

Leczenie zabiegowe żylaków kończyn dolnej za pomocą miniflebektomii

Stwierdzone u Pana/Pani żylaki kończyn dolnych są wskazaniem do operacji. Jako sposób leczenia wybrano metodę miniflebektomii. Proszę się zapoznać z treścią informacji przedstawiającej wskazania i zakres planowanego zabiegu, jego przebieg i możliwe powikłania. Informacje te mają Pani/Panu pomóc w podjęciu decyzji o leczeniu operacyjnym lub odmowie.

Zabieg ambulatoryjnego usuwania żylaków z dostępu przez małe cięcia (1-2mm) przy pomocy specjalnego haczyka, tzw. miniflebektomii, został opisany przez Müllera w 1966 roku. Jednak pierwsze opisy podobnych zabiegów sporządzone przez Celsusa pojawiły się już na przełomie naszej ery. Metoda ta ze względu na małą inwazyjność oraz możliwość stosowania w warunkach gabinetów zabiegowych stała się alternatywnym, obok skleroterapii i laseroterapii, sposobem ambulatoryjnego leczenia żylaków kończyn dolnych. Łączy ona ze sobą elementy chirurgii oraz skleroterapii, będąc jednocześnie pozbawioną ich wad. Zazwyczaj stosowana jest jako leczenie uzupełniające procedury chirurgiczne lub wewnątrżylne oraz jako leczenie wstępne przed skleroterapią lub laseroterapią żył siatkowatych i pajęczków. Znajduje również zastosowanie jako metoda samodzielna gdy osiowe żyły powierzchowne są wydolne i nie wymagają interwencji chirurgicznej. Miniflebektomię można zastosować w przypadku niemal wszystkich żylaków kończyn dolnych, pod warunkiem drożności układu żył głębokich i wydolności ujścia i pni żył pniowych (żyła odpiszczeniowa, odstrzałkowa). Technika ta znajduje szczególne uznanie u osób starszych, obciążonych innymi schorzeniami jak również w przypadku żylaków niedostępnych dla innych metod. Niewątpliwą korzyścią stosowania tej metody jest uniknięcie hospitalizacji, stałe kontynuowanie aktywności zawodowej oraz dyskretny charakter pozostających blizn. Bezwzględnym przeciwwskazaniem jest zakrzepica układu głębokiego oraz niewydolność ujścia żył ostialnych. Drobne nacięcia skóry pozwalają na uzyskanie dużo lepszego efektu kosmetycznego niż stosowane w tradycyjnej chirurgii nacięcia. Ponadto, przy odpowiednio szerokim naczyniu stanowi korzystną alternatywę dla skleroterapii, powodując definitywne usunięcie żylaka, bez niebezpieczeństwa pozostawienia zmian martwiczych, czy też stałych przebarwień. Miniflebektomia wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym, nasiękowym, tzw. tumescencji. Do znieczulenia wykorzystuje się „roztwór Klaina”, który pozwala na bezbolesne przeprowadzenie operacji, ograniczenie możliwości infekcji i powstawania krwaków przy długim (kilku-, kilkunastogodzinnym) utrzymywaniu się działania znieczulającego a następnie przeciwbólowego.

Przed kwalifikacją do zabiegu operacyjnego konieczna jest dokładna diagnostyka USG Doppler układu żylnego. Pozwala ona na prawidłowe zaplanowanie leczenia i ograniczy możliwość wystąpienia powikłań, w tym nawrotów żylaków. Wykonanie innych badań jedynie wyjątkowo jest konieczne i zalecanie jest indywidualnie.

Wskazaniem do miniflebektomii są: żylaki głównych pni żylnych (poza takimi, które powstały na skutek niewydolności ujścia żył ostialnych), żylaki dodatkowych pni żylnych, żylaki pozostałe po wcześniejszym zaopatrzeniu żył ostialnych (GSV, SSV), żylaki nawrotowe, żyły siatkowate, żylakowatość krocza, poszerzone żyły grzbietu stopy, żyły przeszywające (perforatory) „perły żylakowe”.

Prawidłowa kwalifikacja, odpowiednia technika chirurgiczna oraz postępowanie pooperacyjne minimalizuje ewentualną możliwość wystąpienia powikłań, które jeżeli się pojawią i tak są zazwyczaj łagodne.

Najczęstsze powikłania miniflebektomii sposobem Müllera (Varady'ego)

- Powikłania skórne: wypryski, przebarwienia lub odbarwienia, miejscowa infekcja, blizna, „tatuaz”, miejscowa martwica skóry, zgrubienia w miejscu nacięć.
- Powikłania naczyniowe: krwawienia z ran, krwiaki w miejscu operowanym, zakrzepica żył powierzchownych lub głębokich, wyciek chłonki, torbiele chłonne, *matting* (powstawanie nowych zmian naczyniowych o charakterze teleangiektazji), nawrót żylaków.
- Powikłania neurologiczne: uszkodzenie nerwów skórnych (zazwyczaj przejściowa przeczulica lub osłabienie czucia w niewielkich obszarach skóry miejsc operowanych), powstanie nerwiaków.
- Powikłania ogólne: omdlenia, reakcja alergiczna na leki.

Przygotowanie do zabiegu

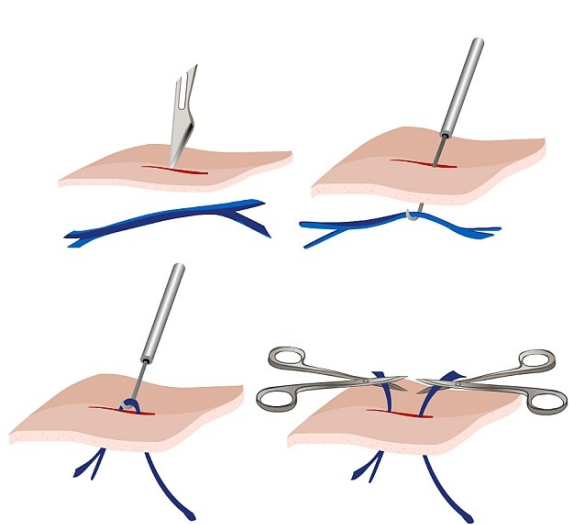
1. Nie spożywać posiłków na około 4 godziny przed wyznaczoną godziną zabiegu.
2. Ostatnie płyny powinno się przyjmować nie krócej niż 1 godzinę przed zabiegiem.
3. Krótko przed zabiegiem należy usunąć owłosienie z nogi za pomocą golenia.
4. Ostatnią kąpiel należy wziąć krótko przed zabiegiem.
5. Zaleca się spędzenie około 30 minut przed zabiegiem w pozycji stojącej. Ułatwi to mapowanie (oznaczenie) żylaków i miejsc gdzie zostaną wykonane nacięcia.
6. W przypadku stosowania leków rozrzedzających krew należy o tym poinformować lekarza już podczas planowania zabiegu. Do rozważenia jest odstawienie tych leków lub zamiana na heparyny drobnocząsteczkowe.

Technika zabiegu

1. Zabieg odbywa się w znieczuleniu miejscowym. Używając roztworu Kleina (lignocaina, adrenalina, dwuwęglan sodu, sól fizjologiczna) poprzez nakłucie wykonuje się znieczulenie tumescencyjne okolicy zmienionej żyły i miejsca nacięcia.
2. Nożem chirurgicznym lub igłą wykonuje się nacięcie 1-2mm nad zmienionym żylakowato naczyniem a następnie przy pomocy specjalnego „szydełka” lub haczyka (Varady’ego), po wcześniejszym odklejeniu żylaka od tkanek otaczających usuwa się go.
3. Krótkotrwałą ucisk w miejscu nakłucia zmniejsza powstawanie krwiaków.
4. W ten sposób postępuje się we wszystkich miejscach, które zostały oznaczone do interwencji.
5. Rany przemywa się i dezynfekuje.
6. Zazwyczaj nie ma konieczności zakładania szwów, czasami stosowane są steri-stripy (plasterki), celem zbliżenia brzegów.



Ryc. Narzędzia i technika miniflebektomii



U starszych osób blizny są niewidoczne w bardzo krótkim okresie po zabiegu, natomiast u osób młodszych w okresie kilku miesięcy.

Zalecenia po zabiegu

1. Bezpośrednio po zabiegu zakładana jest odpowiednio dobrana i wcześniej przygotowana pończocha o odpowiednim ucisku.
2. Przed wyjściem do domu zaleca się pozostanie w gabinecie, pod kontrolą przez około 30 min.
3. Bezpośrednio po zabiegu nie zaleca się prowadzenia samochodu.
4. Pierwsze zmiany opatrunków powinny się odbyć 24-72 godzin po zabiegu operacyjnym, a tylko wyjątkowo, szybciej.
5. W pierwszym okresie pooperacyjnym można stosować środki przeciwbólowe takie jak np. Paracetamol lecz zazwyczaj nie ma takiej konieczności.

6. Pierwsza kąpiel operowanej kończyny powinna się odbyć około 48 godzin po zabiegu operacyjnym. Kończynę należy dokładnie umyć wodą z mydłem, osuszyć a następnie rany zdezynfekować (np. Octenisept, Microdacin).
7. Przez okres 3 tygodni konieczne jest noszenie odpowiednio dobranych pończoch (5-7 dni bez zdejmowania na noc).
8. Zaleca się codzienne spacerowanie przez około godzinę dziennie oraz normalną aktywność fizyczną.
9. Przez około 14 dni należy unikać gorących kąpiel, sauny, dużych obciążeń, wysokiego unoszenia kończyn.
10. Pierwsza wizyta kontrolna powinna odbyć się w okresie 7-14 dni od zabiegu.
11. W razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów konieczny jest kontakt z lekarzem wykonującym zabieg.
12. Jedynie pacjenci wykonujący specyficzny zawód związany ze znacznym wysiłkiem fizycznym bądź z długotrwałym siedzeniem lub pracą w wysokich temperaturach mogą wymagać zwolnienia lekarskiego. U pozostałych, zazwyczaj nie ma takiej konieczności. W indywidualnie określonych przypadkach zaleca się kilkudniowy odpoczynek domowy.
13. **Zachowanie normalnej aktywności fizycznej (intensywne chodzenie i ruch) jest najlepszą sposobem i najbardziej naturalną metodą zapobiegania ewentualnym powikłaniom pooperacyjnym.**

Efekty zabiegu, rokowanie

Wynik leczenia jest sumą wielu czynników: właściwej kwalifikacji do zabiegu, wykonania zabiegu, wystąpienia zdarzeń niepożądanych a także postępowania pacjenta po zabiegu, czyli przestrzegania zaleceń lekarskich. Mimo, że leczenie żylaków ma znaczenie zarówno zdrowotne jak i estetyczne, pacjent musi sobie uświadomić, że leczenie żylaków kończyn dolnych jest przede wszystkim leczeniem objawowym. Oznacza to że nie istnieją zabiegi, które mogłyby wyleczyć samą pierwotną przyczynę powstania tej choroby, czyli predyspozycji pacjenta do wystąpienia objawów niewydolności żylną. Zabieg usunięcia żylaków, bez względu na wykorzystaną technikę (ablacja termiczna, ablacja chemiczna, miniflebektomia) nie zapobiegnie wystąpieniu niewydolności innego naczynia żylnego w przyszłości, jeśli chory ma takie predyspozycje.

U większości chorych po zabiegu możemy spodziewać się zmniejszenia dolegliwości, takich jak bóle, uczucie ciężkości, skurcze nocne. Z drugiej strony część objawów przedmiotowych, szczególnie utrwalonych takich, jak obrzęki czy zmiany troficzne skóry mogą pozostać bez zmian. Pacjent powinien zaakceptować fakt, że w operowanej kończynie mogą wystąpić objawy niepożądane,

w szczególności krwiaki, podbiegnięcia krwawe, przebarwienia skóry, zaburzenia czucia czy ból. Ostateczny efekt zabiegu widoczny będzie dopiero po wygojeniu tych zmian. Choroby żył kończyn dolnych takie jak żylaki czy przewlekła niewydolność żylna mają charakter przewlekły i postępujący. Stąd też w przyszłości pojawić się mogą (ale nie muszą) kolejne żylaki zarówno w innych okolicach, jak i w okolicy operowanej. Nie sposób przewidzieć u kogo i w jaki sposób rozwinie się choroba oraz w jakim czasie będzie postępować. W przypadku kwalifikacji do leczenia zabiegowego nie należy zastępować zabiegu innymi formami leczenia (np. farmakoterapią). W większości zabiegów udaje się osiągnąć dobry efekt leczniczy i estetyczny. Nie zapobiega to, jak wspomniano pojawieniu się niewydolności kolejnych naczyń żylnych w przyszłości. Obserwacje te skłaniają do pozostawania pod opieką lekarską i okresowych kontroli stanu kończyn u wszystkich chorych kwalifikowanych i poddanych leczeniu. W przypadku pojawienia się nowych żylaków czy też nawrotu żylaków w miejscach operowanych konieczne mogą być kolejne zabiegi.

Niezależnie od proponowanego sposobu leczenia i znieczulenia, prosimy Panią/ Pana o udzielenie odpowiedzi na pytania:

- Czy jest Pan/Pani uczulona lub nadmiernie reaguje na leki, środki znieczulające (np. w trakcie poprzednich zabiegów operacyjnych lub też podawania znieczulenia przy zabiegach stomatologicznych)?
- Czy występuje uczulenie na plaster, gumę, lateks lub jakiekolwiek inne materiały?
- Czy występowała u Pani/Pana zakrzepica żylna lub zatorowość płucna?
- Czy występują u Pani/Pana jakieś infekcje (w tym infekcje skóry)?
- Czy występuje u Pani/Pan skłonność do przedłużonego lub nadmiernego krwawienia (np. po ekstrakcji zęba, po skaleczeniu się), bądź też skłonność do samoistnych krwawień?
- Czy rany po zabiegach lub rany w wyniku skaleczeń goją się prawidłowo?
- Czy przyjmuje Pani/Pan leki, również te, które można zakupić bez recepty?
- Czy jest Pani w ciąży lub też podejrzewa, że takie prawdopodobieństwo istnieje?
- Czy choruje Pani/Pan na choroby zakaźne np. wirusowe zapalenie wątroby?
- Czy w przypadku wcześniejszych zabiegów występowały jakieś powikłania?

Jesli odpowiedz na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, należy poinformować o tym lekarza prowadzącego. Brak tego rodzaju informacji lub jej zatajenie może mieć negatywny wpływ na ostateczny wynik zabiegu oraz zwiększyć ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami może Pani/Pan przygotować sobie pytania i zadać lekarzowi prowadzącemu, aby rozwiązać wspólnie wszelkie wątpliwości, niejasności dotyczące planowanego leczenia jak również możliwych powikłań, co umożliwi podjęcie świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania terapeutycznego.