

Řešení výdutě podkolenní tepny

Výduť je ohraničené rozšíření tepny alespoň o polovinu jejího průměru. Vzniká nejčastěji oslabením stěny cévy vlivem aterosklerózy v kombinaci s působením vysokého krevního tlaku, v oblasti kolene pak zřejmě i vlivem ohýbání tepny při chůzi. Výduť podkolenní tepny je nebezpečná tím, že krevní sraženiny, které se na její stěně vytvářejí, mohou být krevním proudem zaneseny do bérceových tepen (tzv. embolizace) a dojde k nedokrvení končetiny. Zprůchodnění bérceových tepen může být problematické. Proto se klade důraz na včasný záchyt a včasné řešení výdutě. Méně často dochází k úplnému uzávěru výdutě krevní sraženinou. Prasknutí výdutě podkolenní tepny je vzácné.

Výduť může být klinicky bezpříznaková, je pak zjištěna náhodně při vyšetřování např. kolene z jiného důvodu, nebo je po ní cíleně pátráno, pokud má nemocný výduť v jiné lokalizaci, např. na břišní aortě, protože někteří nemocní mohou mít výdutě ve více lokalizacích tepenného systému. Vždy se vyšetří i druhostranná končetina, protože výduť podkolenní tepny může být oboustranná. Velké výdutě mohou působit obtíže z útlaku okolních struktur, např. hlubokou žilní trombózu útlakem podkolenní žíly nebo bolesti či mravenčení útlakem nervu.

K rozhodnutí o typu léčby potřebuje cévní chirurg zobrazení tepenného systému dolních končetin pomocí vyšetření s kontrastní látkou, tedy tzv. angiografii pomocí počítačové tomografie nebo magnetické rezonance.

K řešení jsou indikovány výdutě o velikosti **nad 2 cm**, event. i menší, pokud obsahují nástěnné krevní sraženiny. Při klasické operaci je podkolenní tepna nad a pod výdutí podvázána a zásobení končetiny krví je zajištěno bypassesem z povrchové žíly nemocného nebo z umělé cévní protézy, která se na tepnu napojí nad a pod podvázanou výdutí. Velká výduť stlačující okolí struktury se odstraňuje celá a konce tepny se propojí opět žilou nebo umělou cévní protézou. V případě, kdy došlo k embolizaci nástěnných krevních sraženin do bérceových tepen, je operace z důvodu nedokrvení končetiny akutní. V tomto případě je součástí operačního výkonu nejprve zprůchodnění bérceových tepen, často za účasti intervenčního radiologa – vytažení sraženin, jejich odsátí nebo rozpuštění. Bohužel se v některých případech stane, že bérceové tepny se nepodaří v dostatečném rozsahu zprůchodnit a nemocný může skončit i amputací končetiny. V případě uzávěru samotné výdutě a dobrém stavu bérceových tepen je buď provedena výše popsaná bypassová operace nebo náhrada výdutě, záleží ale i na výkonnosti končetiny. Často se vyvine dostatečně silný boční oběh, nemocný není tedy v chůzi zásadně omezen, operace se pak neprovádí. Kompletně uzavřená výduť není pod přímým krevním tokem, a proto embolizace do bérceových tepen nehrozí.

Druhou možností řešení je tzv. endovaskulární léčba, při které je výduť vyztužena zevnitř pomocí tzv. stentgraftu (stent pokrytý umělou cévní protézou) zavedeného přes tepnu v třísle. Předpokladem jsou vhodné morfologické poměry výdutě a tepen končetiny.

II. chirurgická klinika FNO provádí ve spolupráci s Radiologickou klinikou obě uvedené metody na vysoké úrovni a s minimem komplikací.



(fotografie z archívu II. chirurgické kliniky FNO)