

LOWER LIMB ISCHEMIA AND LUMBAR SYMPATHECTOMY

PODLAHA J, ROUBAL P, GREGOR Z, LEYPOLD J, PISKAC P, HAKL M, PAVLIKOVA J

ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN A LUMBÁLNÍ SYMPATEKTOMIE

Summary

We consider lumbar sympathectomy (LSE) to be the last attempt to improve the condition of the limb. Though being aware of inconsistent opinions on LSE, we are not opponents of this method, particularly if it is carried out in a selected group of patients, that is in case of: 1) treatment of frostbites, 2) treatment of patients at an early stage of advanced ischemia whose main symptom is moderate night pain at rest, 3) desiccation of chronically moist ulcerations between the toes, 4) treatment of patients with reflex symptomatic dystrophy (causalgia), 5) Buerger's disease.

Key words: lumbar sympathectomy, treatment of lower limb ischemia.

Souhrn

Chtěli bychom zdůraznit, že LSE pokládáme v indikovaných případech za možnou a prospěšnou metodu v repertoáru cévní chirurgie. I když jsme si vědomi rozporuplnosti v názoru na LSE, nejsme jejími odpůrci zvláště u vybrané skupiny pacientů, a to v případě, že se jedná o: 1. léčbu omrzlin, 2. léčbu nemocných v časném stadiu pokročilé ischemie, jejichž hlavním symptomem je mírná noční klidová bolest, pokud není možná tepenná rekonstrukce, 3. pro vysušení chronicky vlhkých exulcerovaných míst mezi prsty, 4. k léčbě nemocných s reflexní symptomatickou dystrofií (kauzalgií), 5. morbus Buerger,

Klíčová slova: lumbální sympatektomie, léčba ischemické choroby dolních končetin.

Nikdo nepopírá, že základní funkcí sympatiku na tepenný systém je mimo jiné rozšíření věnčitých tepen, ale také zúžení periferních cév, či zúžení cév kosterních svalů. Přesto bederní, či lumbální sympatektomie je stále diskutovaným a mnohdy neprávem odmítaným výkonem.

Lumbální sympatektomie je jen málokdy indikovaná jako samostatný léčebný výkon u nemocných s uzávěry velkých tepen dolních končetin, dokonce i v kombinaci s cévní rekonstrukcí je stále uváděna jako výkon sporný.

Tato reprezentuje kontroverzní téma. Je možné se ztotožnit s názorem mnohých autorů, kteří uvádějí, že bederní odstranění sympatiku je neefektivní v léčbě gangrén prstů, nebo nohy, ani nesnižuje nutnou výšku amputace u těchto pacientů, či ani amputaci neoddluje. Rovněž u diabetických pacientů po rekonstrukčním tepenném chirurgickém zákroku není vhodnost lumbální sympatektomie jistá. Podle našich klinických zkušeností však máme za to, že lumbální sympatektomie v indikovaných případech je pro pacienta přínosem.

Materiál a metodika

Za šestileté období (1992—1997) bylo na II. chirurgické klinice FN Brno provedeno 231 lumbálních sympatektomií. Poměr mužů a žen byl 168 ku 63. Průměrný věk pacientů byl 62 let.

IInd Department of Surgery and Anesthesiology and Resuscitation, School of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic
Correspondence to: J. Podlaha, MD, PhD (e-mail: jiri@podlaha@fnusa.cz)

Spektrum pacientů indikovaných k operaci zahrnuje:

1. 1 pacientku s bolestmi chodidla a nehojící se nekrotickou kůží, podkoží dorza chodidla po omrzlině,
2. 133 pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin, a to ve stadiu II, III podle Fontaina, většinou s mírnou noční klidovou bolestí. Jednalo se o vybrané pacienty, kde již nebyla možná tepenná rekonstrukce povrchní stehenní tepny, ale rekonstrukce podpurná — plastika výtoku do hluboké stehenní tepny,
3. 95 pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin, a to ve stadiu II, III podle Fontaina, většinou s mírnou noční klidovou bolestí, kde již nebyla možná žádná tepenná rekonstrukce,
4. 2 pacienty s chronicky vlhkými chodidly a exulcerovanými místy mezi prsty.

Ať již jako operace, či chemická pod kontrolou CT (Heidel a spol., 1998) se provádí na našem pracovišti až po zjištění efektu, a to blokadou bederního sympatiku ve výši L2—L3 metodou ztraceného odporu.

Operačně přístup k bedernímu sympatikovému provazci je možný transperitoneálně, či extraperitoneálně, či endoskopicky miniinvazivní technikou (Wronski, 1998). Při transperitoneálním přístupu z dolní střední, či horní-dolní střední laparotomie můžeme operovat na obou stranách, tato metoda se používá v kombinaci s tepennou rekonstrukcí. Jednodušší a méně zatěžující výkon je přístup extraperitoneální, a to v kombinaci s profundoplastikou, nebo jako samostatný výkon. Řez je možné vést jako vysoký střídavý, anebo pararektální.

Při extraperitoneálním přístupu z vysokého střídavého řezu svaly protínáme po vrstvách a peritoneální vak odsunujeme mediálně a kraniálně. Bederní sympatikus hledáme mezi m. psoas major a pateří. Zprvu jej snáze hmatáme, než vizualizujeme. Po ověření exstirpujeme první až třetí bederní ganglion. První bederní ganglion se snažíme exstirpovat pouze na jedné straně, aby nedošlo k poruše potence. Odstraněná ganglia vždy vyšetřujeme histologicky. Konce sympatiku zajišťujeme svorkami. Vždy dáváme Redonův drén do retroperitonea a pak sešíváme ránu po vrstvách.

Před a po operaci je vždy měřena kožní teplota. Dále měříme kožní vodivost, validita však nebyla potvrzena a kožní odpor, ten se snižuje o 30–40 % (Roubal a spol., 1998).

Výsledky

Jako samostatný výkon byla tato provedena u 98 pacientů, a u 133 jako výkon v kombinaci s cévní rekonstrukcí, většinou profundoplastikou. Stav pacienta se operací zlepšil u 163 případů (za zlepšení bylo pokládáno subjektivní zlepšení pacientovým obtížím, zvýšení kožní teploty, 3krát dokonce byla i přítomna pulsace na periférii u pacientů pouze po LSE). Stav pacienta zůstal stejný u 59 případů (stejná kožní teplota). Zhoršení nastalo u 9 pacientů. Infekce rány se vyskytla ve sledovaném souboru 3krát. Amputace v důsledku progresu základní choroby 8krát. Exitus nebyl zaznamenán.

Výsledky podle diagnózy:

1. 1 pacientka s bolestmi chodidla a nehojící se nektrózou kůže, podkoží dorza chodidla po omrzlině. U této lumbální sympatektomie vedla k uzavření defektů a vymizení algických obtíží do 14 dnů. Je již 6 let bez obtíž.
2. 133 pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a to ve stadiu II, III i IV podle Fontaina (poměr 42:81:10). Většinou však s mírnou noční klidovou bolestí. Jednalo se o vybrané pacienty, kde již nebyla možná tepenná rekonstrukce povrchní stehenní tepny, ale rekonstrukce podpůrná — plastika výtoku do hluboké stehenní tepny. Obtíže se zmírnily u 105 pacientů, 25 mělo nadále stejné obtíže a u 3 nastalo zhoršení. 3 amputace spadají do skupiny stadia IV podle Fontaina.

3. 95 pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin, a to ve stadiu II, III podle Fontaina (poměr 35:60). Většinou s mírnou noční klidovou bolestí, kde již nebyla možná žádná tepenná rekonstrukce. Obtíže se zmírnily u 55 pacientů, 34 mělo nadále stejné obtíže a u 6 nastalo zhoršení. 5 amputací, spadají do skupiny III podle Fontaina.
4. 2 pacienti s chronicky vlhkými chodidly a exulcerovanými místy mezi prsty. Lumbální sympatektomie vedla v obou případech ke zvýšení kožní teploty a vysušení chodidel a ústupu ulcerací.

Diskuse

Výsledky nás opravňují k názoru, že angiografií potvrzený nedostatečný výtokový trakt, a tím i nemožnost cévní rekonstrukce nutí operátora hledat možnost řešení zlepšení stavu končetiny. Jednoduchou operací prakticky nezatažující nemocného je lumbální sympatektomie.

Tato se jeví jako poslední pokus o možné zlepšení stavu končetiny.

Test reflexní tepenné vazodilatace považujeme za dobrý, ale méně průkazný než námi prováděný test přímého zjištění efektu, a to blokádou bederního sympatiku ve výši L2—L3 metodou ztraceného odporu (Van Damme a spol., 1997).

Literatúra

- Roubal P., Hakl M., Podlaha J., Pavlíková J., Leypold J., Gregor Z.: Preoperative diagnostics of the effect of lumbar sympathectomy. S. 78–79. In: Sborník 1 st. Congress of the Central European Vascular Forum, Prague, Czech Republic, November 26–28, 1998.
- Wronski J.: Lumbar sympatectomy performed by means of videoscropy. *Cardiovasc. Surg. (England)*, 6, 1998, č. 5, s. 453–456.
- Heidel W., Ernst S., Manshausen G., Gawenda M., Siemens P., Krahe T., Walter M., Lackner K.: CT guided lumbar sympatectomy, results and analysis of factors influencing the outcome *Cardiovasc. Intervent Radiol. (US)*, 21, 1998, č. 4, s. 319–323.
- Van Damme H. a spol.: Thrombangitis obliterans (Buerger's disease) still a limb threatening disease. *Acta Chir. Belg.*, 97, 1997, č. 5, s. 229–236.

Received May 14, 1999.

Accepted March 10, 2000.