

Onemocnění žil dolních končetin v ČR a ve světě

Na konci roku 2011 uvedla Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP Doporučený postup pro léčbu chronického žilního onemocnění. Autory posléze zajímalo, jak jeho znalost ovlivňuje chování lékařů v ordinacích při diagnostice a léčbě. V červnu letošního roku proběhl v České republice v ordinacích všeobecných praktických lékařů epidemiologický průzkum onemocnění žil dolních končetin, který vznikl adaptací mezinárodního průzkumu Vein Consult Program. Tento program řešil podobné otázky a mapoval epidemiologickou situaci a aktuální prevalenci žilních nemocí ve dvaceti zemích světa. Onemocněním žil dolních končetin se zabývali i účastníci XXXI. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v Karlových Varech.

„S chronickým žilním onemocněním se v naší praxi setkáváme běžně. Otázkou je, zda toto onemocnění pouze sledovat, nebo zda a jak intervenovat,“ těmito slovy uvedl celou sekci Flebologie její odborný garant, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. (Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze). S výsledky mezinárodního epidemiologického průzkumu Vein Consult Program (www.veinconsult.com) seznámila posluchače doc. Debora Karetová (II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha). Jedná se o celosvětový projekt, který se snaží zvýšit povědomí o chronickém žilním onemocnění (chronic venous disorder, CVD) mezi pacienty, zdravotníky a zdravotnickými institucemi a zároveň popsat prevalenci choroby. Tento největší mezinárodní screeningový program zaměřený na CVD probíhá pod záštitou Mezinárodní flebologické společnosti (UIP) a s podporou grantu Servier Research Group.

Vein Consult Program

Chronická žilní onemocnění jsou často nedagnostikována, a proto i neléčena. Informovanost o významu prevence a časné diagnostiky je obecně mezi lékaři nízká, výklad obtíží pacientů je různý a přístupy v praxi se liší. Problematiku řeší také mnoho specializací. Lékaři obvykle nevěnují dostatek času cílenému zájmu o projevy CVD u pacientů. Tematika má okrajové postavení v systému vzdělávání, včetně postgraduálního. Přitom CVD mají značný dopad na náklady na zdravotnickou péči.

Všeobecný praktický lékař má v časné diagnostice CVD klíčovou roli. Časná intervence může zpomalit progresi chronického onemocnění a včasná léčba prvních projevů kožního poškození zvyšuje šanci na zachování funkce/integrity dolní končetiny. Doporučení pacienta ke specialistovi zajistí důkladnější vyšetření, zejména v pozdějších stádiích onemocnění, kdy CVD může způsobit vážné potíže (běrcové vředy apod.)

Cílem výzkumu bylo aktualizovat informace o prevalenci primární CVD a o nákladech na léčbu spojených s touto nemocí v různých geografických oblastech, shromáždit data týkající se péče o pacienty s CVD léčené praktickým lékařem a porovnat je mezi jednotlivými zeměmi, zapojovat spolupráci praktických a specializovaných lékařů v oblasti léčby CVD a zjistit kvalitu života pacientů s CVD. Studie zahrnuje velký počet pacientů, více než 90 000, z mnoha zemí s velmi rozdílnou ekonomickou úrovní, a to s použitím stejného dotazníku a stejné klasifikace (CEAP), zahrnuje i pacienty ve velmi časných stádiích onemocnění (C0 klasifikace). Do průzkumu byli zařazováni v daném časovém úseku všichni pacienti starší 18 let, kteří se dostavili k lékaři, ať už byl důvod pro konzultaci jakýkoli.

Hlavní celosvětové výsledky

Chronické žilní onemocnění není pouze „západní“ zdravotní problém. Před třídou C2 není většina i symptomatických nemocných diagnostikována, protože v raných stádiích dochází k podceňování příznaků. Pouze 23 % pacientů ve třídě C1 spontánně vyhledá lékaře kvůli problémům s dolní končetinou, ve třídě C6 je to již 79 procent. Možností prevence CVD se často nezabývá praktický lékař ani pacient.

Prevalence CVD je vysoká (64 %, v USA 71 %). Velké procento pacientů je symptomatických (80,4 %). Obtíže udává více žen než mužů. Nejdůležitějším příznakem je

„pocit oteklých nohou“. Vnímání bolesti je podobné na všech kontinentech. Pacienti CEAP klasifikace C2 až C6 jsou častěji doporučováni ke specialistovi; méně často ale praktičtí lékaři odešli ke specialistovi pacienti jen se „symptomy žilních chorob“. Přibližně 50 % všech pacientů s CVD žilní nemocí specialistu nenavštíví. Postupy léčby, které doporučí specialisté, jsou více invazivní než ty doporučené praktickým (ale pouze 1 ze 3 osob je vyšetřena duplexní sonografií). Povědomí o závažnosti CVD je nedostatečné mezi laickou veřejností i mezi zdravotníky. „Chronické žilní onemocnění je celosvětový problém, není závislé na etnické příslušnosti a neměli bychom jeho projevy ani potíže našich nemocných bagatelizovat. Pouze časná léčba může zabránit riziku fixovaných kožních změn v podobě indurace podkoží, ekzematizace, nebo dokonce vývoji vředů,“ uzavřela doc. Karetová.

Epidemiologický průzkum v ČR

„Možnost srovnání našich výsledků s výsledky mezinárodními je vždy atraktivní. Proto jsme před rokem přijali nabídku společnosti Servier k provedení mezinárodního průzkumu také v ordinacích českých všeobecných praktických lékařů,“ říká doc. Seifert. Řešení projektu se ujala MUDr. Jana Vojtišková (Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, praktická lékařka, Praha).

„Hlavním cílem projektu bylo doplnění a aktualizace epidemiologických dat v české populaci a v návaznosti na již vytvořený Doporučený postup zvýšení informovanosti a zdůraznění významu časné detekce žilního onemocnění na úrovni primární péče,“ uvádí MUDr. Vojtišková. Získali jsme pro spolupráci velký počet všeobecných praktických lékařů.

K jakým jsme dospěli závěrům? Prevalence subjektivních příznaků chronického žilního onemocnění je u pacientů, kteří navštěvují praktického lékaře, 80 procent. Prevalence objektivních projevů žilního onemocnění je ve stejné populaci 60 procent. Diagnostikovaní pacienti jsou edukováni a léčeni, neléčeno však zůstává celých 25 % pacientů. Chronické žilní onemocnění lékaři diagnostikovali u 69 % dané populace, zatímco potřebu léčby stanovili dokonce u 75 procent. Akceptují tedy lékaři příznaky a projevy CVD jako důvod léčby, ale méně jako diagnózu? Dle CEAP klasifikace je pacientů ve stadiu C0, tedy bez viditelných známek, zhruba 24 %, bez jakýchkoli subjektivních příznaků pouze 18 % populace.

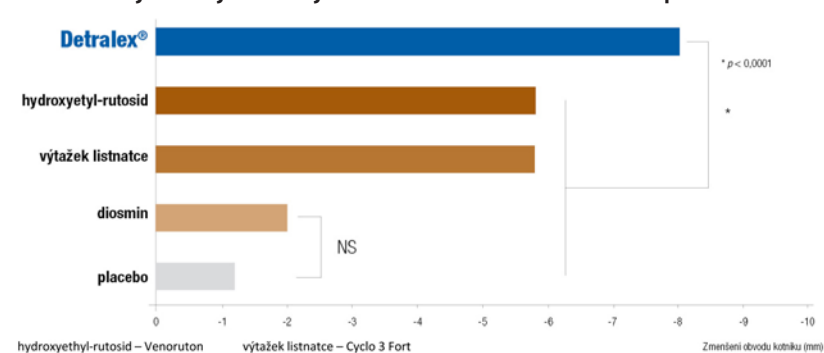
Český průzkum vs. mezinárodní zjištění

„Námi získaná data jsou v souladu s výsledky ostatních zemí zjištěnými v rámci Vein Consult Program. Naši lékaři jsou jen poněkud váhavější, než nemocnému stanoví diagnózu chronické žilní nemoci. Ale to se časem změní, až se více naučíme pracovat s mezinárodní klasifikací CEAP,“ konstatuje MUDr. Vojtišková. Lidé na celém světě jsou skutečně ve vysoké míře postiženi žilními problémy. Osm z deseti českých pacientů má některý ze subjektivních příznaků; nejčastěji pocit těžkých nohou, otoky, bolest i noční křeče. Objektivní nálezy dle klasifikace CEAP má šest z deseti nemocných, nejčastěji varixy a otoky. S věkem se vedle subjektivních potíží začínají stále více projevovat nálezy objektivní.

Průzkum potvrdil progredující charakter CVD. Jeho závažnost se zhoršuje s vě-

kem a s počtem různých rizikových faktorů (s rostoucím počtem rizikových faktorů ubývá pacientů bez příznaků). V souboru se jeví jako poměrně vysoké zastoupení anamnestické tromboflebitidy či flebotrombózy, které jsou faktory zhoršujícími závažnost dle CEAP klasifikace. Edukace pacientů především ze strany lékařů je v České republice na dobré úrovni, stejně jako léčba. Neléčeno, pravděpodobně proto, že nedagnostikováno, však zůstává celých 25 % pacientů. Vzhledem k progresivnímu charakteru onemocnění má smysl podchytnout pacienty s diagnózou CVD a začít intervenci co nejdříve. MUDr. Vojtišková apelovala na přítomné praktické lékaře: „Je třeba pátrat po subjektivních příznacích i po objektivních známkách a využít všechny kontakty s pacienty k edukaci a případné intervenci.“

Detralex nejúčinněji redukuje otok dolních končetin žilního původu



CVD a léčba Detralexem

Jak tedy léčit pacienty, kteří mají subjektivní příznaky žilního onemocnění, a ty, u kterých zjistíme už jeho jasné projevy? To bylo téma přednášky MUDr. Petry Zimolové (Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha). Chronické žilní onemocnění zahrnuje všechny klinické abnormality – symptomy a projevy – vyplývající z onemocnění žil dolních končetin a progredující až k chronickým stavům. Má sice nízkou mortalitu, ale vysokou morbiditu a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života pacienta. Byly vytypovány rizikové faktory, které mohou být spojovány s tímto onemocněním (vyšší věk, výskyt v rodině, ženské pohlaví, těhotenství, především mnohočetná, obezita, hormonální terapie). V roce 1994 byla na Havaji přijata a publikována tzv. CEAP klasifikace, podle které můžeme kategorizovat onemocnění do několika skupin. MUDr. Zimolová se věnovala pouze třídě C. Třída C0 je vyhrazena pro nemocné, kteří nemají žádné viditelné známky onemocnění; třídy C1, C2, C3 označují nižší formy onemocnění. Třídy C4, C5, C6 jsou vyhrazeny pro onemocnění, které s sebou nese trofické kožní změny, a tyto tři třídy můžeme označovat pojmem chronická žilní insuficience.

Symptomy CVD

Nemocní přicházejí do ordinace s velmi různorodými příznaky, které se navzájem mohou kombinovat. Často popisují sezónní závislost svých potíží (výraznější v letních měsících). U žen pak bývá intenzita potíží ovlivněna i menstruačním cyklem. Nemocní si často stěžují na pocitu napětí, tíhy, pálení a svědění, otok, nevzhlednost dolních končetin a bolest. V rámci diferenciální diagnostiky musíme identifikovat žilní etiologii udávané bolesti a potíží. Zajímavé je, že uváděná intenzita obtíží velmi často nekoreluje se závažností a stupněm postižení. Musíme odlišit tepennou etiologii bolesti, pátráme po svalové, kloubové, neurologické

i obstrukční etiologii. Obecně může být bolest vedena dvěma typy vláken; buď jsou to vlákna myelinizovaná, nebo nemyelinizovaná. Myelinizovaná vlákna jsou zodpovědná za vedení tzv. první, ostré, dobře ohraničené bolesti. Vedení hluboké difúzní bolesti v žilní stěně zprostředkovávají nemyelinizovaná vlákna, tzv. C-vlákna. Nociceptory, které jsou uloženy v perivaskulárním prostoru či přímo ve stěnách žil, jsou zodpovědné za vstup žilního signálu, který je veden nemyelinizovanými tenkými C-vláčky přes míchu do mozku, kde se signál zpracovává. Nociceptory jsou aktivovány zánětlivými mediátory. Pravděpodobným spouštěčem zánětlivých mechanismů je místní hypoxie, která vede k aktivaci endotelialní buňky s následnou syntézou a místním uvolněním mediátorů, které modulují bolest (aktivace nociceptorů) a jsou prozánětlivé. Nejsilnějšími mediátory se zdají být protony, bradykinin, serotonin, prostaglandiny a leukotrieny.

Bolest lze zmírnit

Experimentálně bylo zjištěno, že po aplikaci bradykininu perivenózně či intravenózně dochází ke vzniku bolestivého vjemu na chemický podnět, a proto lze tyto venózní a perivenózní receptory označit za chemo-

ným zvýšením žilního tlaku. Dysfunkce žilních chlopní je zásadní příčinou žilní hypertenze, která spojuje všechny projevy chronického žilního onemocnění. V závislosti na leukocyty indukovaném zánětu dochází k poškození chlopní, refluxu krve a zvýšení žilního tlaku. V roce 1997 byla publikována práce, která signifikantně prokazuje zvýšení žilního tonu při medikaci Detralexem (Ibegbuna V. *Angiology* 1997;48:45–49).

Edém

Dalším stupněm CVD je otok (flebedém). Je typické, že v časných stádiích se objevuje distálně, posléze se propaguje i směrem proximálně. Nejvýraznější bývá vyjádřen večer a po námaze. Zpočátku má reversibilní charakter, během noci regreduje; později je však jeho výskyt trvalý. Celodenní přetrvávání otoků je vždy známkou významně porušené žilní hemodynamiky. V roce 2012 byla publikována práce, která analyzovala několik studií hodnotících účinek venofarmak, jež všechna posilují žilní tonus, na otok dolních končetin (Allaert FA. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs on malleolar venous edema. *Int Angiol* 2012;Vol31,No4:310–315). Na základě této metaanalýzy bylo prokázáno, že největší redukcí otoku venofarmakem docílil Detralex.

Chronická žilní insuficience

Pojmem chronická žilní insuficience můžeme označovat třídy C4, C5 a C6. Zahrnují trofické barevné kožní změny. Nejslabším projevem bývají změny lokalizované u vnitřního kotníku (hyperpigmentace, dermatitida ze stázy, bílá atrofie, hyperkeratóza, ekzém, dermatoskleróza). Třída C5 označuje vyléčený, třída C6 pak aktivní ulcer.

Běrcové vředy

Předseda České angiologické společnosti ČLS JEP MUDr. Karel Roztočil se svými spolupracovníky publikoval práci, která jasně prokazuje rychlejší hojení běrcových vředů při medikaci Detralexem přidané k základní lokální kompresní terapii (Roztočil K, Štvrtinová V, Strejček J. *Praktická Flebologie* 2001;3:66–71).

Preskripční venofarmak se snažíme zmírnit žilní hypertenzi, zlepšit rheologické poměry (zlepšením deformability ery a leu), zvýšit tonus žilní stěny, ovlivnit mikrocirkulaci (normalizace kapilární permeability, prevence nežádoucí aktivity leukocytů, zásahy do interakce mezi leukocyty a žilním endotelem). K léčbě bychom měli vždy užívat léky, které mají svou účinnost dokladovanou v evidence based medicine. Detralex má nejvyšší úroveň doporučení v aktuálních mezinárodních guidelineech.

Terapeutické postupy u CVD

Léčebné postupy u CVD musejí být komplexní. V první řadě cílíme léčbu na režimová opatření (změna životního stylu, snížení hmotnosti, pravidelné cvičení, omezení dlouhého stání, elevace DK, omezení či vynechání horké koupele a delšího slunění). Farmakoterapii představují venotonika. Základní pilíř terapie tvoří kompresní metody, které jsou minimálně u léčby žilního vředu nezastupitelné. Dále nemocným můžeme nabídnout i chirurgické metody, ať už skleroterapii (retikulární varixy, recidivy varixů, teleangiektázie), či otevřenou chirurgickou a endovaskulární léčbu (termokoagulace radiofrekvenčním proudem nebo laserovým paprskem). Lokální léčba defektů je pak především v rukou zkušených dermatovenerologů.

„Léčba CVD je dlouhodobá, poměrně málo efektivní a vyžaduje značnou spolupráci nemocného s celým ošetřujícím týmem. Vždy je to běh na dlouhou trať,“ říká na závěr MUDr. Zimolová. **5al**