

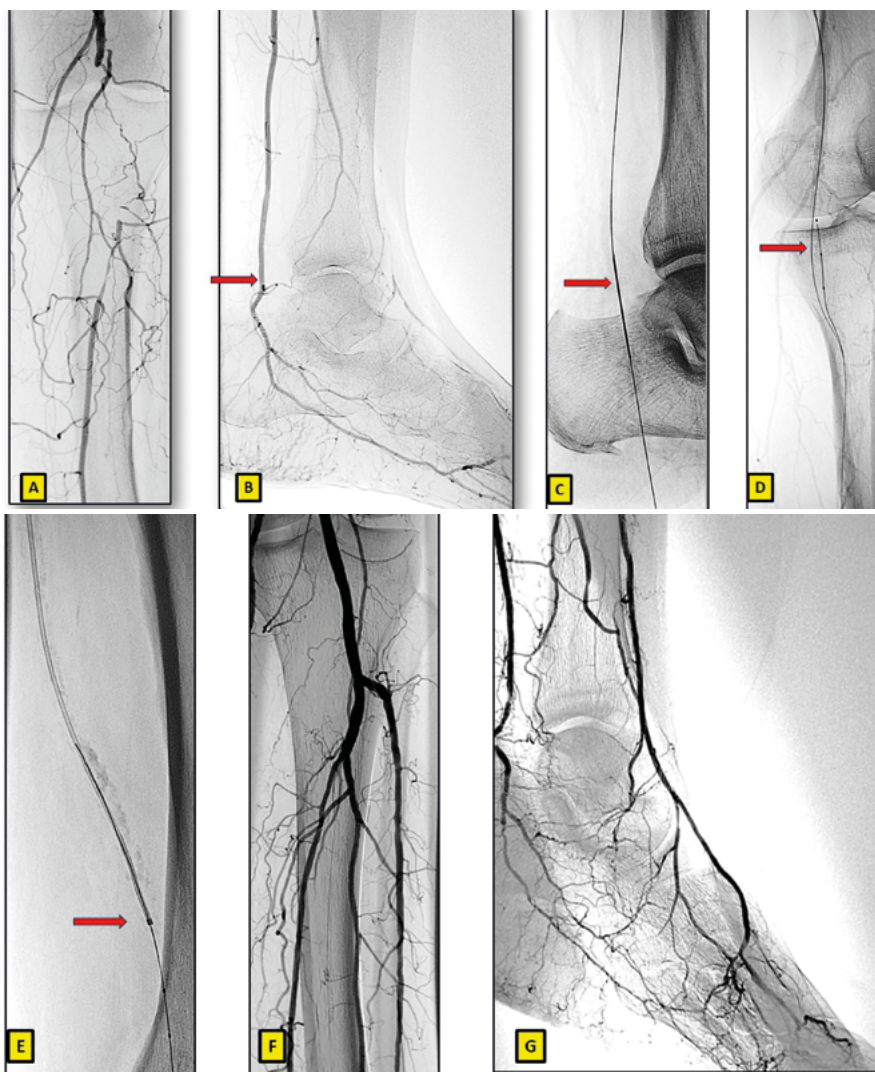
Tab. 4. Stručné doporučení pro léčbu CLTI (6) (upraveno dle ESC 2017)

Doporučení pro léčbu CLTI
Časná identifikace ztráty tkáně a případné infekce spolu s následným odesláním k vaskulárnímu specialistovi jsou nutné pro záchranu končetiny.
Urgentně vyšetřete a lečte pacienty se známkami nebo symptomy ICHDK a infekce nohy, protože jsou zvláště ohroženi vysokou amputací končetiny.
U pacientů s CLTI je indikováno stanovení rizika amputace.
Zajistěte intenzivní management KV rizika, včetně odvykání kouření, léčby hypertenze, kompenzace diabetu, léčby statiny a antiagreganci.
Vyhodnoťte arteriální řečiště celé DK s podrobným zobrazením podkolenních a pedálních tepen v anteroposteriorním a laterálním zobrazení.
Indikace typu revaskularizace by měla být konsenzem endovaskulárního, cévně chirurgického a ošetřujícího lékaře.
Neindikujte revaskularizaci u pacientů, u kterých je z hlediska prognózy pacienta poměr rizika a benefitu revaskularizace nepříznivý.
Revaskularizace pro záchranu končetiny je indikována vždy, pokud je uskutečnitelná.
Při revaskularizaci u pacienta s ulcerací je nutné obnovit přímý průtok alespoň v jedné z tepen nohy, přednostně v tepně, která zásobuje anatomickou oblast ulcerace.
Po zákroku vyhodnoťte účinnost revaskularizace objektivním měřením perfuze.

úspěch u tibioperoneálních okluzí: technika pedál-plantární smyčka pro revaskularizaci tepen nohy, retrográdní rekanalizace popliteální tepny (Obr. 1 a 2), subintimální rekanalizace, metoda lithotrypse, distální venózní arterializace (obrácení venózního toku po arterializaci zachovalého žilního řečiště se může obnovit perfuze distální končetiny) (31).

Revaskularizace založená na důkazech

Chirurgická revaskularizace byla po desetiletí zlatým standardem léčby pacientů s CLTI. Nástup nových endovaskulárních technologií s nárůstem erudice intervencionalistů a počtu úspěšných zákroků využívajících tento přístup vedl k vysoké technické úspěšnosti s dobrými krátkodobými výsledky (32). Většina terapeutických postupů a doporučení v léčbě CLTI se dosud opírala o studii „Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg“ (BASIL) (33), která představovala po mnoho let jedinou randomizovanou studii srovnávající EVL a chirurgickou léčbu. Studie BASIL dospěla k závěru, že u pacientů s CLTI v důsledku infrainguinálního onemocnění byly strategie „bypass-surgery-first“ a strategie „balon-angioplasty-first“ spojeny s podobnými výsledky, pokud jde o přežití bez amputace po dvou letech. Kohorta s chirur-

Obr. 1. Retrográdní rekanalizace bérce tepen levé dolní končetiny

A, B – Úvodní AG s nálezem uzávěru a. poplitea (AP) a a. tibialis anterior (ATA); C – Retrográdní punkce a. tibialis anterior (ATA) se zavedením vodiče (šipka); D – Antegrádní zavedení vodiče z femorálního přístupu s 6F pouzdrém k distálnímu konci retrográdně zavedeného vodiče z ATP; E – Zachycení vodiče do pouzdra (šipka). Následuje jeho vytažení přes pouzdro vně pacienta a po něm antegrádní zavedení PTA katétru k rekanalizaci uzávěru AP a ATA; F, G – Závěrečná AG ukazuje zprůchodněné všechny tepny bérce a nohy; (AG z archivu MUDr. P. Maštalky, Angio a.s., Kolín)