

Praktické aspekty péče o pacienta s chronickým žilním onemocněním

MUDr. Jana Vojtíšková

Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o., Praha

Odborná asistentka Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Spolu se stárnutím populace se stále více pozornosti věnuje kvalitě života. Čísla, která vypovídají o postižení světové populace žilním onemocněním, jsou velmi vysoká a Česká republika na tom není jinak. Problematika chronického žilního onemocnění byla ve všeobecných praxích léta opomíjená. Také díky tomu, že zejména starší pacienti mají tendenci žilní obtíže bagatelizovat a přičítat je spíše nadměrné zátěži nebo věku, takže je ani spontánně nereferují. Na konzultaci přichází obvykle ve chvíli, kdy je symptomy nemoci začnou více obtěžovat, nebo je vylekají (příkladem mohou být otoky dolních končetin). Přestože nemoc pacienty na životě neohrožuje, přináší mnohé komplikace a v konečném důsledku kvalitu života výrazně zhoršuje. V poslední době vidíme nárůst zejména mladší generace pacientů, která si je vědoma své rodinné zátěže a chce rozvoji žilního onemocnění pokud možno předcházet.

Klíčová slova: kvalita života, chronické žilní onemocnění, všeobecný praktický lékař, primární péče, prevence, klasifikace CEAP.

Practical aspects of care of a patient with chronic venous disease

Given the aging of the population, increasingly more attention is being paid to the quality of life. The figures showing how the world's population is affected by venous disease are very high, and the Czech Republic is not an exception. The issue of chronic venous disease was neglected in general practice for years. It was also due to the fact that particularly elderly patients tend to trivialize venous complaints and rather attribute them to overexertion or age, so they do not even report them spontaneously. They usually seek consultation at the point when the symptoms of the disease become more troubling or frighten them (e.g., lower limb oedema). Although the condition is not life-threatening to patients, it carries numerous complications and, ultimately, impairs the quality of life significantly. Recently, an increase has been seen particularly in the younger generation of patients who are aware of their family burden and want to prevent the development of venous disease, if possible.

Key words: quality of life, chronic venous disease, general practitioner, primary care, prevention, CEAP classification.

Med. praxi 2013; 10(10): 321–324

Výskyt onemocnění je v populaci velmi vysoký a různé světové studie přinášejí stále další důkazy o množství postižených pacientů žilními abnormalitami či již žilní nemocí. Vzhledem k současnému životnímu stylu mají tyto počty stále stoupající tendenci. Stejný trend budeme jistě vidět i v budoucnu, neboť nám to přesvědčivě dokumentují demografické údaje o stárnutí populace. V současné době hraje také zřejmou roli větší informovanost zejména mladších pacientů (fenomén internet) a zvyšující se společenský tlak na sebestarání.

Výše uvedené důvody vedly v roce 2011 Společnost všeobecného lékařství SVL ČLS JEP k vytvoření historicky prvního Doporučeného postupu Chronické žilní onemocnění. Autoři (angiolog, všeobecní praktičtí lékaři, dermatolog, chirurg) si položili základní otázky, pokusili se zmapovat nejčastější klinické situace ve všeobecných praxích a popsat nástroje, které VPL v praxích používají. Doporučený postup vznikl, aby usnadnil všeobecným praktickým lékařům orientaci v často svízelné problematice žilního onemocnění v každodenní praxi. Ambicí DP bylo aktualizované poznatky o možné léčbě konzervativní nebo chirurgické přenést do primární péče a mimo jiné seznámit všeobecné lékaře

s novou mezinárodní klasifikací chronického žilního onemocnění (CEAP).

Chronická žilní onemocnění jsou klinické abnormality trvající delší dobu, mající žilní příčinu. Ze začátku spíše vada kosmetická vede často v průběhu let k rozvoji choroby a někdy dospěje až do stadia chronické žilní insuficience. Nejtypičtější formou onemocnění jsou v populaci varixy. Chronická žilní insuficience je pokročilým stadiem a je projevem dekompenzace žilní nemoci.

Přesné údaje o prevalenci a incidenci onemocnění nemáme, přestože v mnoha zemích světa jsou iniciovány studie snažící se aktuálně situaci mapovat (VCP). Výsledky dosud provedených studií nejsou srovnatelné pro velkou variabilitu nastavených kritérií a výběrem použitých metod hodnocení.

Při hodnocení klinických příznaků vidíme, že jsou velice pestré a vnímání jednotlivých symptomů konkrétním pacientem je zcela subjektivní. Počátečním stadiím pacienti obvykle příliš pozornosti nevěnují a ke konzultaci přicházejí většinou, když je symptomy onemocnění začnou více obtěžovat. Mnoho z nich – hlavně mladší ženy přichází hlavně z důvodů estetických. Příznaky onemocnění v časných stadiích pacienti považují

ji za běžný jev v souvislosti se zátěží a často je také přičítají přibývajícemu věku. Posun ve vnímání závažnosti onemocnění pozorujeme v poslední době hlavně u generace mladších edukovaných, ještě asymptomatických pacientů, kteří si však uvědomují svoji rodinnou zátěž ve smyslu rozvoje žilní nemoci a konzultují možná preventivní opatření. Snahou DP bylo vytvořit doporučení podložené medicínskými důkazy, protože existuje celá řada různých i kontroverzních doporučení předávaných z generace na generaci.

Doporučený postup chronické žilní onemocnění stručně popisuje etiopatogenezi, klinické projevy, klasifikaci, diagnostiku a aktuální léčebné postupy při onemocnění žil dolních končetin.

Žilní systém dolních končetin tvoří povrchové a hluboké žíly propojené žilními spojkami, tzv. perforátory. Návrat krve proti gravitaci z dolních končetin k srdci obstarává systém žilních chlopní a výkonná svalově žilní pumpa lýtkových svalů. Tato pracuje zejména při chůzi a běhu. Podíváme-li se na patofyziologii, vidíme, že zásadním momentem je rozvoj žilní hypertenze, ke kterému dochází porušením mechanismu návratu žilní krve. U většiny nemocných je příčinou žilní hypertenze reflux v důsledku nedomykavosti žil-

ních chlopní v povrchovém nebo v hlubokém žilním systému. Další možnou příčinou může být obstrukce žilního řečiště (posttrombotický sy) s omezením žilního návratu. U imobilních pacientů (např. z důvodů traumatu, morbidní obezity, revmatologické, ortopedické choroby) je to selhávání svalové pumpy. Někdy se příčiny mohou kombinovat. Funkce chlopní začíná být nedostatečná, protože dochází k distenzi žilní stěny a vznikne nedomykavost. Jiným možným mechanismem je inkompetence perforátorů umožňující retrográdní proudění krve z hlubokého řečiště do povrchového a následně tlakové přetížení při svalové kontrakci. Žilní distenzi prohlubuje přetlak v dutých žilách při pravostranném selhávání, obstrukce dolní duté žíly vnější expanzí nebo hormonální vlivy. Změny v hemodynamice velkých žil (makrocirkulace) se následně projevují v mikrocirkulaci (elongace, dilatace, vinutost kapilár, změny v množství kolagenu a elastických vláken způsobují poškození endotelu s následnou extravazací tekutin). Po té dochází k uvolnění mediátorů zánětu a proteolytických enzymů a nastupují poruchy výživy tkáně a vzniká otok.

Spektrum počátečních symptomů žilních nemocí je nespecifické a velmi pestré. Mezi nejčastěji uváděné obtíže patří pocit tíhy v končetinách, napětí, otok nejprve intermitentní, později již trvalého charakteru, pocitu pálení, brnění, bolesti nebo křeče.

Diagnostika v primární péči se opírá zejména o anamnézu se zhodnocením rizikových faktorů a pečlivé fyzikální vyšetření (včetně vyšetření vstojie). Případné vyšetření duplexní sonografií již provádí specialista (angiolog, flebolog). K vyšetření duplexní sonografií jsou indikováni všichni pacienti před operací varixů a doporučujeme je pacientům s dlouhodobějšími otoky dolních končetin.

Na základě mezinárodního konsenzu byla vytvořena KLASIFIKACE žilních chorob tzv. CEAP klasifikace. Jako taková se snaží postihnout nejen projevy nemoci (C = klinika), ale zahrnout i etiologii (E = etiologie), lokalizovat změny (A = anatomie) a určit patofyziologické aspekty choroby (P = patofyziologie) viz tabulka 1.

Léčba

Podle pokročilosti onemocnění, jeho příčině a míře subjektivních potíží nemocného se rozhodujeme o typu léčby chronického žilního onemocnění. **Konzervativní metody** jsou vždy základem léčby. Jsou to opatření režimová, kompresivní léčba a farmakoterapie.

Radikální postup neváháme indikovat u pokročilých stadií chronické žilní nemoci (eliminace varixů a refluxu). Smyslem léčby je **PREVENCE**

Tabulka 1. CEAP klasifikace žilních onemocnění

CLINICAL	C0 – normální nález C1 – teleangiektázie C2 – varixy C3 – edém C4 – hyperpigmentace nebo ekzém C5 – zhojený vřed C6 – aktivní vřed +S = symptomatický pacient +A = asymptomatický pacient
ETHIOLOGY	c – kongenitální p – primární (neznámá etiologie) s – sekundární
ANATOMICAL	s – superficiální systém d – hluboký (deep) systém p – perforátory
PATHOLOGY	r – reflux o – obstrukce r + o – kombinace refluxu s obstrukcí

C

Při rozhodování o typu vhodné léčby se předpokládá a je rozhodující zařazení do jedné ze sedmi klinických manifestací. Tato část klasifikace by se výhledově měla stát součástí diagnózy i v primární péči.

- C0 – žilní choroba není evidentní fyzikálním vyšetřením
- C1 – teleangiektázie (intradermální dilatace do 1mm)
- C2 – varikózní žíly
- C3 – edém
- C4 – pigmentace, ekzém, lipodermatoskleróza
- C5 – zhojený vřed (y)
- C6 – nezhojený vřed (y)

K typu postižení (C1 – C6) ještě přiřazujeme „s“ (symptomatický pacient) nebo „a“ (asymptomatický pacient).

E

Etiologická klasifikace – určení, zda se jedná o vrozenou anomálii (Ec – congenital), primární vznik (s nejvyšší tendencí příčinou Ep – primary), nebo o sekundární projev (Es – secondary) např. stav po trombóze

A

Anatomie – týká se lokalizace poškození:

- As (superficial) – oblast povrchových žil
- Ad (deep) – hluboké žíly
- Ap (perforator) – problém v oblasti perforátorů

P

Patofyziologie – zpřesňuje proces vzniku onemocnění a jeho specifikace je důležitá při léčebném rozhodování (reflux ano – Pr, obstrukce hlubokého žilního systému – Po, případně oba mechanismy přítomny – Pro)

VZNIK A FIXACE ŽILNÍ HYPERTENZE. Léčba je vždy celoživotní.

Konzervativní léčba

Opatření režimová – neváháme je doporučit u všech, zejména však u obězních nemocných. Redukce váhy a vyloučení nadměrného zvyšování nitrobršního tlaku jsou základní režimová opatření. Pilířem konzervativní léčby je **kompresivní terapie**.

O volbě typu zevní komprese, zda obinaadlo či kompresivní elastické punčochy (KEP), rozhoduje typ žilního onemocnění, aktuální fáze a předchozí průběh nemoci s přihlédnutím na možnosti pacientovy spolupráce na léčbě, ale také s ohledem na stav a rozměry končetin.

Za kontraindikaci použití zevní komprese lze považovat:

- pokročilou ischemickou chorobu dolních končetin

- záněty typu lymfangiitis, cellulitis
- relativní KI je dekompenzace srdeční (po přiložení komprese na obě dolní končetiny se zvýší centrální krevní objem a může dojít k většímu přetížení srdce)

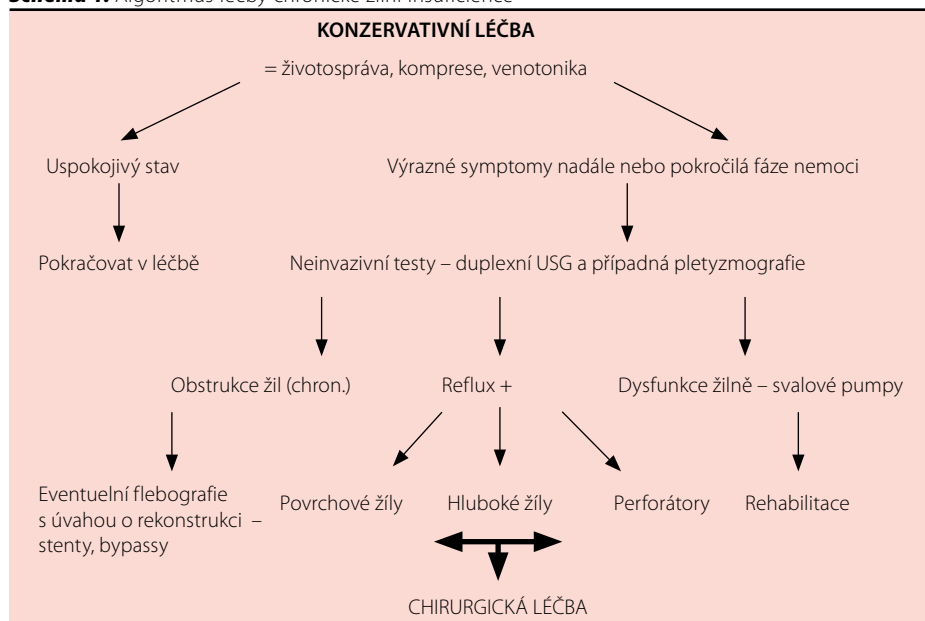
Péče o kůži

Velmi důležitým momentem je u pacientů s chronickým žilním onemocněním péče o kůži. Usilujeme o dostatečnou hydrataci a snažíme se zabránit porušení kožní celistvosti.

V případě vzniklé dermatitidy ze stázy a ekzému je nutná aplikace lokálních dermatologik, včetně kortikoidů.

Léčbou ulcerací v primární péči se podrobně zabývá samostatný DP z roku 2007 obsahující tři principy:

1. terapie zevní kompresí
2. lokální terapie
3. celková terapie (venofarmaka)

Schéma 1. Algoritmus léčby chronické žilní insuficience

Farmakologická léčba

Venotonika jsou léky, jejichž hlavním mechanismem účinku je zlepšení žilního tonu (vliv na makrocirkulaci) a komplexní vliv na mikrocirkulaci (úprava patologicky zvýšené kapilární permeability, zvýšení fibrinolýzy, snížení hladiny plazminogenu, potlačení aktivace leukocytů a zvýšení lymfatické drenáže). Jsou to přírodní nebo syntetické látky, obsahují v jedné tabletě i více složek. V současnosti jsou doporučena ke kontinuálnímu podávání a léčbu není nutno přerušovat (je ovšem vhodné ji průběžně vyhodnocovat). Přestože se venotonika u nás těší dlouhodobé oblibě (do léčby byla zavedena již v 60. letech minulého století), u řady preparátů chybí dodnes jednoznačné důkazy o příznivém působení (EBM). Potravinové doplňky nejsou považovány za plnohodnotné léky pro žilní onemocnění. Je tedy vhodné vždy pečlivě uvážit, který z preparátů pacientovi doporučíme. Za prokazatelně nejúčinnější je v mezinárodním konsensu považována mikronizovaná frakce diosminu s hesperidinem (Detralex) v dávce 2 × 500 mg denně. Je to právě mikronizovaná purifikovaná frakce flavonoidů (MPFF) diosminu s hesperidinem, která má provedeno nejvíce klinických studií, prokazujících zmírnění symptomů a výrazně zlepšené hojení vředu (přes 30 %). Nezbytnou součástí léčby u pacientů s posttrombotickým syndromem je léčba antikoagulační (viz samostatný doporučený postup).

Intervenční – radikální léčba

- skleroterapie
- chirurgická léčba

- ablace povrchové žíly endovaskulárním výkonem (termická)
- endovaskulární léčba hlubokých žil

Kontraindikací chirurgické léčby jsou:

- závažné celkové onemocnění/stav
- akutní hluboká žilní trombóza
- porucha hemokoagulace (relativní kontraindikace)
- lymfedém
- imobilní pacient
- ischemická choroba dolních končetin (stadium III a IV dle Fontaina)
- těhotenství

Po určité době po uvedení Doporučeného postupu CHŽO do praxe si autoři – praktičtí lékaři položili otázku, nakolik je tento DP v praxích využíván a zda dochází na úrovni primární péče k lepší identifikaci pacientů s žilními nemocemi. Zda-li a jak z toho pacienti profitují.

Právě tehdy dostala Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP nabídku provést epidemiologický průzkum onemocnění žil dolních končetin v ordinacích primární péče v České republice. Odborná společnost praktických lékařů uvítala možnost navázat na tvorbu DP a rozvíjet znalosti všeobecných praktických lékařů v oblasti žilní problematiky.

Výzkumný projekt Czech Vein Program (88 ordinací VPL) navázal na celosvětově prováděný epidemiologický průzkum onemocnění žil dolních končetin Vein Consult Project (VCP – 22 zemí). Cílem světového projektu bylo mapování epidemiologické situace a stanovení prevalence chronické žilní nemoci, snaha popsat typické

ho pacienta včetně způsobu léčby s ohledem na časná stadia nemoci. Odbornou záštitu nad programem převzala International Union of Flebology (UIP), neomezenou grantovou podporu poskytl Servier Research Group. První výsledky světového průzkumu byly prezentovány v roce 2011 na Mezinárodním flebologickém kongresu v Praze. Později provedený český průzkum prokázal shodné výsledky s ostatními zeměmi, které se na tomto projektu podílely.

Nejčastější symptomy chronické žilní nemoci u pacientů sledovaných v rámci epidemiologického průzkumu jsou:

- a) pocit těžkých nohou 75,4 %
- b) bolest nohou 67,3 %
- c) pocity otékání 54,8 %
- d) **noční křeče 42,6 %**

- dle klasifikace CEAP predominují časná stadia (C0s–C2 = 58 %), ale pacienti spontánně referují obtíže až v závažnějších stadiích, a to pouze 1 ze 4 s příznaky žilní nemoci
- přítomnost symptomů chronické žilní nemoci, zvláště jsou-li dva, zdůvodňuje potřebu dalšího vyšetření, ověření přítomnosti choroby a případné zahájení léčby
- časná intervence (režimová, účinná farmakoterapie, chirurgická) pozitivně ovlivňuje vývoj onemocnění a předchází vzniku komplikací
- dopad chronického žilního onemocnění je dlouhodobě, z různých důvodů podceňován nejen pacienty, někdy i lékaři
- **Soustavná edukace pacientů ve smyslu časné prevence chronické žilní nemoci je nadále velmi aktuální**

Závěrem

Pacienty s chronickým žilním onemocněním najdeme v kartotéce každého praktického lékaře. Pro správný management těchto onemocnění je třeba znát indikace ke včasnému odeslání pacienta k angiologovi nebo cévnímu chirurgovi v případě léčby kauzální (chirurgické) a orientovat se dobře v možnostech léčby konzervativní (symptomatické). Novinkou pro VPL je mezinárodní klasifikace CEAP, i když kompletní stanovení klasifikace CEAP může provést jen specialista (je nezbytné provedení duplexní sonografie (DS)). Vyšetření DS provádíme u nemocných s výraznými otoky, kožními změnami či vředem a u všech pacientů před plánovanou operací varixů. Léčba konzervativní spočívá v opatřeních režimových, farmakoterapii venotoniky a terapii kompresivní. Bývá obvykle celoživotní. Použití farmakoterapie je u nás obvyklé. Nejvíce

studii s příznivým efektem má mikronizovaný diosmin s Hesperidinem (Detralex), který zmírňuje symptomy a prokazatelně zlepšuje hojení vředu. Intervenční (radikální) léčba zahrnuje celou škálu moderních metod od skleroterapie po léčbu endovaskulární jako např. tepelná či laserová ablace. Klasickými metodami zůstává ligace, stripping safén a flebektomie. Komplikací, se kterou se praktický lékař setkává, bývá varikoflebitida, výjimečně krvácení z varixů. Použití antibiotik v léčbě varikoflebitidy je neindikované (sterilní záněť). Zástava krvácení z varixu vyžaduje kompresi prstem v krvácejícím místě, naložení obvazu, elevaci končetiny, případně ošetření chirurgické.

Věříme, že Doporučený postup Chronické žilní nemoci se stal pomůckou všeobecných praktických lékařů při každodenní praxi a po-

máhá jim k lepší orientaci v problematice žilních onemocnění. Mimo jiné zdůrazňuje mimořádný význam mezioborové spolupráce všeobecný praktický lékař – angiolog, flebolog, dermatolog, chirurg.

- 1) Aktivní dotaz na žilní symptomy.
- 2) Zjištění anamnézy (pozitivní RA, rizikové faktory).
- 3) Fyzikální vyšetření (nezapomínat na vyšetření vstoje).
- 4) Stanovení klasifikace CEAP.
- 5) Rozhodnutí a volba vhodného postupu.
- 6) Edukace pacienta – vysvětlení problematiky, nutnosti spolupráce (ujištění se, že pacient vysvětlení porozuměl).
- 7) Doporučení konkrétního opatření (režimová, kompresní terapie, farmakoterapie s přihlédnutím k EBM).

- 8) Stanovení termínu kontroly ke zhodnocení konzervativní terapie.
- 9) Zvážení a rozhodnutí k vyšetření specialistou (DS), ev. operativní řešení, odeslání DUS.
- 10) Ujistěte se, že pacient vždy vašemu vysvětlení porozuměl!

*Článek přijat redakcí: 2. 8. 2013
Článek přijat k publikaci: 11. 9. 2013*

MUDr. Jana Vojtíšková

*Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o.
Petra Rezka 1 090/3, 140 00 Praha 4
janav.doktor@volny.cz*

