

## Operacyjne leczenie żylaków (EVLT) informacja dla pacjenta

Decyzję o metodzie leczenia żylaków podejmuje lekarz w oparciu o dane kliniczne oraz na podstawie badania USG w opcji dopplerowskiej. Celem leczenia jest zlikwidowanie nadciśnienia żylnego - podstawowego czynnika w rozwoju choroby żylakowej. Aktualnie w leczeniu operacyjnym zaawansowanej niewydolności żylniej stosowane są dwie podstawowe metody chirurgiczne: wewnątrzżylna metoda ablacji laserowej (EVLT) lub prądem o wysokiej częstotliwości (RF) oraz klasyczny zabieg chirurgiczny. Inne- rzadziej stosowane metody leczenia chirurgicznego żylaków kończyn dolnych to zastosowanie pary wodnej oraz klejów tkankowych. W mniej zaawansowanej chorobie żylniej możliwe do zastosowania są inne metody postępowania: skleroterapia kompresyjna (zastrzyki dożylnie substancji obliterującej, laseroterapia, miniflebektomia (usuwanie żylaków z małych nacięć skórnych często w miejscowym znieczuleniu). Metody te jako uzupełniające często stosowane są po leczeniu operacyjnym celem optymalizacji efektu leczenia czy też usuwania nawrotów.

### Przeciwwskazania do leczenia operacyjnego

Najważniejszym przeciwwskazaniem jest czynny proces zakrzepowy żył głębokich oraz ich niedrożność. Dopiero po wykorzystaniu odpowiedniej terapii można w takich przypadkach zastosować leczenie chirurgiczne. Dodatkowymi przeciwwskazaniami do zabiegów są: ciąża, ostre choroby infekcyjne, znaczne niedokrwienie tętnicze kończyn dolnych, nasilony obrzęk limfatyczny, skaza krwotoczna. Względny natomiast przeciwwskazaniem w leczeniu żylaków kończyn dolnych jest przyjmowanie leków hormonalnych (antykontracepcja, HTZ). Kurację taką, po konsultacji z lekarzem, należy wówczas przerwać na 4-6 tygodni przed rozpoczęciem leczenia. Należy podkreślić także, że wiek nie stanowi istotnej przeszkody do skierowania pacjenta na zabieg chirurgiczny. Przed zabiegiem zalecane jest wykonanie szczepień przeciw zapaleniu wątroby typu B (szczepienie to nie jest jednak obowiązkowe) - przynajmniej 2 szczepionki (operacja jest możliwa 2 tygodnie po drugim szczepieniu przeciwko żółtacze).

**Przed zabiegiem operacyjnym** warto zaopatrzyć się w: 1/ pończochy - optymalnie pończocha firmy Medi-Struva 35 lub pończocha II klasy ucisku zakupiona w sklepie z materiałami medycznymi (rozmiar zostaje dobrany przez sprzedawcę w zależności od pomiarów kończyny) które będą potrzebne w stosowanej pooperacyjnej kompresjoterapii przez 3-4 tyg. po zabiegu. (szerokości i 38 mm długości) - pozwala to na uniknięcie szycia małych ran skórnych po wykonanej miniflebektomii. Do szpitala należy zgłosić się na czczo- nie jeść i nie pić 6 godzin przed zabiegiem, o ustalonej godzinie z posiadaną dotychczasową dokumentacją medyczną, dowodem ubezpieczenia, spisany wykaz stosowanych leków. Leki przewlekle stosowane w dawce porannej należy zażyć zaraz po wstaniu z łóżka popijając niewielką ilością wody. Rano w dniu zabiegu należy starannie ogolić okolice pachwiny i cała kończynę po stronie operowanej i ponownie się wykapać. Gdy zabieg zaplanowany jest na wczesne godziny ranne należy wykapać i dokładnie wymyć kończynę wodą z mydłem oraz ją ogolić w godzinach wieczornych dnia poprzedzającego zabieg. Przed zabiegiem należy wykonać badania: grupa krwi, EKG, morfologia, kreatynina, układ krzepnięcia (APTT oraz INR), poziom potasu. Badania te z wyjątkiem grupy krwi powinny być wykonane nie wcześniej niż do 4-7 dni przed zabiegiem.

### Przebieg operacji

Chirurdzy stosują różne techniki operacyjne. Postęp w tej dziedzinie zmierza do eliminacji nawrotów, poprawy efektu kosmetycznego, zminimalizowania urazowości zabiegu oraz skrócenia czasu rekonwalescencji. Zabieg coraz częściej udaje się przeprowadzić w warunkach kliniki jednego dnia. **Laserowe usuwanie żylaków (EVLT)** polega na zamknięciu światła jednej z głównych żył układu powierzchownego kończyny dolnej za pomocą energii wydzielanej przez światłowód laserowy. Energia ta, głównie w postaci wysokiej temperatury, przekazywana jest do krwi i ściany żyły zmienionej żylakowato i nie działającej prawidłowo. Dzięki oddziaływaniu energii laserowej struktura ściany naczynia ulega takim przemianom, że żyła nieodwracalnie kurczy się, a następnie włóknieje. Po kilku lub kilkunastu tygodniach można ją odnaleźć podczas badania USG w tkance podskórnej jako delikatne pasmo tkanki włóknistej.

W wyniku zabiegu, zmieniona żylakowato, niesprawnie działająca i szkodliwa dla przepływu krwi w kończynie, żyła zostaje trwale zamknięta. Inne naczynia układu powierzchownego i głębokiego przejmują jej funkcję w całości, a nieprawidłowe warunki transportu krwi zostają zlikwidowane. Stanowi to podstawę do pozbawienia pacjenta objawów choroby żylakowej. W zależności od potrzeb, ocenianych indywidualnie dla każdego pacjenta, korzystne mogą być dodatkowe zabiegi umożliwiające zlikwidowanie **żylaków** powstałych z żył dochodzących do zamkniętych głównych pni naczyniowych (żylaki bocznic) – tymi zabiegami mogą być skleroterapia (zastrzyki aethoxysklerolu

do zylaków) lub miniflebektomia żyłaków. Po operacji w miejscach usunięcia żył pojawiają się krwiaki podskórne i podbiegnięcia krwawe skóry, które mogą się utrzymać przez kilka tygodni.

#### **Powikłania możliwe w czasie zabiegu:**

1/ Powikłania znieczulenia które są/powinny być omówione z anestezyjologiem

2/ Powikłania zabiegu, uszkodzenie sąsiednich naczyń żylnych i tętniczych, oparzenia skóry w przebiegu zamykanej żyły, uszkodzenia towarzyszących nerwów, rozerwanie dużych bocznicy, uszkodzenie połączenia odpiszczelowo-udowego lub żyły udowej wspólnej, uszkodzenie tętnicy udowej, przecięcie tętnicy udowej powierzchownej, uszkodzenie układu chłonnego pachwiny.

#### **Powikłania możliwe po leczeniu operacyjnym:**

Krwiaki w miejscach usuniętych żył, ustępują w ciągu kilku do kilkunastu tygodni.

Zaburzenia czucia związane z uciskiem lub uszkodzeniem nerwów czuciowych (głównie nerw udowo-goleniowy) powikłanie to zdarza się nawet do 15-20% pacjentów i może powodować trwałe zaburzenia czucia w okolicy stopy i stawu skokowego. Zakażenie rany z powstaniem ropnia co wymagać może usunięcia szwów i sączkowania rany. Zakrzepica żył głębokich z jej powikłaniem jakim może być zatorowość płucna (stąd w standardzie postępowania po operacji zalecane jest stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych)

Nawet po najlepiej wykonanej operacji u około 25- 30 procent operowanych pojawiają się nawroty (w okresie 10 letnim). Ich przyczyną jest pojawienie się niedomykalności zastawek w żyłach, które w czasie operacji były jeszcze zdrowe lub też miejscowy nawrót z żył poddanych leczeniu operacyjnemu. Skuteczność zamknięcia żył poddanych ablacji laserowej wynosi około 95-97%

Dlatego też należy okresowo dokonywać kontroli (co 1-2 lata) celem wczesnego wykrycia początkowego stadium nawrotu i zastosowania małoinwazyjnych metod leczenia- np. skleroterapii kompresyjnej.

#### **Postępowanie po zabiegu**

Pobyt szpitalny ogranicza się zazwyczaj do kilku godzin. Średni okres niezdolności do pracy po zabiegu wynosi od 2-3 tygodni. Bezpośrednio po zabiegu należy unikać dłuższego stania, należy chodzić lub leżeć z uniesioną kończyną. W razie nadmiernego ucisku spowodowanego zbyt ciasnym założeniem opasek elastycznych należy zdjąć jedną lub dwie takie opaski (przeciąć lub odwinąć). Kontrolna wizyta powinna nastąpić w dniu następnym po zabiegu lub w drugiej dobie po zabiegu. Na te wizytę należy zgłosić się z pończochą uciskową o ile nie została założona po zabiegu. W razie niepokojących objawów proszę dzwonić po numer 606583306 lub skontaktować się z najbliższym pogotowiem ratunkowym lub oddziałem chirurgicznym. Jeśli założono szwy na małe ranki po miniflebektomii należy dla lepszego efektu kosmetycznego usunąć je za 2-3 dni. Założony opatrunek uciskowy przed opuszczeniem szpitala/gabinetu proponuje utrzymać w ciągu całej doby przez 2 lub 3 dni. Po tym czasie należy usunąć wszelkie gaziki, kończynę wykąpać pod prysznicem, a zastosowane steri-stripy (plasterki na drobne rany) usunąć w 3 lub

4 dobie. Steri-stripy często powodują „odparzenia” i czasem należy usunąć je jeszcze wcześniej, gdy tylko zostanie zauważone zaczerwienienie skóry wokół. Do 3-4 od zabiegu zaleca się utrzymanie ucisku( pończocha/bandaże) również w godzinach nocnych, a po tym okresie do 3 tygodni tylko w ciągu dnia. W nocy należy układać kończynę operowaną wyżej( około 30-40 cm) podkładając pod łydkę złożony koc lub dwie poduszki Nie ma przeszkód, by po zabiegu zachować aktywność ruchową. W ciągu pierwszych 2-3 dni należy zdecydowanie jednak unikać stania w bezruchu lub siedzenia. Po zabiegu przez okres około tygodnia warto kontynuować profilaktykę p/zakrzepową - szczególnie u osób powyżej 40 r.ż. i obciążonych innymi czynnikami ryzyka zakrzepicy (np. Clexane, Fragmin, Fraxiparine 1x dziennie zastrzyk podskórny). Jeżeli bezpośrednio po zabiegu będzie utrzymywał się ból, należy stosować leki przeciwbólowe (Ibuprom, paracetamol, pyralgin, zaldiar). Zalecane połączenia: zaldiar+ pyralgin lub pryralgin +400 mg Ibuprofenu. Warto także przez co najmniej 2 tygodnie odpoczywać, nie forsować się, unikać długiego siedzenia czy stania. Zaleca się także szczególnie staranną profilaktykę: podczas snu podkładanie pod nogi wałka tak, aby znajdowały się one powyżej poziomu serca, oraz noszenie przeciwżylakowych pończoch o zmiennym ucisku klasy II 2-3 dni po zabiegu przez całą dobę, a następnie do 3-4 tygodni od zabiegu - tylko w ciągu dnia. Polecane jest też przyjmowanie flebotropowych środków wspomagających leczenie (cyclo 3 fort 2x1 tabl lub phlebodia 1x1 tabl - leki bez recepty). Wskazana jest kontrolna wizyta po 2-3 miesiącach z wykonaniem badania USG z zaleceniem ewentualnej korekty pozostałych drobnych żyłaków resztkowych czy pajęczeków za pomocą skleroterapii.

*Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z powyższą informacją oraz możliwymi powikłaniami oraz potwierdzam odbiór kopii tej informacji:*

**data:**

**Podpis:**