

# DIAGNOSTIKA A LIEČBA ZÁPALOVÝCH OCHORENÍ ŽILOVÉHO SYSTÉMU

Ewald Ambrózy

II. interná klinika LF UK a FNŠP, Bratislava

Tromboflebitída (skrátene flebitída) je zápal žily. Povrchová tromboflebitída vzniká, keď krvný uzáver vyvolá zápal v povrchových žilách, typicky na dolných končatinách. Dlhú dobu sa povrchová tromboflebitída považovala za nie vážne ochorenie. Podľa početných literárnych údajov sa výskyt komplikácií pohybuje medzi 5,6 % – 44 %. Ak však trombus postúpi do hlbokého venózneho systému, riziko vážnej komplikácie (pľúcnej embólie) je veľké. Cieľom liečby povrchovej tromboflebitídy je zabrániť postupu trombu do hlbokého venózneho systému a zastaviť zápalový a trombotický proces. Liečba povrchovej tromboflebitídy zahŕňa kompresívnu liečbu, mobilizáciu a podávanie nesteroidných protizápalových liekov. V prípade zvýšeného rizika hlbokaj venózneho trombozy je vhodná antikoagulačná liečba.

**Kľúčové slová:** tromboflebitída, flebitída, povrchová tromboflebitída, hlboká flebotrombóza, kompresívna liečba, nesteroidné protizápalové látky.

**Kľúčové slová MeSH:** tromboflebitída – diagnostika, terapia; flebitída; trombóza žilová; obvazy; antiflogistiká nesteroidové.

## DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF INFLAMMATORY VENOUS DISEASES

Thrombophlebitis (often shortened to phlebitis) is inflammation of a vein. Superficial thrombophlebitis occurs when a blood clot causes inflammation of superficial veins, typically in legs. For a long time, superficial thrombophlebitis was considered as a relatively harmless disease. According to recently published literature, the incidence of complication ranges between 5.6 and 44%. However, if the clot progress in a deep vein, the risk of serious complication (pulmonary embolism) is great. The goals of therapy for superficial phlebitis are to prevent progression into the deep venous system and to hasten the resolution of the inflammatory and thrombotic processes in areas already involved. The treatment of superficial thrombophlebitis encompasses compression, ambulation and nonsteroidal antiinflammatory agents. In cases of increased deep venous thrombosis risk, there is a rationale for anticoagulant treatment

**Key words:** thrombophlebitis, phlebitis, superficial thrombophlebitis, deep venous thrombosis, compression, nonsteroidal antiinflammatory agents.

**Key words MeSH:** thrombophlebitis – diagnosis, therapy; phlebitis; venous thrombosis; bandages; anti-inflammatory agents, non-steroidal.

Via pract., 2005, roč. 2 (9): 334–336.

### Definícia

Zápalové ochorenia žíl môžeme v širšom zmysle slova zaradiť k vaskulitídám. Termín **phlebitis** označuje zápal povrchových a hlbokých žíl. Môže prebiehať bez sekundárnej trombozy, častejšie však zápal žilovej steny vedie k trombóze postihnutého žilového úseku s následnou apozíciou trombu. Opačne môže primárne vzniknutá trombóza viesť k aseptickému zápalu žilovej steny. Tromboflebitídou označujeme všetky povrchové flebitídy s konzekutívnou trombózou alebo trombózu s konzekutívnou flebitídou, pričom nie vždy možno jednoznačne určiť, či bola skôr flebitída alebo trombóza. K odlíšeniu postihnutia hlbokého systému sa používa termín **flebotrombóza**, nakoľko sa liečebné postupy zásadne odlišujú.

Flebitídy môžeme, práve tak ako vaskulitídy, deliť podľa viacerých hľadísk. Z patologickeo-anatomickeho hľadiska rozdeľujeme flebitídy na **primárne** – vzniknuté a lokalizované v stene žily – a **sekundárne** – asociované v rámci systémového ochorenia (4). Ďalej ich rozdeľujeme podľa toho, či je etiológia známa alebo neznáma.

Z klinického hľadiska sa javí výhodnejšie a rozšírenejšie delenie anatomické, podľa lokalizácie, na **povrchové** a **hlboké**, nezávisle od etiológie.

### Primárne flebitídy

#### 1. Neznámej etiologie:

- idiopatická thrombophlebitis saltans sive migrans,
- Mondorova choroba,
- epidemická (tropická) thrombophlebitis,
- granulomatózna obrovsko-bunková thrombophlebitis.

#### 2. Známej etiologie:

- varicophlebitis a thrombophlebitis ako následok trombozy,
- septická thrombophlebitis povrchových žíl,
- thrombophlebitis po podaní toxickéj látky.

### Sekundárne flebitídy

1. Symptomatická thrombophlebitis saltans,
2. thrombophlebitis pri Behcetovej choroby,

3. thrombophlebitis pri sarkoidóze,
4. thrombophlebitis pri malignite,
5. thrombophlebitis pri infekčnom ochorení.

Rizikové faktory povrchovej tromboflebitídy sú prakticky identické ako u hlbokaj flebotrombozy. Stále je aktuálne Virchowovo rizikové trias – žilová stáza, hyperkoagulačný stav a poškodenie žilovej steny. Je zrejmá možná súvislosť medzi vznikom povrchovej a hlbokaj tromboflebitídy u imobilizovaného, onkologickeho, dehydratovaného pacienta, podobne ako u pacienta po veľkom operačnom výkone, po traume, s vrodenou poruchou fibrinolytického syndrómu atď. Tehotenstvo a šestonedelie, rovnako ako aj terapia vysoko dávkovanými estrogénmi, sú ďalšie známe rizikové faktory. S vekom rastie výskyt ostatných rizikových faktorov, a tým i celkové riziko ochorenia. Najčastejšie rizikové faktory tromboflebitídy sú trauma, imobilizácia, operačný zákrok, tehotenstvo, pôrod, hormonálna liečba, malignita, predchádzajúca tromboflebitída alebo tromboembolickeo choroba, získaná alebo vrodená trombofília, žilová katetrizácia (5).

Obrázok 1. Varicophlebitis.



Obrázok 2. Varicophlebitis – koagula po incízii a expresii.



### Thrombophlebitis superficialis

Táto forma flebitídy je charakteristická postihnutím normálnej povrchovej žily. V porovnaní s varikoflebitídou sa vyskytuje zriedkavejšie (6,3% (3)) a postihuje v rovnakom pomere obe pohlavia. Povrchová tromboflebitída sa môže vyskytovať spontánne, ale najčastejšie vzniká poškodením žilovej steny. Možné príčiny vzniku tromboflebitídy sú:

- idiopatické,
- trauma,
- po katetrizácii,
- infekčné,
- chemické alebo osmotické poškodenie,
- paraneoplastické,
- thrombangiitis obliterans.

Klinická diagnóza povrchovej tromboflebitídy je jednoduchá a zväčša nevyžaduje ďalšie náročné pomocné vyšetrenia. Ak však vzhľadom na klinický obraz, alebo rozsah a lokalizáciu povrchovej tromboflebitídy vyvstáva podozrenie na možnú hlbokú flebotrombózu alebo embolizáciu do pľúc, je nevyhnutné doplniť duplexné ultrasonografické vyšetrenie, flebografiu, perifúziu scintigrafiu pľúc, HR-CT a MRI vyšetrenie.

Spočiatku sa tromboflebitída manifestuje bolestivým zápalovým začervenaním s lokálnym opuchom, pokračuje hmatným pásovitým zatvrdnutím v priebehu povrchovej žily. Známkou zápalu ustupujú v priebehu niekoľkých dní až týždňov, pretrváva tuhá povrchová obliterovaná žila so žltou pigmentáciou. Organizáciou a resorpciou trombu nastáva po čase spontánna rekanalizácia. V týchto úsekoch však často dochádza k recidíve.

Povrchové tromboflebitídy majú zväčša dobrú prognózu vyliečenia. Pri včasnej a správnej liečbe predchádzame možným komplikáciám – zriedkavej abscedujúcej flebitíde a pomerne častej, latentne prebiehajúcej ascenzii tromboflebitídy do hlbokého žilového

systému s 2–13% výskytom embolizácie do pľúc (2).

U hospitalizovaných pacientov so zavedenou kanylou je častou komplikáciou *septická tromboflebitída*, ktorá býva zdrojom systémovej reakcie v podobe septikémie s horúčkou, triaškou, a môže byť začiatkom vážneho ochorenia ako napríklad endokarditídy. V tomto prípade je opodstatnená systémová antibiotická liečba.

### Varicophlebitis

Najčastejšou formou tromboflebitídy je *varikoflebitída*, zápalom postihnutá kľčová žila (v 91,5% (3)), u primárnych kmeňových a vetvových kľčových žilách v 30–44%, u retikulárnych žil v 11–20% (4)). Prvotnou príčinou varikoflebitídy je trombóza v dôsledku spomaleného prúdenia krvi v rozšírených kľčových žilách a štruktúrnych zmien žilovej steny. Vyvolávajúcou príčinou však najčastejšie býva poranenie žilovej steny.

Napriek klinickým známkam zápalu v okolí postihnutého úseku kľčovej žily, je patologicko-anatomicky len malá zápalová infiltrácia steny kľčovej žily s minimálnym zhrubnutím. Diskrétna intramurálna lymfocytárna infiltrácia je ako sekundárna reaktívna reakcia na organizáciu a adhérenciu trombu k stene. Membrana elastica interna a externa nie sú porušené. (4)

Klinický priebeh je identický s tromboflebitídou, avšak lokálne známky zápalu sú výraznejšie vyznačené a v diferenciálnej diagnostike je potrebné vylúčiť erysipel, dermatitídu a lymfangoitídu. V prípade bakteriálnej superinfekcie vzniká riziko septickej alebo abscedujúcej varikoflebitídy. Závažnou sa varikoflebitída stáva pri ascenzii do oblasti junkcie veľkej a malej skrytej žily, poprípade spojovacích žil, s rizikom propagácie do hlbokého žilového systému. Zdokonalením diagnostických možností sa zvyšuje aj prevalencia hlbokoj flebotrombózy u pacientov

s povrchovou tromboflebitídou 20–25%. (1, 2, 6) Neascendujúce tromby v malej a veľkej skrytej žile zväčša rýchlo organizujú a adhegujú k žilovej stene, čím sa výrazne znižuje riziko embolizácie do pľúc. Ale môže sa vyskytnúť, a to najčastejšie latentne. Preto sa odporúča u rozsiahlejšej tromboflebitídy veľkej a malej skrytej žily, predovšetkým v blízkosti safeno-femorálnej a safeno-poplitálnej junkcie duplexné ultrasonografické vyšetrenie.

### Liečba

Liečba primárnej tromboflebitídy a varikoflebitídy zahŕňa opatrenia:

1. Kompresívna liečba s vysokým pokojovým aj pracovným tlakom.
2. Primeraná pohybová aktivita, nie imobilizácia.
3. Lokálne alebo systémové podávanie nesteroidných antiflogistík.
4. Antikoagulačná liečba v prípade rizika ascenzie trombu do hlbokého žilového systému – nízkomolekulové heparíny.
5. V prípade rozsiahlejšieho trombu incízia a expresia koagula.

Podľa našich poznatkov je najčastejšou chybou neodôvodnené systémové podávanie antibiotík a zanedbanie správnej kompresívnej liečby, podávanie neúčinnnej antitrombotickej liečby – kyseliny acetylsalicylovej ako prevencie hlbokoj flebotrombózy.

### Thrombophlebitis saltans sive migrans

Ide o jednu z foriem povrchovej tromboflebitídy. Charakteristická je väčšinou súčasne viacsegmentovým postihnutím kožných a podkožných žil, ktoré nie sú viazané na epifasciálny žilový systém (veľká a malá skrytá žila, bočné vetvy). Vyskytuje sa asi v 1,8% všetkých povrchovej tromboflebitíd (3), predovšetkým u mladších pacientov.

Klinicky sa prejavuje krátkymi segmentovými bolestivými začervenaniami s miernym lokálnym opuchom, ktoré môžu postihovať ďalšie žily, „skákať“ (saltans) alebo sa šíriť v priebehu žily (migrans).

Viac-menej tento typ tromboflebitídy býva súčasťou závažných systémových ochorení (4):

- thrombangiitis obliterans (asi v 50%),
- malignity,
- špecifické infekcie (lues, tbc),
- systémové ochorenia spojiva.

Liečba je identická s povrchovou tromboflebitídou, dôležité je však pátrať po etiológii a v prípade jej ozrejmenia samozrejme liečba základného ochorenia.

### Morbus Mondor

Zriedkavá forma povrchovej tromboflebitídy (asi 0,35% všetkých povrchových tromboflebitíd (4)). Klinicky charakteristická nebolestivými tuhými povrazovito zmenenými žilami, na podklade fibrotizujúcej endoflebitídy,

bez známok zápalu. Manifestuje sa medzi 20.–40. rokom života, častejšie na horných končatinách, špeciálne na bočných stranách hrudníka a v hornej časti brušnej steny. Etiológia je podobne ako pri thrombophlebitis saltans často závažným systémovým ochorením (4).

### Literatúra

1. Böhmeke T, Hanefeld C, Weber K, et al. Kardiogener Schock bei embolisierender Thrombose, sonographischer Nachweis bei unauffälliger Phlebographie. Herz Kreisl 1996; 28: 296–299.
2. Jorgensen IO, Hanel KC, Morgan AM, Hunt JM. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs. J Vasc Surg 1993; 18: 70–73.
3. Feuerstein W. Chronic insufficiency of leg veins and aging. Phlebologie 1989; 31 (3): 263–268.
4. Leu AJ, Hoffmann U, Franczek UK, et al.: Varikophlebitis und Thrombophlebitis saltans sive migrans. Dtsch Med Wochenschr 1996; 121: 527–531.
5. Lill G, Gerlach HE. Diagnostik und Therapie der tiefen Beinvenenthrombose (Phlebothrombose). In: Rabe, E: Grundlagen der Phlebologie 3. Auflage, Viavital, Köln 2003, 319–336.
6. Lutter KS, Terr TM, Rodersheimer LR, et al. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex Scanning. Surgery 1991; 110: 42–46.
7. Rieger H: Entzündliche Venenkrankheiten, In: Rieger, H: Klinische Angiologie, Springer Verlag, Heidelberg 1998, 1031–1035.

Étienne Bidat, Christelle Loigerot

## Alergie u dětí

Jak jim předcházet a jak je potlačovat

Alergie jsou nemocí století. I když jsou četné, příliš se toho o nich neví. Pokud se u dítěte objeví alergie – astma, ekzém, alergie na určitou potravinu, „senná rýma“... – rodiče často podléhají obavám a hledají odpovědi na otázky související s onemocněním, o vedlejších účincích léků apod. Od 80. let minulého století prošla alergologie velkým vývojem, ale v rodinách často chybějí nejnovější informace o symptomech, vývoji onemocnění a způsobech, jak mít nemoc pod kontrolou. Autoři knihy přinášejí v jedenácti kapitolách stovku odpovědí na dané téma. Snaží se objasnit všechny otázky, které mohou trápit rodiče i jejich děti, a tím napomoci i v boji proti alergiím a podpořit prevenci těchto potíží. Kniha představuje přehledný a vyčerpávající zdroj informací, pomáhá pochopit alergie, ale samozřejmě nenahrazuje lékařskou péči.

brož., 160 s., 219 Kč, 329 Sk

Ján Praško

## Úzkostné poruchy

Moderní trendy v léčbě

Úzkostné poruchy představují nejčastější psychické poruchy, které postihují velkou část populace. Setkávají se s nimi nejen psychiatři a psychoterapeuti, ale i praktičtí lékaři, zdravotníci a sociální pracovníci. Známy odborník uvádí ucelený přehled úzkostných poruch, zabývá se jejich vznikem, diagnostikou, průběhem v dětství i v dospělosti. Především však shrnuje nové trendy v komplexní léčbě úzkostných poruch, tedy kombinaci psychoterapie s farmakologickou léčbou. Monografie obsahuje řadu kazuistik.

váz., 416 s., 577 Kč, 865 Sk

Objednávky:

Portál Slovakia, Školská 36, 968 19 Nová Baňa, tel. 045/6856 587, 0910 995 655, www.portal.cz

