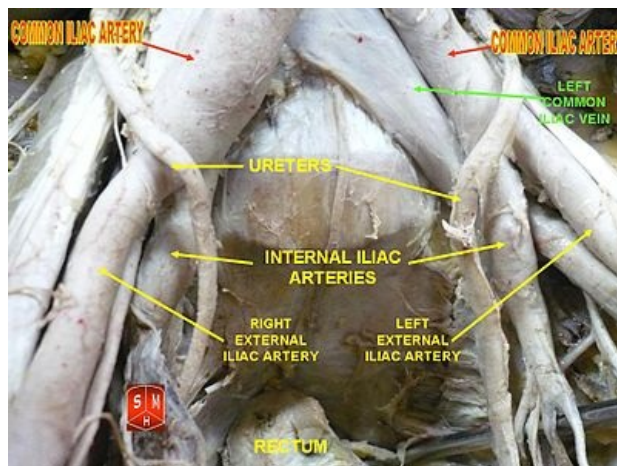


Zúžení a uzávěry aorty a pánevních tepen

- Dolní končetiny jsou nejčastějším místem tepenných uzávěrů;
- **výskyt** – 6 % populace nad 50 let, 10 % nad 60, 4x častěji ženy;
- **příčiny** – hlavní je AT, uzávěry u mladých mužů může způsobit **Bürgerova nemoc**;
 - AT změny jsou typicky ve 3 etážích – aortilická, femoropopliteální, krurální;
- **klinický obraz** ;
 - izolované postižení aortoiliackého úseku – klaudikace v hýždových svaích;
 - úplný uzávěr kaudální aorty – navíc impotence, chybění pulzací v tříslech (**Lericheův syndrom**);
 - femoropopliteální uzávěr – lýtkové klaudikace;
 - trofické změny jsou obvykle až při vícečetném uzávěru nebo uzávěru krurálním (jednotlivé uzávěry centrálně obvykle mají kolaterální oběhy a to stačí k udržení viability);
- **výběr terapie** – co je třeba zvážit;
 - závažnost obtíží a stupeň ohrožení končetiny;
 - stupeň postižení cév a možnost efektivní operace;
 - celkový stav nemocného – asi 50 % pacientů má ICHS, dalších 20 % má nějak poškozené koronárky;
 - AIM je nejčastější příčina smrti po aortoiliacké rekonstrukci;
 - o operaci uvažujeme při klidových bolestech a trofických změnách;
 - klaudikace – zvažujeme délku klaudikačního intervalu, celkovou aktivitu nemocného, způsob jeho života...



Větvění arteria iliaca communis

Rekonstrukce aortoiliacké oblasti

Endarterektomie

- V aortoiliacké oblasti se užívá jen výjimečně.

Bypass

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Bypass.*

- Metoda volby, užívá se výhradně cévních protéz;
- nejčastěji formou bifurkačního aortobifemorálního štěpu (štěp tvaru Y našijeme nad stenózu do aorty a pod stenózu do ilik);
 - nejčastější místo odstupu je z přední stěny mezi odstupem renálek a dolní mezenteriky (nejméně změněná část);
- při úplném uzávěru – proximální anastomóza end to end s prošíáním kaudální části prořáté aorty (prostě ten bypass napojíme rovnou na aortu);
- mezi protézou a duodenum je vždy třeba interponovat retroperitoneální tkáň a zadní list peritonea (prevence aortoenterální píštěle);
- aortofemorální bypass se typicky provádí z dlouhé střední laparotomie (lze i z extraperitoneálního přístupu);
- u jednostranného uzávěru pánevních tepen – extraperitoneální aortofemorální nebo iliakofemorální bypass;
- výsledky – velmi dobré, operační mortalita 1-2 %, bezprostřední funkce bypassu je 95-100 %.

Extraanatomické bypassy

- U nemocných s ohroženou končetinou, když nelze vytvořit anatomický bypass (celkový stav, předchozí operace, infekční ložisko);
- **femorofemorální cross-over bypass**;
 - u jednostranného uzávěru řečiště, výkon je jen minimálně zatěžující;
 - lze provádět v LA nebo v epidurálu;
- **axilofemorální bypass** – při oboustranném postižení pánevního řečiště;
 - pokud je nutné revaskularizovat obě nohy – protáhne se podkožím ještě spojka mezi femorálkami (viz obrázek);
 - dlouhodobá funkce je horší, asi 25 % spojek pak vyžaduje sekundární trombektomie;
- **PTA** – vhodná u krátkých stenóz společné nebo zevní iliaky, je možné zavést stent.

Rekonstrukce oblasti femoro-popliteální

- Vždy třeba ověřit dostatečný přítok a odtok (není-li přítok – pak proximálně bypass před nebo současně s femoro-popliteálním, popř. PTA, není-li odtok – prodloužení rekonstrukce, bederní sympatektomie);

- PTA, endarterektomie, plastika záplatou – krátké stenosis;
- bypassy – femoropopliteální z a. femoralis communis na horní nebo dolní část popliteální tepny, femorokrurální;
- cévní protézy (PTFE) – distálně na horní část poplitei (je-li zde dostatečný odtok);
- žilní štěpy – v. saphena magna, popř. v. cephalica, není-li safena dostatečně dlouhá – distálně se našívají na dolní část popliteální tepny (nejsou zde atherosklerotické změny – distální femoro-popliteální bypass je indikován u těžkých změn na a. poplitea):
 1. eversní – našítí safeny obráceně (kvůli chlopním);
 2. in situ – ponechání normálního průběhu, je třeba ji ale zbavit chlopní valvulotomem;
 3. kompozitní štěp – kombinace žíly a cévní protězy;
- zvláštní typy postižení popliteální tepny;
 - **entrapment syndrom** – anomální průběh a. poplitea, která je přetažena přes začátek mediální hlavy gastrocnemiu, dochází ke stenose a poststenotické dilataci, klinicky klaudikace, mikroembolisace až kritická ischemie, léčba chirurgická (přetětí hlavy m. gastrocnemius medialis nebo žilní bypass);
 - **cystická adventiciální degenerace** – ukládání rosolovité hmoty mezi medii a adventicií, zužuje tepnu a projevuje se typickými klaudikacemi, léčba bypasseem (žilní, popliteo-popliteální).

Rekonstrukce oblasti krurální

- Nutno odlišit bolesti klaudikační (ischemické) a bolesti při postižení žil:
 1. **flebothrombosa** – pozitivní Homans a plantární příznak, otok;
 2. **chronická žilní nedostatečnost** – pocit tíhy bez klaudikací, otoky, noční křeče v lýtkách;
- nejčastější příčinou (zvláště u mužů do 40 let, silných kuřáků) je Búrgeroa nemoc – projevuje se vznikem trofických defektů bez předchozího klaudikačního stadia a migrujícími flebitidami, na angiografii difúzní postižení bérceových tepen, léčba zákazem kouření a infusí prostaglandinů;
- rekonstrukce se provádějí jako pokus o záchranu končetiny, nutná je předoperační angiografie, podle ní se vybere místo pro našítí distálního konce anastomosis, jako štěp je nejlepší v. saphena magna in situ.

Odkazy

Související články

- Ateroskleróza
- Rekonstrukce tepen
- Chronická ischemická choroba dolních končetin
- Ischemická choroba srdeční
- Uzávěry velkých žil

Zdroj

- PASTOR, Jan. *Langenbeck's medical web page* [online]. [cit. 25.05.2010]. <<https://langenbeck.webs.com/>>.