

Skleroterapia

Skleroterapia jest nieoperacyjną, małoinwazyjną metodą leczenia teleangiektazji (pajęczków), żył siatkowatych i żylaków. Polega na podaniu do światła naczynia środka chemicznego powodującego zwłóknienie ściany i zamknięcie naczynia. Do wykonania skleroterapii może być użyta każda substancja powodując uszkodzenie śródbłonna naczynia. W Polsce najpopularniejszym środkiem stał się preparat polidokanolu - Aethoxysklerol. Jest to detergent, którego niewątpliwą zaletą jest bezbolesne podawanie oraz rzadkość powstawania istotnych powikłań w tym martwicy skóry. Najczęściej skleroterapia jest wykorzystywana jako leczenie uzupełniające w leczeniu żylaków kończyn dolnych. Jako leczenie pierwotne drobnych zmian naczyniowych w skórze może być wykorzystana po wcześniejszym wykluczeniu niewydolności żył pniowych (żyła odpiszczelowa i odstrzałkowa) oraz patologii w zakresie układu głębokiego żył kończyn dolnych.

Po zabiegu skleroterapii stosuje się terapię uciskową. Zmniejsza ona prawdopodobieństwo powstawania skrzeplin w leczonych naczyniach i przebarwień na skórze. Bezpośrednio po zabiegu ucisk powoduje przyleganie do siebie ścian naczynia i przedłuża czas działania środka drażniącego na śródbłonek, co powoduje zwiększenie skuteczności zabiegu. Zmniejszenie częstości powstawania skrzeplin skutkuje ograniczeniem ryzyka powstania stanu zapalnego z następowym nowotworzeniem naczyń (*teleangiectatic matting*), co może być przyczyną powstania defektu kosmetycznego. Aby skleroterapia mogła być skuteczną metodą leczenia niezbędny jest odpowiedni dobór pacjentów oparty na zebraniu dokładnego wywiadu dotyczącego przebytych chorób, infekcji, zakrzepicy żył, alergii, ograniczeń w poruszaniu się oraz wykonaniu diagnostyki obrazowej (USG Doppler układu żylnego, tzw „przepływy”). Należy zdawać sobie sprawę z ograniczeń tego typu terapii oraz z etiologii schorzenia. Nie można oczekiwać „perfekcyjnego” lecz jedynie znacznej poprawy wyglądu kończyn dolnych. Nie wszystkie szpecące naczynia mogą zostać usunięte. Jednak po wykonaniu od 3 do 6 zabiegów można spodziewać się ustąpienia do 80% zmian. W związku z charakterem choroby należy spodziewać się powstawania nowych zmian naczyniowych, które jednak również można leczyć tym sposobem.

Odmianą skleroterapii z wykorzystaniem płynnych substancji jest terapia pianą, która staje się obecnie metodą preferowaną. Pierwsze wykorzystanie sklerozanta w postaci piany opisano w 1944 roku. Orbach zaproponował skleroterapię piankową, otrzymując pianę poprzez wstrząsanie strzykawki, w której znajdował się płynny środek i powietrze. Jednak ze względu na małą skuteczność terapii, prawdopodobnie z powodu niedoskonałości użytego preparatu jak i

sposobu wytwarzania piany, zainteresowanie tą metodą na kilkadziesiąt lat ustało. Dopiero w 1993 roku Juan Carbrera zaproponował nowy skuteczniejszy sposób wytwarzania piany uzyskując zadowalające efekty terapii. Obecnie najpopularniejszym sposobem wytwarzania roztworu piany jest metoda Tessariego. Polega ona na połączeniu dwóch strzykawek przy pomocy specjalnego łącznika, z których jedna jest wypełniona powietrzem a druga środkiem obliterującym. Ruch tłoków powoduje wymieszanie zawartości strzykawek i powstanie piany. Stabilność uzyskanej substancji jest determinowana szeregiem czynników takich jak stężenie środka, czas mieszania, proporcje, etc. Metoda ta jest obecnie szeroko stosowana ze względu na swą prostotę i niski koszt uzyskania stosunkowo dobrej jakości piany. Natomiast bardzo istotny czynnik ludzki w procesie wytwarzania piany powoduje, że nie można jej ustandaryzować. Korzyści wynikające ze stosowania piany wynikają z jej właściwości fizyko-chemicznych - płynny roztwór po podaniu do naczynia ulega wymieszaniu z krwią, co powoduje rozcieńczenie i zmniejszenie stężenia preparatu przekładając się na skuteczność działania. Wynaczyniona piana jest znacznie lepiej tolerowana niż wynaczyniony płyn. Wstrzyknięcie piany powoduje wypchnięcie krwi z naczynia umożliwiając bezpośredni kontakt środka obliterującego ze śródbłonką. Stężenie środka sklerotyzującego na powierzchni pęcherzyka jest największe a efekt działania najsilniejszy. Piana pozostaje w naczyniach znacznie dłużej niż płyn i w związku z tym dłużej oddziałuje na ścianę. Możliwość zastosowania niższych stężeń preparatu do uzyskania podobnego efektu klinicznego jest kolejną zaletą stosowania piany. Jednocześnie zwiększamy nawet pięciokrotnie objętość środka obliterującego, co umożliwia leczenie większej liczby zmian podczas jednej sesji. Podsumowując, mniejsze stężenie i objętość wstrzykiwanego środka powoduje zwiększenie bezpieczeństwa skleroterapii przy jednoczesnym zwiększeniu skuteczności samej terapii.

W moim gabinecie używany jest polidokanol (Aethoxysklerol) w stężeniach od 0,5%-3,0%, w zależności od wskazań. Ze względu na rodzaj obecnie stosowanych środków jak również małe rozmiary igieł do wstrzykiwania leku, zabieg jest praktycznie bezbolesny. Dla uzyskania zadowalającego efektu kosmetycznego niejednokrotnie konieczne jest powtórzenie zabiegu w okresach 6-8 tygodniowych (zazwyczaj 2-4 razy), co jest związane z ograniczeniem ilości podawanego jednorazowo środka obliterującego. Efekt terapeutyczny widoczny jest zazwyczaj po około 6-8 tygodniach.

Wskazania

1. Żylaki do 4 mm

2. Teleangiektazje, tzw. „pajęczki naczyniowe” - odpowiadają wewnątrzskórnym poszerzeniom spłotu żylnego podbrodawkowego
3. Żyły siatkowate
4. Niewydolność żył przeszywających, tzw „perforatorów”.

Zarówno „pajęczki” jak również żyły siatkowate związane są z patologią żył układu powierzchownego, głębokiego lub żył przeszywających, która powinna być leczona przed terapią zmian widocznych na skórze. Stąd też istnieje konieczność wykonania dokładnego badania flebologicznego łącznie z obrazowaniem Dopplerowskim przed podjęciem leczenia.

Przeciwwskazania

1. Brak diagnostyki Dopplerowskiej układu żył powierzchownych i głębokich
2. Niewydolność żyły odpiszczelowej wielkiej (GSV) lub żyły odstrzałkowej (SSV)
3. Znaczny *reflux* w obrębie żył głębokich
4. Zmienione naczynia żyłne o średnicy przekraczającej 4 mm
5. Niewydolność układu tętniczego (niedokrwienie kończyn)
6. Neuropatia cukrzycowa
7. Znaczna otyłość
8. Choroby tkanki łącznej
9. Unieruchomienie lub niedostateczna zdolność do poruszania się
10. Nadwrażliwość (uczulenie) na środek obliterujący (Aethoxysclerol)
11. Ciąża i karmienie piersią
12. Niestabilne nadciśnienie tętnicze
13. Infekcja ogólna lub miejscowe zakażenie
14. Przebyty incydent zakrzepicy układu głębokiego
15. **NIECHĘĆ PACJENTA DO STOSOWANIA WYROBÓW UCISKOWYCH (BANDAŻE, PONCZOCHY UCISKOWE)**

Powikłania po zabiegu skleroterpii

1. Siniaki - występują niemal po każdym zabiegu. Ulegają wchłonięciu w okresie od 4 do 8 tygodni po zabiegu

2. Przebarwienia (1%) - zazwyczaj ustępują w okresie kilku tygodni. Część jednak (ok 1%) jest nadal widoczna po okresie około roku
3. Świąd i ból w miejscu iniekcji - dają się łatwo opanować środkami farmakologicznymi i nie wpływają na końcowy efekt leczenia
4. Neoangiektazje (3-10%), nowe „pajęczki” - zazwyczaj ustępują samoistnie w okresie roku. Niewielki odsetek wymaga ponownego leczenia (1%) - z wyboru jest to laseroterapia lub ponowna skleroterapia
5. Tworzenie skrzepliny w obrębie ostrzykiwanych naczyń - dotyczy głównie naczyń o większym świetle. Wymaga nakłucia i ewakuacji
6. Przejściowe zaniewidzenie (0,05%) - ma charakter przejściowy, ustępuje samoistnie po około 2 godzinach nie pozostawiając trwałych deficytów widzenia i nie wymaga leczenia
7. Martwica skóry i owrzodzenia (0,2%) - przy stosowanych obecnie stężeniach preparatu Aethoxysklerol, szczególnie w postaci piany występuje niezmiernie rzadko
8. Reakcje alergiczne (0,2%)
9. Zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna (0,1%)
10. Zakrzepica tętnicza (< 0,1%)
11. Zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych (< 0,01%)
12. Objawy ogólne (złe samopoczucie, nudności, gorączka, omdlenia (< 0,1%))

Przygotowanie do zabiegu.

Nie ma konieczności specjalnego przygotowywania się do zabiegu. Nie zaleca się wykonywania w dniu zabiegu depilacji lub golenia. Skóra powinna być czysta. Nie powinno się używać maści i kremów. Nie ma konieczności pozostawiania „na czczo” oraz odstawiania przyjmowanych na stałe leków.

Postępowanie po zabiegu

13. Bezpośrednio po zabiegu zaleca się chodzenie przez około 30 minut
14. Unikanie nasłoneczniania okolic ostrzykiwanych przez okres minimum 4 tygodni
15. Unikanie gorących kąpielii, sauny
16. Zaleca się intensywną aktywność fizyczną: jogging, jazda rowerem, basen dopiero po około 7 dniach od zabiegu
17. Normalna aktywność zawodowa

18. Stosowanie odpowiednich pończoch przez minimum 5-7 dni stale, a następnie przez 2 tygodnie, poza nocnym odpoczynkiem.

Stosowanie kompresjoterapii przy pomocy opasek elastycznych z bandaży słabiorozciągliwych lub pończoch o odpowiednim stopniu kompresji jest konieczne po zabiegach skleroterapii. Celem takiego postępowania jest ograniczenie tworzenia się zakrzepów i miejscowego stanu zapalnego, zmniejszenie ryzyka powstania przebarwień oraz ułatwienie procesu włóknienia naczynia.

Efekty zabiegu, rokowanie

Wynik leczenia jest sumą wielu czynników: właściwej kwalifikacji do zabiegu, wykonania zabiegu, wystąpienia działań niepożądanych a także postępowania pacjenta po zabiegu, czyli przestrzegania zaleceń lekarskich. Należy pamiętać, że leczenie drobnych pajęczków, żył siatkowatych i teleangiectazji ma znaczenie głównie estetyczne ale jest postępowaniem tylko objawowym. Oznacza to że nie istnieją zabiegi, które mogłyby wyleczyć samą przyczynę powstawania tej choroby, to znaczy predyspozycji pacjenta do wystąpienia objawów niewydolności żylniej. Zabieg zamknięcia jednego czy kilku niewydolnych naczyń żylnych nie zapobiegnie wystąpieniu niewydolności innego naczynia żylnego w przyszłości, jeśli chory ma takie predyspozycje. Podsumowując jesteśmy w stanie poprawić wygląd kończyn dolnych eliminując w znacznym stopniu patologie, które już wystąpiły, natomiast nie jesteśmy w stanie zabezpieczyć pacjenta przed występowaniem podobnych zmian w przyszłości. W większości zabiegów udaje się osiągnąć dobry efekt leczniczy i estetyczny. Obserwacje te skłaniają do pozostawiania pod opieką lekarską i okresowych kontroli stanu kończyn u wszystkich chorych kwalifikowanych i poddanych leczeniu. W przypadku pojawienia się nowych zmian naczyniowych konieczne mogą być kolejne zabiegi.

Pacjent powinien zaakceptować fakt, że w operowanej kończynie mogą wystąpić objawy niepożądane, w szczególności krwaki, podbiegnięcia krwawe, przebarwienia skóry, zaburzenia czucia czy ból. Ostateczny efekt zabiegu widoczny będzie dopiero po wygojeniu tych zmian.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami może Pani/Pan przygotować sobie i zadać pytania do lekarza prowadzącego, aby rozwiać wspólnie wszelkie wątpliwości i niejasności dotyczące planowanego leczenia jak również możliwych powikłań.