

“Najlepsze decyzje” podczas leczenia niewydolności żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej oraz żylaków nawrotowych. Leczenie z zastosowaniem ablacji chemicznej lub termicznej.

Hamel-Desnos C. et Miserey G.

Official Document of the National Professional Council of Vascular Medicine (CNPMV) recorded by the French National Health Insurance (CNAMTS) and transmitted to the National Health Authority (HAS-Haute Autorité de Santé).

N° 1

Ablacja chemiczna lub termiczna żył pniowych lub żylaków nawrotowych nie może być zrealizowana bez oceny ultrasonograficznej przed- podczas i zaraz po wykonanej procedurze.

N° 2

Procedura leczenia metodą echoskleroterapii żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej lub żylaków nawrotowych powinna być opisana. W opisie powinno być określone: miejsce iniekcji, rodzaj użytego sklerozantu oraz w jakiej formie został on podany, stężenie sklerozantu, objętość podanej pianki, jak również schematyczny rysunek leczonej żyły, przedstawiającym ją przed- jak i po wykonanej procedurze.

N° 3

Jeśli planujemy leczenie niewydolnej żyły odpiszczelowej i jeśli jej średnica jest większa niż 8 mm powinniśmy zaproponować w pierwszej kolejności ablację termiczną, jeśli jest ona możliwa do wykonania. W zależności od przypadku, możliwe jest wykonanie echoskleroterapii pianką, pamiętając, że jej ostateczne wyniki są gorsze od uzyskanych stosując ablację termiczną.

- Pomiar średnicy żyły dokonywany jest w połowie uda dla żyły odpiszczelowej i w połowie łydki dla żyły odstrzałkowej, z wykluczeniem miejsc, w których występują odcinkowe poszerzenia żył. Naczynie badane jest w przekroju poprzecznym, oceniając jego średnicę wewnętrzną, u pacjenta w pozycji stojącej.

N° 4

W leczeniu niewydolnej żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej, zalecamy skleroterapię podając sklerozant w postaci pianki a nie w postaci płynnej jeśli nie ma przeciwwskazań do jej zastosowania. Jeśli nie możemy wykonać skleroterapii

pianką, należy wykonać ablację termiczną jeśli jest ona możliwa do wykonania.

N° 5

Jeśli planujemy leczenie niewydolnej żyły odpiszczelowej lub odstrażkowej o średnicy mniejszej niż 4 mm, propozycją z wyboru powinna być skleroterapia pianką pod kontrolą USG, jeśli jest ona możliwa do wykonania.

W innym przypadku możemy zaproponować ablację termiczną, pamiętając, że cena tej procedury jest zdecydowanie wyższa w stosunku do leczenia skleroterapią pianką.

- Pomiar średnicy żyły dokonywany jest w połowie uda dla żyły odpiszczelowej i w połowie łydki dla żyły odstrażkowej, z wykluczeniem miejsc, w których występują odcinkowe poszerzenia żyłne. Naczynie badane jest w przekroju poprzecznym, oceniając jego średnicę wewnętrzną, u pacjenta w pozycji stojącej.

N° 6

Jeśli planujemy leczenie niewydolności pniowej u pacjentów z wysokim ryzykiem trombotycznym (powtarzające się incydenty zakrzepowe, ostra trombofilia, stany nadkrzepliwości, czynna choroba nowotworowa), powinniśmy wybrać, z wyłączeniem wybranych przypadków, metodę ablacji termicznej jeśli jest ona możliwa do zrealizowania. Echoskleroterapia pianką jest możliwą alternatywą w zależności od rozpatrywanego przypadku.

We wszystkich przypadkach należy ocenić ryzyko i korzyści wynikające dla pacjenta z naszego wyboru metody leczenia jak również rozważyć zastosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej.

N° 7

Gdy podejmujemy się leczenia niewydolnej żyły pniowej lub nawrotu po jej leczeniu, nie należy, oprócz wybranych szczególnych przypadków (duże żylaki pni żyły odpiszczelowej lub odstrażkowej) lub w okolicach ich ujść), proponować leczenia metodami chirurgii konwencjonalnej (krosektomia z dojścia bezpośredniego lub usunięcie żył pniowych za pomocą strippingu) *.

- *Nie dotyczy to chirurgii nazywanej "nowoczesną" lub "mało inwazyjną" wykonywanej z zastosowaniem znieczulenia miejscowego z użyciem tumescencji.*

N° 8

Dwa następujące po sobie niepowodzenia po zastosowaniu echoskleroterapii w leczeniu żyły odpiszczelowej, lub jedno niepowodzenie podczas leczenia żyły

odstrzałkowej powinny prowadzić do ponownej oceny niewydolności żyłnej i możliwości skorzystania z alternatywnych rozwiązań terapeutycznych, biorąc pod uwagę wynikające z nich dla pacjenta korzyści oraz ryzyko.

N° 9

Podczas zastosowania procedury metodą ablacji termicznej (laserem lub metodą radiofrekwencji), zastosowanie znieczulenia tumescencyjnego jest konieczne. Znieczulenie ogólne lub przewodowe jest przeciwwskazane, z wyłączeniem rzadkich przypadków, podczas których wykonanie znieczulenia tumescencyjnego pozostaje konieczne do wykonania.

N° 10

Jeśli decydujemy się na ablację termiczną żyły odstrzałkowej, proponujemy wybór ablacji laserowej w pierwszej kolejności. Możliwe jest zastosowanie radiofrekwencji z użyciem cewnika o powierzchni grzewczej 3 cm, radiofrekwencji bipolarnej i radiofrekwencji monopolarnej. Odradzamy w tym przypadku używanie cewnika do radiofrekwencji o powierzchni grzewczej 7 cm.