

FLEBOLOGIA

Iwona Kazimierska

Pacjent z przewlekłą chorobą żylną w gabinecie lekarza POZ

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ) zdecydowanie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Żylaki zwiększają je aż 6-krotnie. Osoby z PNŻ wymagają większej czujności w profilaktyce żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Konieczne jest leczenie PNŻ we wczesnych stadiach, przed wystąpieniem powikłań.

– Przewlekła niewydolność żylna przenika się z ŻChZZ na płaszczyźnie patofizjologii, profilaktyki i leczenia – mówi prof. dr hab. n. med. Dariusz Janczak, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zaczyna się od teleangiektazji

Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych najczęściej jest wynikiem uszkodzenia zastawek lub osłabienia ścian żył z wtórną niedomykalnością zastawek, co powoduje cofanie się krwi w kierunku obwodowym, czyli tzw. refluks żylny. W efekcie nadmiar cofającej się krwi prowadzi do nadciśnienia w układzie żylnym i ostatecznie do zaburzeń strukturalnych i czynnościowych w mikrokrążeniu. Powstaje przewlekła reakcja zapalna wynikająca z zaczopowania włóściczków leukocytami, czyli tzw. pułapka leukocytarna (prowadząca do przemieszczenia leukocytów poza ścianę włóściczków i wywołująca stan zapalny w dotkniętym tym procesem obszarze, np. skórze), mankiet fibrynowy (odkładanie się płytek fibrynowych wokół naczyń włosowatych, co pogłębia i tak już upośledzone odżywienie i utlenowanie zaopatrywanych tkanek). Całości dopełnia obraz stanu zapalnego z aktywacją chemokin, cytokin i enzymów proteolitycznych pogłębiających uszkodzenie.

Klasyczne objawy kliniczne PNŻ to uczucie ciężkości, ból, pieczenie, świąd, obrzęk kończyn.



fot. uskwiroc.pl

”

prof. Dariusz Janczak: *Sulodeksyd działa na trzy składowe triady Virchowa: przeciwzakrzepowo, regenerująco na śródbłonek naczyń, normalizująco na parametry lepkości krwi. Dlatego jest to lek, który w PNŻ i przedłużonej profilaktyce przeciwzakrzepowej ma ustaloną pozycję*

Zabiegi małoinwazyjne, farmakoterapia, kompresjoterapia

Najważniejsza jest profilaktyka, ale jeżeli jej nie było albo była nieskuteczna, jest kilka metod leczenia PNŻ – zabiegi małoinwazyjne, kompresjoterapia, farmakoterapia, rehabilitacja.

– Leczenie małoinwazyjne PNŻ ma szczególne znaczenie. W przypadku niewydolności zastawkowej, kiedy pojawia się nadciśnienie, powinien być wykonany zabieg wewnątrznaczyniowej ablacji – laserowej, parą wodną lub innymi technikami. Likwidacja niewydolnych powierzchownych żył zmienia zupełnie przepływ krwi i przyczynia się do gojenia owrzodzeń. Ablacja wewnątrzżylna, skleroterapia, miniflebektomia powinny być wykonywane jeszcze przed pojawieniem się ciężkich objawów – wyjaśnia prof. Dariusz Janczak.

Jeśli chodzi o farmakoterapię objawów PNŻ, jest wiele leków powszechnie dostępnych, nazywanych lekami flebotropowymi, których głównym zadaniem jest znoszenie objawów subiektywnych i zwykle w mniejszym stopniu obiektywnych. Odrębną grupą leków stosowaną u chorych z przebytą zakrzepicą żylną są m.in. nowe doustne antykoagulanty (*novel oral anticoagulants* – NOAC),

Zaczyna się niewinnie – od teleangiektazji, czyli pajęczków żylnych widocznych w skórze jako drobne (do 1 mm) poszerzenia naczyń żylnych, później pojawiają się żyły siatkowate, a następnie wyraźnie widoczne żylaki i obrzęki, zaawansowane zmiany skórne, hemosyderoza typowa dla zespołu pozakrzepowego, przebarwienia skórne i w końcu owrzodzenie, które jest niezwykle trudne w leczeniu.

Problem jest olbrzymi, bo dotyczy ponad 60 proc. populacji. Żylaki ma 20–30 proc. kobiet i 10–20 proc. mężczyzn po 20. roku życia.



heparyny drobnocząsteczkowe. – W rekomendacjach z ostatnich 2–3 lat wymieniany jest sulodeksyd, lek wyjątkowy, który stosuje się zarówno w profilaktyce ŻChZZ, jak i leczeniu objawów PNŻ. Farmakoterapii powinna towarzyszyć kompresjoterapia w postaci pończoch uciskowych – mówi ekspert.

W przypadku zakrzepicy żyłnej, zwłaszcza u młodych osób, w odcinku biodrowo-udowym wykonuje się zabiegi operacyjne, trombektomię, trombolizę mechaniczno-chemiczną, które pozwalają na udrożnienie żył. – Bardzo ważne jest, żeby te zabiegi wykonywać do 14. doby od wystąpienia objawów. Pozwoli to uniknąć powikłań odległych w postaci zespołu pozakrzepowego – przypomina prof. Dariusz Janczak.

Przewlekła niewydolność żylna powikłana zakrzepicą żył głębokich jest bardzo groźną chorobą, ponieważ może prowadzić do zatorowości płucnej, której skutkiem bywa nadciśnienie płucne, a nawet śmierć. Nieleczona zakrzepica żył kończyn dolnych kończy się zgonem nawet w 30 proc. przypadków, a powikłania odległe prowadzą do ciężkiego kalectwa i nierazko wymagają zabiegów kardiochirurgicznych.

Jak ocenić ryzyko zakrzepicy

– Zachęcam do posługiwania się kilkoma skalami, chociażby skalą prawdopodobieństwa klinicznego zakrzepicy żył głębokich Wellsa. Jeżeli chory uzyskał w niej powyżej 3 pkt, istnieje 75-procentowe prawdopodobieństwo zakrzepicy. Zmodyfikowana skala genewska pozwala oszacować prawdopodobieństwo zatorowości płucnej u chorego z zakrzepicą i PNŻ – rekomenduje ekspert.

– Nieleczona zakrzepica żylna nawraca u ponad 8–10 proc. pacjentów w ciągu roku, a więc epidemiologicznie jest to wielki problem kliniczny. Wiemy, co robić, żeby jej zapobiec, jak leczyć farmakologicznie PNŻ. Musimy przy tym bilansować ryzyko nawrotu zakrzepicy i ryzyko powikłań krwotocznych – dodaje prof. Dariusz Janczak.

Nawet przy stosowaniu doustnych antykoagulantów nowej generacji krwawień jest dużo – ponad 4 proc. Dominują krwawienia z przewodu pokarmowego. Do oceny ryzyka poważnych powikłań krwotocznych służy skala HASBLED oceniająca ryzyko wystąpienia poważnych powikłań krwotocznych po zastosowaniu antagonistów witaminy K lub NOAC.

Jak długo leczyć przeciwzakrzepowo

– Badania pokazują, że jeżeli mamy do czynienia z zakrzepicą przyścienną, która się utrzymuje, to profilaktykę przeciwzakrzepową powinniśmy stosować nawet 2 lata. Jeżeli po miesiącu od zakończenia terapii poziom D-dimerów jest nieprawidłowy, należy wrócić do terapii przeciwzakrzepowej – tłumaczy prof. Dariusz Janczak.

Początkowo (w fazie ostrej) terapia zakrzepicy polega na podawaniu heparyny lub NOAC. Po tym następuje trzymiesięczna obowiązkowa terapia NOAC, a po niej przedłużona terapia profilaktyczna z zastosowaniem NOAC lub antagonistów witaminy K. Notowania tych ostatnich istotnie spadły ostatnimi czasy. Należy pamiętać, że zarówno NOAC, jak i antagoniści witaminy K zwiększają ryzyko krwawień. Bezpieczeństwo zapewnia natomiast sulodeksyd, który zmniejsza

ryzyko zakrzepicy o 55 proc., a ryzyko krwawienia związane z jego przyjmowaniem jest porównywalne z placebo. Pojawiły się również rekomendacje mówiące, że sulodeksyd jest skuteczny w leczeniu owrzodzeń żylnych.

– W przedłużonej wtórnej profilaktyce przeciwzakrzepowej sulodeksyd ma ugruntowane miejsce od 2017 r., kiedy to w konsensusie polskich ekspertów stwierdzono, iż jest to lek, który można stosować powyżej 3 miesięcy. Sulodeksyd działa na trzy składowe triady Virchowa: przeciwzakrzepowo, regenerująco na śródbłonek naczyń, normalizując na parametry lepkości krwi. Dlatego jest to lek, który w PNŻ i przedłużonej profilaktyce przeciwzakrzepowej ma ustaloną pozycję – wyjaśnia prof. Dariusz Janczak.

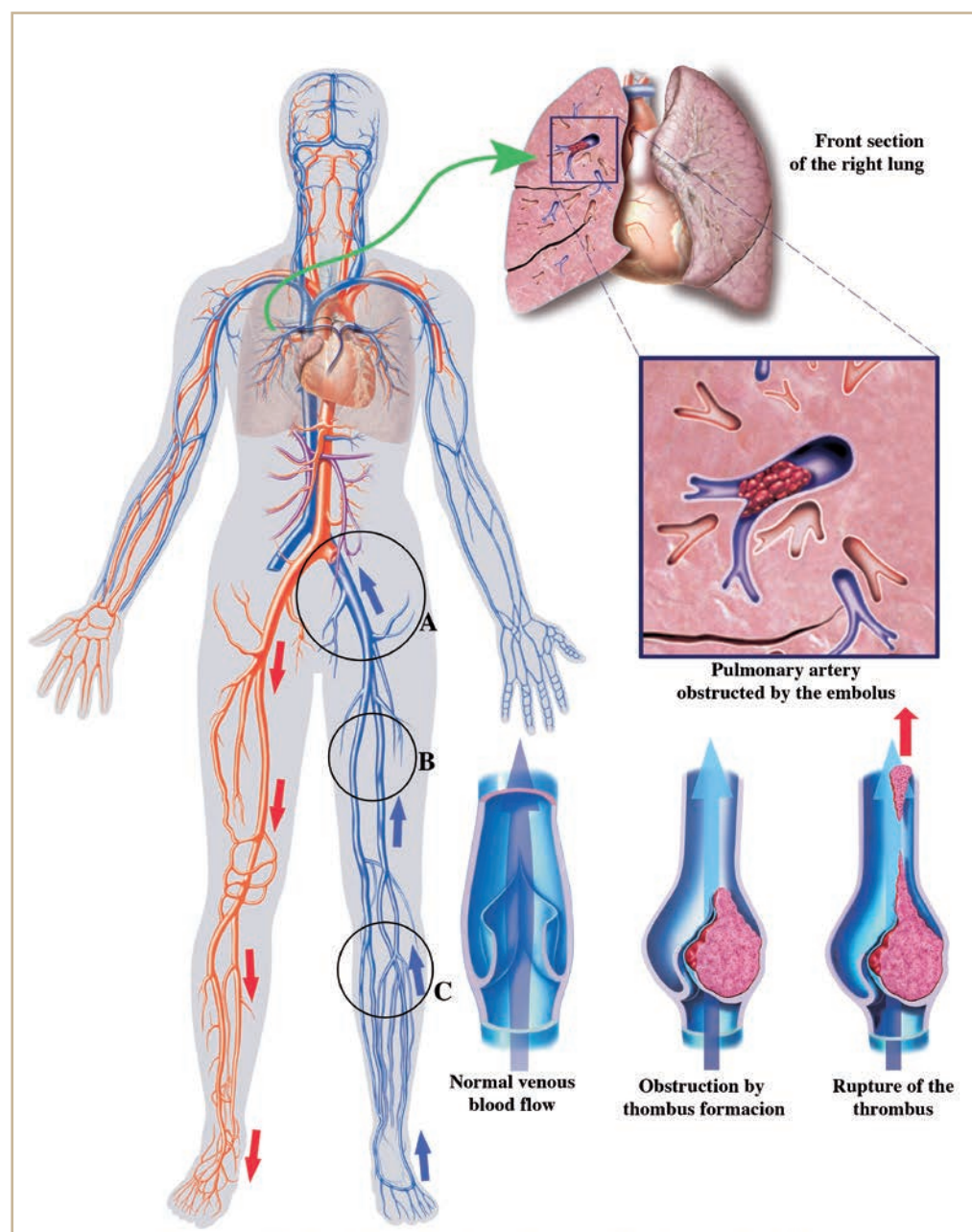
Sulodeksyd w rekomendacjach

Rekomendacje *International Angiology* z 2020 r. wskazują, że sulodeksyd ma zastosowanie w profilaktyce nawrotu zakrzepicy żył głębokich u wszystkich chorych, u których ryzyko powikłań krwotocznych jest wysokie. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (*European Society of Cardiology* – ESC) w 2019 r. zarekomendowało sulodek-

syd w profilaktyce zatorowości płucnej. W 2022 r. Europejskie Towarzystwo Chirurgów Naczyniowych (*European Society for Vascular Surgery* – ESVS) wskazało sulodeksyd jako lek zmniejszający objawy kliniczne w PNŻ, który może być stosowany również w leczeniu owrzodzeń żylnych ze względu na działanie wenoaktywne polegające na zmniejszeniu przepuszczalności naczyń włosowatych, poprawie napięcia żylnego, zmniejszaniu uwalniania mediatorów stanu zapalnego.

W 2022 r. ukazały się wytyczne Międzynarodowego Towarzystwa Zakrzepicy i Homeostazy (*International Society on Thrombosis and Haemostasis* – ISTH) dotyczące leczenia przeciwzakrzepowego w COVID-19.

– U niehospitalizowanych pacjentów z COVID-19 obarczonych wyższym ryzykiem progresji choroby można rozważyć rozpoczęcie doustnego leczenia sulodeksydem w ciągu 3 dni od wystąpienia objawów w celu zmniejszenia ryzyka hospitalizacji. U pacjentów hospitalizowanych należy zastosować heparyny drobnocząsteczkowe, przy czym absolutnie nie zaleca się podawania leków przeciwplatek, bo takie działanie jest szkodliwe – komentuje prof. Dariusz Janczak. ■



”

Przewlekła niewydolność żylna powikłana zakrzepicą żył głębokich jest bardzo groźną chorobą, ponieważ może prowadzić do zatorowości płucnej, której skutkiem bywa nadciśnienie płucne, a nawet śmierć