které mohou být přítomny samostatně, nebo v kombinaci s dalšími typy varixů. Představují jen kosmetický problém.
- Retikulární varixy – postihují podkožní žíly středního průsvitu.
- Kmenové varixy – změny jsou na hlavních končetinových žilách, tj. vena saphena magna a vena saphena parva, a jejich větvích. Mohou být nejen zdrojem subjektivních obtíží, ale i příčinou komplikací (žilní zánět, žilní trombóza, trofické kožní změny). Většinou vyžadují léčbu.

Subjektivní obtíže bývají nejčastěji definovány jako nepříjemné pocity tíhy, únavy a napětí, provázené nočními křečemi a tvorbou otoků, které narůstají v průběhu dne a zhoršují se po statické zátěži a v teplém prostředí. Je-li porucha žilních chlopní výrazná a je trvale přítomen reflux, vznikají pokročilejší projevy chronické žilní insuficience, které jsou spojeny s výraznými trofickými změnami kůže bérců. Mezi objektivní známky chronické žilní insuficience patří kromě varixů sklon k otokům, cyanóza, pigmentace, rozšířené žilky u vnitřního kotníku (tzv. corona phlebectatica), hypodermitida, dermatitida, ekzém, indurace, a konečně i ulcerace. Příznaky se vyvíjejí řadu let a ke vzniku defektu dojde většinou po malém poranění kůže. Chronická žilní insuficience zdaleka nejčastěji vzniká jako důsledek prodělané žilní trombózy v minulosti. Pro potřeby klinického hodnocení závažnosti chronické žilní insuficience byla navržena řada klasifikací. Chronickou žilní chorobu lze klasifikovat do sedmi skupin podle popisné klinické, etiologické, anatomické a patofyziologické klasifikace CEAP (**tabulka**).

Vyšetření

Nemocného s varixy vyšetřujeme nejen vleže, ale i vestoje, kdy je nález dobře patrný. Všímáme si nejen náplně žil, ale i případných známek zánětu (zarudnutí, palpační bolestivost). Pátráme zejména po kožních změnách, výskytu jizev po defektech, po přítomnosti ekzému či trhlinek kůže. Vždy provádíme palpaci tepen. Pro posouzení léčebných možností je nutné orientovat se o průchodnosti hlubokého žilního systému. O tom se přesvědčíme provedením Perthesova testu (chůze na místě s přiloženým škrtidlem); přitom získáme také informaci o funkci perforátorů. Další test se škrtidly, Trendelenburgův, podává informaci o přítomnosti refluxu z v. saphena magna nebo parva nebo perforátorů. V horizontální poloze lze odhadnout výšku žilního tlaku na dorzu nohy elevací nohy nad podložku až do výše, kdy se žíly vyprázdní. Za normálních okolností je tento tlak 10–15 cm H_2O. Při obstrukci hlubokých žil (žilní trombóze) je tlak zvýšený. Pokud jde o přístrojová vyšetření, pak na prvním místě je třeba jmenovat sonografii. Dopplerovským ultrazvu-

Literatura u autorky.

Více informací na www.edukafarm.cz

kovým vyšetřením získáme rychle údaje o přítomnosti žilního refluxu jak při safenofemorálním, tak při safenopopliteálním ústí, ale i nad perforátory. Orientačně se lze ultrazvukovou sondou přesvědčit také o průchodnosti hlubokých žil. Rozhodující úlohu při posouzení průchodnosti hlubokých žil a velikosti refluxu však dnes má duplexní sonografie žil, která přináší velmi cenné informace. Tam, kde neinvazivní testy neposkytují jednoznačné závěry před případnou operací na žilách dolních končetin, indikujeme izotopovou nebo rtg kontrastní flebografii.

Léčba

Chirurgická léčba je indikována u osob s prokázanou insuficiencí v oblasti povrchových žil nebo perforátorů. V současné době je vypracována řada minimálně invazivních technik, někdy s použitím endoskopického instrumentária. Zároveň je snaha zachovat ty části kmenových žil, které nejsou postiženy insuficiencí, aby byla ponechána možnost pro případné pozdější použití žil k revaskularizačnímu výkonu. Výkony na hlubokém žilním systému (transpozice chlopní, žilní rekonstrukce) nepatří zatím ke standardním postupům a jsou prováděny v ojedinělých případech na specializovaných pracovištích.

Skleroterapie je u části nemocných alternativou k chirurgické léčbě, ale často je součástí chirurgického výkonu jako doplňující zákrok k ošetření neoperovaných žilních úseků. Princip metody spočívá v nitrožilní aplikaci injekcí sklerotizačních látek, které žilní stěnu poškozují a způsobí jejich uzávěr a vazivovou přeměnu. Tímto způsobem se řeší léčba varixů malého rozsahu. Kompresivní léčba redukuje žilní náplň, urychluje tok v hlubokých žilách, zpomaluje rozvoj chronické žilní insuficience a přináší nemocným pocit subjektivní úlevy. Kompresní punčochy se vyrábějí ve čtyřech kategoriích. Osobám s kmenovými varixy nejčastěji předepisujeme 2. kompresní třídu.

Medikamentózní léčba se užívá k ovlivnění subjektivních obtíží. Jde o přípravky různého složení, nejčastěji jsou to flavonoidy (rutosidy, diosmin, hesperidin), saponiny (escin), případně v kombinaci s deriváty ergotu, a syntetické látky (tribenosid, kalcium dobesilát, heptaminol). Některé z nich lze použít nejen perorálně, ale jsou k dispozici i masti a gely pro místní léčbu (kalcium dobesilát, troxerutin, escin, heparin a heparinoid). Hlavním účinkem těchto léků, nazývaných venofarmaka, je snížení kapilární propustnosti a fragility, snížení krevní viskozity, event. u některých léčiv i protizánětlivé působení. Od dlouhodobého užívání těchto látek však nelze očekávat vymizení varikózních změn ani zpomalení vývoje varixů.

Prevence

Zpomalení progrese onemocnění lze dosáhnout pouze působením na zevní faktory – tedy úpravou životosprávy, zvýšením tělesné aktivity, úpravou tělesné hmotnosti, omezením dlouhého stání a sezení, častým odpočíváním s elevovanými dolními končetinami. U mladých lidí z rodin s výskytem varixů je nejdůležitější vhodný výběr povolání.

Tabulka: klasifikace CEAP

klasifikace CEAP							
C **klinické příznaky**		**E** **etiologie**		**A** **anatomická lokalizace**		**P** **patofyziologický proces**	
C0	bez klinických příznaků, nezjistitelné inspekcí ani palpací	Ec	kongenitální příčina	As 1 2 3 4 5	povrchový žilní systém *teleangiektazie/retikulární žíly* *v. saphena magna (VSM) – nad kolenem* *v. saphena magna (VSM) – pod kolenem* *v. saphena parva (VSP)* *jiné (ne safeny)*	Pr	reflux
C1	teleangiektazie nebo retikulární žíly	Ep	primární příčina	Ad 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	hluboký žilní systém *vena cava inferior (caudalis)* *vena iliaca communis* *vena iliaca interna* *vena iliaca externa* *pelvické žíly (gonadální a jiné)* *vena femoralis communis* *vena profunda femoris* *vena femoralis superficialis* *vena poplitea* *žíly předkolení* *svalové žíly předkolení*	Po	obstrukce
C2	viditelné varikózní žíly	Es	sekundární příčina (posttrombotická či jiná)			Pr,o	reflux i obstrukce
C3	edém	En	bez identifikovatelné žilní etiologie			Pn	patofyziologii nelze identifikovat
C4	kožní trofické změny: *C4a: ekzém, hyperpigmentace* *C4b: lipodermatoskleróza, atrofie blanche*			Ap 17 18	spojovací žíly – žilní perforátory *na stehně* *na předkolení*		
C5	zhojený bércový vřed			An	anatomickou anomálii nelze identifikovat		
C6	nezhojený bércový vřed						
s	symptomatické						
a	asymptomatické						