Aortobifemorální bypass

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je onemocnění, při kterém se do dolních končetin nedostává dostatek kyslíku a živin potřebných k jejich správné funkci a tkáně trpí nedokrvením (ischemií). Nemocní pociťují svíravou bolest dolních končetin (tzv. klaudikační bolest) poté, co ujdou určitou vzdálenost (tzv. klaudikační interval). Později bolesti vznikají i v klidu, na prstech se objevují defekty a nemocní jsou ohroženi odumřením tkáně a ztrátou končetiny nebo její části. Nejčastější příčinou je ateroskleróza.

Pokud je aterosklerotickým uzávěrem nebo významnými zúženími postiženo větvení břišní aorty na dvě pánevní tepny (tzv. bifurkace) nebo jsou postiženy pánevní tepny a nemocný má významné obtíže (je klaudikačními bolestmi limitován, má klidové bolesti nebo defekty na dolních končetinách) pak je intervence indikována. Delší uzávěry a mnohočetná zúžení nejsou zpravidla řešitelné intervenčně radiologicky (balónková angioplastika) a u nemocného je indikován aortobifemorální bypass. Uvedené postižení se předoperačně zjistí pomocí kontrastního vyšetření tepen dolních končetin, tzv. angiografií pomocí magnetické rezonance nebo počítačové tomografie. Před vlastním výkonem je nutné vyšetření internistou a anesteziologem, zda nemocný může tento, pro jeho krevní oběh do určité míry zatěžující výkon, podstoupit. Pokud je tento výkon pro nemocného příliš rizikový, je v některých případech možný jiný typ bypassu event. v kombinaci s balónkovou angioplastikou nebo pouze léčba konservativní.

Při operaci jsou z řezu v tříslech vypreparovány stehenní tepny a jejich větvení, následně je otevřena dutina břišní a vypreparován úsek břišní aorty mezi odstupem ledvinných tepen a bifurkací aorty. Po podání heparinu do žíly nemocného k zabránění tvorby krevních sraženin je břišní aorta zasvorkována a proveden řez na její přední stěně. Vlastní bypass je vytvořen umělou cévní protézou a je tvaru obráceného „Y“. Tělo této náhrady se přišije ke stěně břišní aorty. Její raménka se pak stáhnou podél vlastních pánevních tepen do třísel kde se po zasvorkování tříselných tepen tyto otevřou a konce ramének se na ně přišijí. Po sejmutí svorek je umožněn tok bypassem do tepen dolních končetin. Působení heparinu se většinou alespoň částečně ruší jiným lékem. Součástí výkonu bývá také často odstranění aterosklerotického plátu ze tříselných tepen nebo z břišní aorty. Dutina břišní a operační rány v tříslech se uzavírají stehem s drény, které odvádějí zbytkovou krev a odstraňují se obvykle do 48 hodin po výkonu. Nemocný je v prvních dnech sledován na jednotce intenzivní péče a následně na standartním lůžku. Při nekomplikovaném průběhu je propuštěn domů přibližně za týden. Nemocný

pak trvale užívá léky na ředění krve ev. i na snižování cholesterolu v krvi a dbá na dostatečný přísun tekutin. Kuřáci mají zákaz kouření. Nemocní jsou doživotně sledováni v cévní poradně.

Mezi časné komplikace patří krvácení nebo uzávěr bypassu krevní sraženinou. Řeší se chirurgicky. V třísle se může objevit lymfatická píštěl (tok mízy z rány ven). Pokud se nezhojí konservativně, řeší se chirurgicky. V pozdějším období se může objevit opět uzávěr bypassu krevní sraženinou. Nepříjemnou, naštěstí méně častou, většinou pozdní komplikací je infekce bypassu. Bypass se operačně vyjme a nahradí novým bypassem, event. vedeným jinudy.

Na II. chirurgické klinice Fakultní nemocnice Olomouc (cévně transplantační) je aortobifemorální bypass rutinně prováděn s dobrými výsledky a minimem komplikací.