

Podstawowe techniki chirurgiczne w leczeniu żylaków

DEREŃ Karolina

ŻYŁAK

- (łac. *varix*) – nadmierne rozszerzenie żyły, mogące powodować pękanie ścianek żył i owrzodzenia.
- Jest jednym z objawów przewlekłej niewydolności żyłnej
- Występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, zazwyczaj po 40 roku życia.



Cel usunięcia operacyjnego żyłaków

- Usunięcie żyłaków- zamyka żyłę przeszywającą (przetokę) i blokuje refluks żylny. Zablokowanie refluksu z układu żył głębokich poprzez żyłę przeszywającą (przetokę) do żyłaków przywraca ruch krwi „do góry” do serca. Zabieg najczęściej dotyczy połączeń odpiszczelowo-udowych lub odstrzałkowo-podkolanowych, żył przeszywających (perforatorów) ud i podudzi, żył miednicy.

Diagnoza przed operacją

- Zalecanym badaniem układu żylnego jest badanie obrazowe - USG-Doppler z kolorową wizualizacją. Badanie to umożliwia precyzyjny ogląd żył ze względu na ich możliwe uszkodzenia. Jest ponadto nieobciążające dla chorego. Badania te pozwalają na całościową ocenę żył, diagnostykę patologii i podjęcie prawidłowej decyzji odnośnie strategii postępowania terapeutycznego



Metody operacyjne

- - metoda Van der Strichta
- - tzw stripping (tzw. PIN stripping)
- - metoda Mullera, Varadyego - tzw. phlebectomia m. Muller
- - endoskopowe podpowięziowe „klipsowanie” niewydolnych perforatorów
- - usuwanie żył przeszywających
- - podwiązywanie pnia żylnego powyżej i poniżej perforatora
- - metoda SAVAS (crossectomia i obliteracja żyły odpiszczelowej, przecięcie perforatorów, wycięcie żyłaków
- - kriostripping i krioobliteracja

Znieczulenie

- Znieczulenie miejscowe polega na zablokowaniu nerwu udowego. Po wykonaniu dodatkowo kilku nakłuć znieczulających możliwe staje się wykonanie zabiegu. Trwa on około godziny. Po dwóch godzinach pacjent może pójść do domu. Zazwyczaj podczas zabiegu ambulatoryjnego chirurg ogranicza się do operacji jednej nogi. Zmniejsza to ból operacyjny i skraca czas trwania zabiegu.

Technika klasyczna – safenektomia, czyli stripping

- Stripping – technika nazwana nazwiskiem twórcy metody to wyrwanie głównych pni żył powierzchownych. Zabieg dokonuje się w przypadku niewydolności zastawek żylnych i naczyń przeszywających. Chirurg dokonuje dwu nacięć, jednego w pachwinie, drugiego w okolicy kostki. Następnie wprowadza do żyły odpiszczelowej przez niewielkie nacięcie w pachwinie instrumentu - stripper - o kształcie cienkiego kabla lub nitki i przesuwają go do poziomu kostki, gdzie wychodzi na zewnątrz przez drugie małe nacięcie. Następnie przymocowuje się stripper do końca żyły zmienionej chorobowo. Żyłę tę wyciąga się w różny sposób, albo powodując jej ściśnięcie na kształt harmonijki) (stripping klasyczny), albo wynicowując powierzchnię wewnętrzną na zewnątrz. Wbrew drastyczności opisu jest to zabieg z reguły mało bolesny. Wymaga krótkiej hospitalizacji, w trakcie której pacjent szybko zaczyna chodzić. Po operacji zostają drobne, nieszpecące blizny.

Chirurgia endoskopowa żył

- Endoskop to wziernik optyczny w kształcie cienkiej giętkiej rurki umożliwiający doprowadzenie światła oraz optyki do wnętrza ciała i oglądanie na ekranie komputera trudno dostępnych struktur. Wprowadzone w latach 90-tych narzędzia chirurgiczne oparte na endoskopii pozwalają przy pomocy zminiaturyzowanej elektroniki nie tylko na transmisję video przez mikrokamery na ekran monitora telewizyjnego, ale i na mikrooperację. Do endoskopu stosowanego w chirurgii żyłaków dołączane są bowiem mikronarzędzia chirurgiczne.

Naprawa zastawek żylnych

- Czasami można wykonać naprawę uszkodzenia zastawek żylnych. Przykładowo niewydolność lub brak zastawek w żyłę udową lub podkolanową może wymagać ich rekonstrukcji. Zabiegi te są trudne i wymagają dużego doświadczenia chirurga wyspecjalizowanego w ich przeprowadzaniu. Niedrożność lub niewydolność całych odcinków żył głębokich może wymagać skomplikowanych operacji naprawczych np. przesunięcia odcinków żył lub pomostowania (tzw. bypass'ów).

Podwiązanie, przecięcie lub zamknięcie żył przeszywających

- Często powodem żylaków może być uszkodzenie zastawek naczyń łączących żyły powierzchowne i głębokie - tzw. żył przeszywających (lub przetok żylnych). W takich przypadkach należy rozdzielić oba układy żyłne poprzez podwiązanie żył przeszywających, przecięcie lub zamknięcie. Obecnie wykonuje się zabieg małoinwazyjnymi metodami video-endoskopowymi – np. typu SEPS, z minimalnym około 10 mm cięciem na łydce. Zabieg odbywa się podskórnym z użyciem specjalnej bipolarnej chirurgii minimalno-inwazyjnej, która usuwa żylaki poprzez koagulację mikroprądem lub nożem ultradźwiękowym. Dzięki temu zmniejsza się inwazyjność zabiegu, a zwiększa się jego precyzję.

Jak przebiega operacja

- Znieczulenie
- Choremu wykonuje się na ogół dwa cięcia: jedno w pachwinie (w przypadku niewydolności żyły odpiszczelowej) lub pod kolanem (w przypadku niewydolności żyły odstrzałkowej), drugie - nad kostką lub w połowie łydki. Po wykonaniu nacięcia niewydolna żyła jest usuwana, a połączone z nią mniejsze obwodnice podwiązywane. Najmniejsze nacięcia długości kilku milimetrów pozostają bez szwów, co daje świetny efekt kosmetyczny. Na większe rany nakładane są pojedyncze cienkie szwy lub wręcz plastry adhezyjne. Zdejmowane są one po około 10 dniach po zabiegu. Po operacji w miejscach usunięcia żył pojawiają się krwiaki, które mogą się utrzymać przez 2 miesiące.

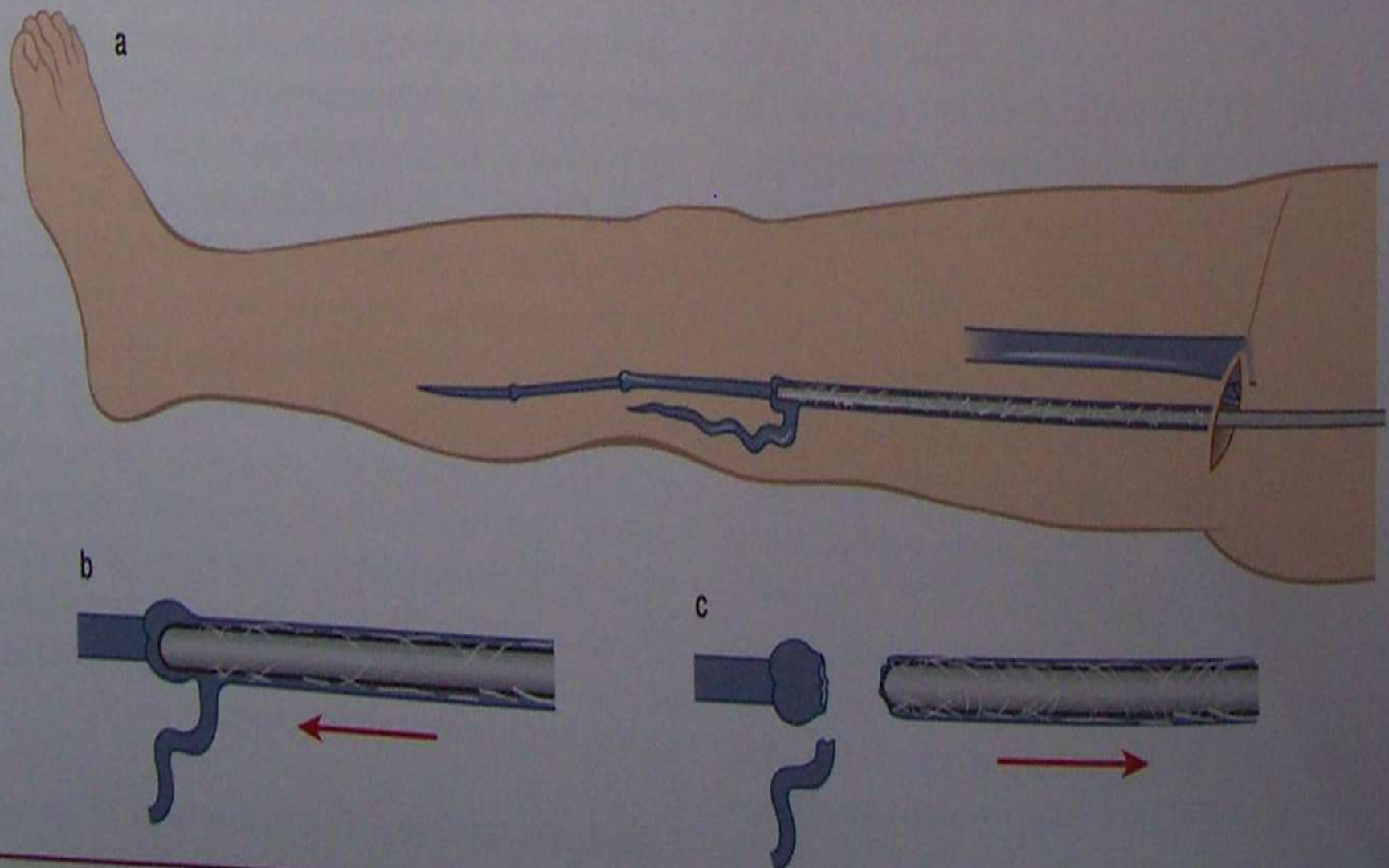
Powikłania

- Po zabiegu sporadycznie zdarza się zakażenie rany (głównie w przypadku wykonywania zabiegu pacjentom z otwartymi owrzodzeniami), przez pewien czas utrzymają się krwiaki, może pojawić się obrzęk (uszkodzenie układu limfatycznego). Możliwe jest także wystąpienie zakrzepowego zapalenia żył. Uszkodzenia nerwu piszczelowego i jego odgałęzień można uniknąć.
- Zdarza się, że nawet po podwiązaniu wszystkich obocznic u pacjenta nastąpi neowaskularyzacja, czyli zjawisko tworzenia się nowych naczyń, które mogą przerodzić się w żylaki. Nie stwarzają one jednak zagrożenia chorobami zakrzepowymi i mogą zostać zlikwidowane w bardzo prosty sposób przez nastrzyknięcie.





Ryc. 9-25. Dystalny punkt niewydolności w przypadku żyłaków pniowych. a Rysunek poglądowy. Poszerzona żyłakowato bocznicą odchodzi bezpośrednio nad wydolną zastawką (—→). b Preparat operacyjny. Wyraźnie zaznaczone płatki wydolnej zastawki żyłnej (—→). Ujście zmienionej żyłakowato bocznicy w zatoce zastawki (↑—→).



Ryc. 9-46. Kriostripping. Wprowadzenie kriosondy (a), zamrożenie żyły w okolicy dystalnego punktu niewydolności (b) i stripping inwaginacyjny w kierunku dośrodkowym (c).