

Femoropopliteální bypass a subintimální rekanalizace

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je onemocnění, při kterém se do dolních končetin nedostává dostatek kyslíku a živin potřebných k jejich správné funkci a tkáň trpí nedokrvěním (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 tkáňe a ztrátou končetiny nebo její části. Nejčastější příčinou je ateroskleróza.

U nemocných s aterosklerotickým uzávěrem povrchní stehenní tepny, ale s dobrým nálezem na podkolenní tepně, je při významných obtížích (nemocný je klaudikačními bolestmi limitován, má klidové bolesti nebo defekty na dolní končetině) indikován nadkolenní femoropopliteální bypass. S ohledem k horší dlouhodobé průchodnosti podkolenních femoropopliteálních bypassů (na podkolenní tepnu se napojují až pod kolenem) je tento indikován pouze u nemocných s defekty či klidovými bolestmi končetiny, výjimečně u nemocných s velmi krátkým klaudikačním intervalem. Zbylí nemocní jsou léčeni konzervativně.

Postižení se předoperačně zjistí pomocí kontrastního vyšetření tepen dolních končetin, tzv. angiografií pomocí magnetické rezonance nebo počítačové tomografie.

Při operaci je z řezu nad event. pod kolenem vypreparována podkolenní tepna, v třísele pak stehenní tepna a její větvení. Po podání heparinu do žíly nemocného k zabránění tvorby krevních sraženin je stehenní tepna v třísele a podkolenní tepna zasvorkována a otevřena řezem. K bypassu je možné využít vlastní povrchovou žílu nemocného odebranou většinou ze stehna stejnostranné končetiny, v případě že tato není vhodná nebo není k dispozici, pak umělou cévní protézu. Bypass se protáhne vytvořeným kanálem ve stehně a konce bypassu se přišijí ke stehenní a podkolenní tepně. Po sejmutí svorek je umožněn tok bypassem do periferie končetiny. Působení heparinu se dle potřeby ruší částečně či úplně jiným lékem. Operační rány 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 třísele se může objevit lymfatická píštěl (tok mízy z rány ven). Pokud se nezhojí konzervativně, řeší

se chirurgicky. V pozdějším období se může objevit opět uzávěr bypassu krevní sraženinou. Nepříjemnou, naštěstí méně častou, většinou pozdní komplikací je infekce bypassu s využitím umělé cévní protézy. Bypass se operačně vyjme, a pokud je to nutné, pak se nahradí novým bypassem, nejlépe žilním.

U těžce nemocných či u pacientů nevhodných k chirurgické léčbě je alternativou femoropopliteálního bypassu tzv. subintimální rekanalizace. Jedná se o intervenčně radiologickou metodu, při níž je v místním umrtvení třísla vytvořeno v uzavřené tepně nové lumen. Ne vždy je však technicky možné tepnu rekanalizovat .

Na II. chirurgické(cévně transplantační) a Radiologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc jsou femoropopliteální bypass a subintimální rekanalizace rutinně prováděny s dobrými výsledky a minimem komplikací.