proLékaře.cz | 20.4.2024

Chronická žilní insuficience a varixy dolních končetin u mladých osob

F. Kováčik, A. Smékal, J. Přeček, O. Moravec, M. Hutyra, P. Heinc, M. Táborský
I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

Souhrn

Varixy dolních končetin patří mezi civilizační onemocnění projevující se typickými příznaky. Důvodem výskytu varixů je vzestup žilního tlaku, který vzniká následkem chlopenní inkompetence, refluxu nebo obstrukce. Diagnostika se opírá o anamnézu, morfologická a funkční vyšetření. Léčba je konzervativní, sklerotherapie a endovaskulární sklerotherapie, chirurgická léčba.

Klíčová slova

chronická žilní onemocnění – varixy dolních končetin – venoaktivní léky

Chronic venous insufficiency and varicose veins in young people

Abstract

Varicose veins of the lower limbs belong to civilization diseases with typical symptoms. The cause is the rise of venous pressure as a result of valvular reflux or obstruction. The diagnosis is based on medical history, morphological and functional examinations. The treatment is conservative, sclerotherapy and endovascular sclerotherapy, or surgical treatment.

Key words

chronic venous disease – varicose veins of the lower limbs – venoactive drugs

Úvod

Varixy dolních končetin patří mezi civilizační onemocnění s vyšším výskytem v ekonomicky vyspělých krajinách. Definice varixů dolních končetin se liší od „jasně viditelných, rozšířených, prominujících podkožních žil dolní končetiny" podle Arnoldi [1,2] až po „křečové žíly s afunkčními chlopněmi" podle Dodda a Cocketta [1,3].

V epidemiologických studiích publikovaných od roku 1942 se odhady prevalence varixů značně liší dle geografické polohy od 1 do 73 % u žen a 2 až 56 % u mužů. Značné rozpětí v odhadech prevalence pravděpodobně odráží rozdíly v rozložení populačních rizikových faktorů a kvalitě dostupné diagnostické a léčebné péče [4]. Prevalence varixů dolních končetin narůstá s věkem, ve věkové skupině 35–40 let se prevalence pohybuje mezi 20 a 60 % u žen a 7 a 35 % u mužů.

Etiologie

Podle etiologie můžeme varixy rozdělit na:

1. kongenitální, kdy je žilní dysfunkce patrná ihned po porodu nebo krátce po něm,
2. primární, které vznikají bez jasné příčiny,
3. sekundární, u kterých je etiologie různorodá potrombotická, potraumatická či jiná [5].

Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory vzniku varixu patří věk, ženské pohlaví, dlouhé stání a sezení, žilní trombóza, kouření, nedostatek pohybu, zácpa, nošení vysokých podpatků, perorální antikoncepce, opakovaná gravidita, obezita [6,7].

Do popředí se dostává i genetická predispozice, kdy děti, jejichž oba rodiče měli křečové žíly, budou tímto onemocněním trpět s 89% pravděpodobností. Dále bylo zjištěno, že pro vznik varixů dolních končetin je nejrizikovější krevní skupina A [8].

Symptomy

Ke klasickým projevům varixů dolních končetin patří křeče, tíha, vnitřní tlak, pocit těžkých dolních končetin, únava a bolesti v lýtkách, svědění, dysestezie, v pokročilejších stadiích otoky. Zpočátku bývají otoky jen po větší námaze, večer po celodenní práci, později i během dne. Potíže ustupují při elevaci dolních končetin, při chůzi a v chladu [5,9].

Tíže subjektivních obtíží a jejich velikost není v přímé úměře s velikostí varixů. U žen bývají malé varixy často provázeny většími obtížemi, nebo naopak, zejména u mužů, velké uzlové varixy jsou zcela asymptomatické [9].

V posledních letech bylo vytvořeno hned několik klinických klasifikací chronické žilní nedostatečnosti. Nejkomplexněji jej hodnotí CEAP klasifikace (tab. 1) [10].

Diagnostika

Základem diagnostiky je anamnéza a fyzikální vyšetření. V rodinné anamnéze pátráme po žilních onemocněních, jako jsou varixy, bércové vředy, tromboembolická nemoc. Důležitá je pracovní anamnéza, neboť pracovní zatížení může u predisponujících osob vést k časnější manifestaci žilního onemocnění [11].

Fyzikální vyšetření provádíme ve stoje, pátráme po barevných změnách, otocích, hodnotíme kožní změny, přítomnost varixů v povodí velké a malé safény, jizvy po zhojených defektech.

proLékaře.cz | 20.4.2024

Tab. 1. Klinické třídění žilní nedostatečnost dle klasifikace CEAP (Clinical – Etiology – Anatomy – Patophysiology), Consensus statement 1995, revize 2004.

třída C0s	žádné viditelné nebo hmatné známky žilního onemocnění
třída C1a/s	teleangiektazie nebo retikulární varixy
třída C2a/s	kmenové varixy
třída C3a/s	otok dolních končetin
třída C4a/s	kožní změny (např. pigmentace, žilní ekzém, lipodermatoskleróza)
třída C5a/s	kožní změny s vyhojeným vředem
třída C6a/s	kožní změny s aktivním vředem

a – asymptomatický, s – symptomatický

Tab. 2. Přehled perorálních venoaktivních léků v ČR [11].

Název	Složení	Dávkování
Aescin	escin 20 mg	3 × 1 denně
Antistax	extrakt folii vitis viniferae 180 mg	1 × 2 denně
Cyclo 3 Fort	ruscus 150 mg + hesperidin 150 mg + kyselina askorbová 100 mg	2 × 1 denně
Detralex	diosmin 450 mg + hesperidin 50 mg	1 × 2 denně
Doxium	kalcium dobesilát 500 mg	1–2 × 1 denně
Ginko Fort	ginkgo extrakt 14 mg + heptaminol 300 mg + troxerutin 300 mg	2 × 1 denně
Glyvenol	tribenosid 400 mg	2 × 1 denně
Reparil	escin 20 mg	3 × 1 denně
Venoruton	oxerutin 300 mg	3 × 1 denně

Palpačně zjišťujeme teplotu končetiny, tuhost povrchových žil, pulzace na periferii. Provádění funkčních turniketových testů (Trendelenburgův, Perthesův) je v dnešní době obsolentní a v běžné klinické praxi se rutinně neprovádí.

Ultrazvukové vyšetření má v posouzení anatomie a rozsahu závažnosti žilní insuficience zásadní postavení. Základem sonografického vyšetření je dvourozměrné (2D) zobrazení v kombinaci s barevným dopplerovským mapováním a pulzním dopplerem. Ultrazvukové vyšetření se provádí vždy před skleroterapií, chirurgickou léčbou, při přítomnosti bércových vředů, při netypických potížích a při podezření na jinou patologii (podkolenní cysty, uzliny, flebotrombźa, varikoflebitídy aj.) [11].

Pletysmografie žilního sytému (fotopletysmografie, pneumatická pletysmografie, tenzometrická pletysmografie a další varianty pletysmografie) je považovaná za doplňkovou metodu, hodnotí změny průtoku v tkáních při různých variantách zátěžových testů [11].

Léčba

Při výběru léčby chronické žilní nedostatečnosti vždy záleží na stadiu choroby a potížích nemocného. Cílem léčby je eliminovat nebo alespoň snížit žilní hypertenzi, která je ve většině případů způsobena refluxem a/nebo obstrukcí v žilním systému, nebo z důvodu selhání svalové pumpy při obezitě a nepohyblivosti dolních končetin.

Pouze intervenční léčba je schopná zrušit žilní reflux, a eliminovat tak žilní hypertenzi.

Léčbu varixů můžeme rozdělit na:

1. konzervativní,
2. skleroterapii,
3. chirurgickou a endovenózní termální ablaci (ETA).

Konzervativní léčba zahrnuje režimová opatření a medikamentózní léčbu.

Režimová opatření

Při polohování končetin do zvýšené polohy dojde k usnadnění žilní drenáže, poklesu žilního tlaku. Dietní opatření realizujeme s cílem redukce hmotnosti. Obezita je sama o sobě významným rizikovým faktorem pro vznik žilní nedostatečnosti. Pravidelná pohybová aktivita se správným zapojením svalově-žilní pumpy dolních končetin také účinně snižuje žilní tlak.

Kompresivní léčba je nedílnou součástí terapie žilních otoků.

Je prováděna pomocí bandážování pružnými obinadly a používáním kompresivních punčoch a návleků. Kompresivní léčba je kontraindikována u ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) III. a IV. stadia dle Fontaina. Další kontraindikaci představují otoky ze systémových příčin, zejména při městnavé srdeční slabosti, otoky při jaterní a renální insuficienci [12].

Medikamentózní léčba

Venoaktivní léky tvoří spolu s kompresivní terapií základ konzervativní léčby. Hlavní indikací jsou edémy a symptomy spojené s chronickou žilní nedostatečností [13]. Venoaktivní léčba není indikována u asymptomatických pacientů, neboť nezabraňuje vzniku ani progresi varixů dolních končetin [14]. Venofarmaka zlepšují žilní a lymfatický návrat, snižují tím žilní hypertenzi, mají pozitivní vliv na mikrocirkulaci, snižují viskozitu krve, agregabilitu erytrocytů, adhezi leukocytů k cévnímu endotelu, snižují propustnost kapilár, zvyšují nolytickou aktivitu krve a mají membránoprotektivní působení (tab. 2 a 3).

V roce 2014 byla publikována nová doporučení pro léčbu chronické žilní insuficience [15]. Došlo ke změně klasifikace vazoaktivních léků s ohledem na jejich bezpečnost a účinnost (tab. 4).

Podle složení jsou venoaktivní léky tříděny do čtyř hlavních kategorii [15,16]:

1. benzopyrony (např. mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce – MPFF, rutin, troxerutin, hesperidin, kumarin),
2. saponiny (např. ruscus aculeatus, escin),
3. rostlinné extrakty (např. ginkgo biloba, centella asiatica),
4. syntetické látky (např. tribenosid, kalcium dobesilát, benzaron, naftazon).

V praxi nejvíc užívaný Detralex zůstává jediným venoaktivním lékem se stupněm doporučení IB pro všechna stadia chronické žilní insuficience a je jako jediný indikován u léčby žilních bércových vředů.

proLékaře.cz | 20.4.2024

Tab. 3. Přehled lokálně aplikovaných venoaktivních přípravků.

Název	Složení	Dávkování
Heparoid	heparinoid	2–3× denně
Heparin AL	heparin 30 000 IU na 100 g	2–3× denně
Hirudoid	gykosaminoglykan 3 mg ve 100 g	několikrát denně
Lioton 1000	heparin 1000 IU v 1 g	2–3× denně
Venoruton	oxerutin 20 mg v 1 g	2× denně

Chirurgická léčba a skleroterapie

K odstranění refluxu v povrchových žilách lze v současné době použít klasickou operaci – ligaci a krosektomii v junkci (přerušení safény v místě ústí do hluboké žíly), striping (odstranění) kmene safény, endovenózní termální ablaci (ETA) safény (radiofrekvenční a laserovou) nebo chemickou okluzi (klasickou nebo pěnovou sklerotizaci) [18].

K terapii teleangiektazií, retikulárních a drobných uzlových varixů provádíme skleroterapii pomocí tekuté sklerotizační látky.

Endovenózní termální ablace je bezpečná, efektivní metoda v terapii safenózní inkompetence. Z důvodu nesporných výhod této metody, jako je redukce morbidity, zkrácení rekonvalescence a snížení bolestivosti, by měla být metoda ETA preferována před „klasickou" otevřenou chirurgií [19].

Závěr

Varixy povrchových žil dolních končetin jsou jedním ze stadia chronického žilního onemocnění. Obecně u mladé populace do 40 let má prevalenci kolem 35 %. Představuje to nejen estetický problém, ale i z důvodu nepříjemných symptomů výrazně zhoršují kvalitu života. Včasnou diagnostikou a léčbou lze tyto symptomy z větší části eliminovat. Kauzální léčbu představuje pouze radikální řešení.

Literatura

1. Yao JS. Varicose Veins. Asian J Surg 2003; 26(2): 59–61. doi: 10.1016/S1015-9584(09)60221-9.

2. Arnoldi CC. The aetiology of primary varicose veins. Dan Med Bull 1957; 4(3): 102–107.

3. Dodd H, Cockett FB. The pathology and surgery of the veins of the lower limbs. Edinburgh: E & S Livingston 1956.

4. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol 2005; 15(3): 175–184. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.05.015.

5. Musil D. Varixy a chronická žilní nedostatečnost. Med Pro Praxi 2001; 3(11): 526–530.

6. Fowkes FG, Lee AJ, Evans CJ et al. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. Int J Epidemiol 2001; 30(4): 846–852.

7. Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR et al. Risk indicators for varicose veins in fortyto sixty-year-olds in the Tampere varicose vein study. World J Surg 2002; 26(6): 648–651. doi: 10.1007/s00268-001-0283-1.

8. Boisseau MR. Chronic venous disease and the genetic influence. Phlebolymphology 2013; 21(2): 100–109.

9. Herman J. Varixy dolních končetin – diagnostika, léčba, recidiva. Med Pro Praxi 2010; 7(11): 420–422.

10. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs: a consensus statement. Phlebology 1995; 10: 42–45. Available at: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/026835559501000202.

11. Karetová D, Chochola M a kol. Vaskulární medicína. Praha: Maxdorf 2017.

12. Muchová I. Kompresivní terapie v angiologii. Doporučený postup České angiologické společnosti ČLS JEP 2017. Dostupné na: http://wp.interna-cz.eu/guidelines/angiologie.

13. Karetová D. Farmakologická léčba chronické žilní insuficience. Doporučené postupy České angiologické společnosti ČLS JEP 2017. Dostupné z: http://wp.interna-cz.eu/guidelines/angiologie.

Tab. 4. Nová klasifikace venoaktivních léků [17].

IB	MPFF
IIB	rutosidy
	kalcium dobesilát
	ruscus aculeatus
	aesculus hippocastanus
	vitis vinifera
IIC	ginkgo biloba
	diosminy

Třída doporučení: I – silné, II – slabé. Úrověň důkazů: A – data z více randomizovaných klinických studií, B – data z jedné randomizované studie nebo velkých nerandomizovaných studií, C – shoda názorů odborníků a/nebo malé studie, prospektivní studie, registry.
MPFF – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

14. Jungbeck C, Jungbeck C, Peterson K et al. A randomised controlled trial of micronised purified flavonoid fraction vs placebo in patients with chronic venous disease. Eur J Vasc Endovasc Surg 2002; 23(1): 73–76. doi: 10.1053/ejvs.2001.1531.

15. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs – guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2014; 33(2): 87–208.

16. Antignani PL. Medical treatment of chronic venous disease. SM J Pharmac Ther 2017; 3(1): 1015.

17. Slonková V. Nová klasifikace venoaktivních léků. Dermatol praxi 2016; 10(4): 178–180.

18. Musil D. Moderní léčba chronického žilního onemocnění. Dermatol praxi 2013; 7(1): 21–25.

19. Gloviczki P, Gloviczki ML. Guidelines for the management of varicose veins. Phlebology 2012; 27 (Suppl 1): 2–9. doi: 10.1258/phleb.2012.012S28.

Doručeno do redakce: 11. 5. 2018
Přijato po recenzi: 21. 5. 2018

MUDr. František Kováčik
www.fnol.cz
fkovacik@seznam.cz