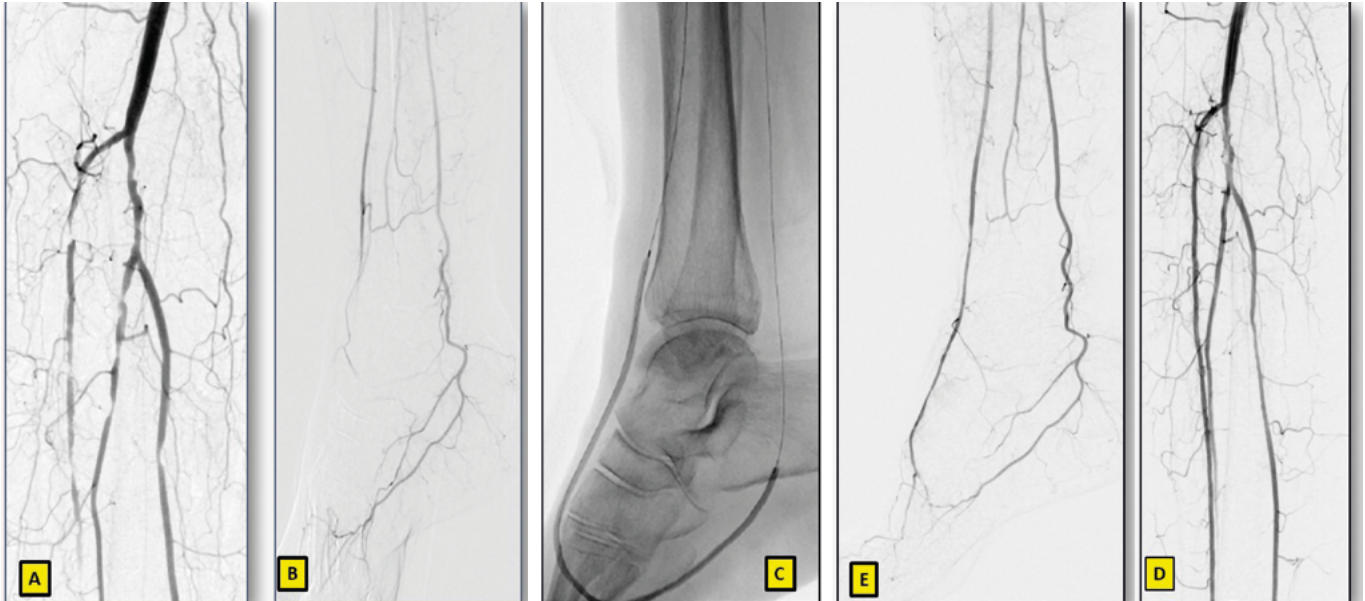


**Obř 2.** Technika pedál-plantární smyčky pro revaskularizaci tepen nohy (z archivu MUDr. S. Hellera, Ph.D., Angio a.s., Příbram)

A,B – Úvodní DSA s uzávěry a. tibialis ant. (ATA), stenózami a. fibularis a ATP. Uzávěr a. dorsalis pedis; C – Projití vodičem do uzavřené ATA a ADP a jeho zavedení do a. plantaris s následnou PTA; D – Závěrečná AG po EVL s rekonstrukcí všech 3 bérceových tepen a tepen nohy.

gickou léčbou (bypass) ale vykazovala významně nižší riziko úmrtí, amputace nebo obojího. Studie BASIL se s odstupem nepovažovala za použitelnou v reálném světě, hlavně kvůli vývoji širokého spektra novějších zařízení a technik v EVL. Volba mezi otevřenou operací a EVL jako počáteční léčbou, se mezi chirurgy velmi liší. Většinou závisí na operačním riziku pacienta, postižení tepenného řečiště a dostupnosti vhodného autologního žilního konduitu, stejně jako na preferencích pacienta, preferencích a dovednostech chirurga. Studie BEST-CLI (mezinárodní, randomizovaná, prospektivní, multicentrická, otevřená studie) měla za cíl zjistit, zda je EVL u pacientů s CLTI lepší než chirurgická (34).

Studie zahrnovala dvě paralelní studie založené na předoperačním posouzení dostupnosti autologního žilního konduitu velké safény (VSM) pro bypass. První kohorta zahrnovala pacienty s dostupnou VSM a druhá kohorta pacienty, kteří potřebovali alternativní bypass. Primárním výsledným měřítkem byla kombinace amputace nad kotníkem, velká reintervence nebo smrt z jakékoli příčiny. Do kohorty 1 bylo zařazeno celkem 1434 pacientů s dostupnou VSM, přičemž 718 podstoupilo chirurgický bypass a 716 dostalo EVL. Závažné nežádoucí příhody se vyskytly u 42,6 % operační skupiny a u 57,4 % u endovaskulární. Velká reintervence byla provedena u 9,2 % pacientů patřících do chirurgické skupiny a u 23,7 % pacientů patřících do endovaskulární skupiny. Amputace nad kotníkem vyskytly u 10,4 % chirurgické skupiny a u 14,9 % u endovaskulární. Incidence úmrtí z jakékoli příčiny a předoperační úmrtí byly u obou skupin podobné. Do kohorty 2 bylo zařazeno celkem 396 pacientů bez adekvátní VSM, přičemž 197 bylo léčeno chirurgicky a 199 EVL. V chirurgické skupině bylo provedeno 48 bypassů alternativními autologními žilami a 119 bypassů protetickým konduitem. Primární výsledky MALE nebo úmrtí z jakékoli příčiny se vyskytly u 42,8 % pacientů patřících do chirurgické skupiny a u 47,7 % pacientů patřících do skupiny endovaskulární. Chirurgická skupina vykazovala lepší výsledky, pokud jde o dobu do velké reintervence, zatímco mezi těmito dvěma skupinami nebyly zaznamenány žádné

rozdíly v době do amputace nad kotníkem nebo úmrtí z jakékoli příčiny. Celkové výsledky této studie naznačují, že předoperační plánování u pacientů s CLTI by mělo zahrnovat posouzení rizika pacienta a dostupnost VSM. U pacientů s dobrou kvalitou VSM byl žilní bypass lepší počáteční strategií. Naopak pacienti bez adekvátních žilních konduitů profitovali z EVL. Limitací studie byla skutečnost, že jen 13 % center mělo k dispozici multidisciplinární tým. Ve 28 % centrech prováděl intervence jen cévní chirurg. Až 75 % intervenčních výkonů prováděli lékaři primárně nespécializovaní na EVL s 15 % technickým neúspěchem a převedení na chirurgickou léčbu. Multicentrická randomizovaná studie BASIL-2 (Bypass versus angioplasty for severe ischaemia of the leg) (35) analyzovala 345 pacientů s CLTI s potřebou infrapopliteální revaskularizace, s/nebo bez potřeby FP revaskularizace. Cílem bylo porovnat efektivitu žilního bypassu, jako první léčebné strategie revaskularizace CLTI (n = 172) v porovnání s EVL, jako metodou první volby (n = 173) v prevenci vysoké končetinové amputace a mortality u pacientů s CLTI. Pacienti byli sledováni v průměru 2 roky. Primární cílový parametr – amputation-free survival (čas do první vysoké amputace nebo do úmrtí pacienta z jakékoliv příčiny), byl zaznamenán u 63 % (n = 108) pacientů v chirurgické větvi, v porovnání s 53% (n = 92) pacienty v endovaskulární větvi. Chirurgická revaskularizace s paušálním použitím žilního bypassu vedla k 35% nárůstu amputací nebo mortality v porovnání s větvi s EVL jako prvním metodou léčby. Výhoda EVL spočívala v nižší mortalitě a delším přežíváním. Výsledky studie BASIL-2 doporučují EVL léčbu u pacient s CLTI a infrapopliteálním postižením jako první zvolenou možnost. Obě studie (BASIL-2 a BEST-CLI) ukazují na nutnost individuálního přístupu při posuzování určení optimální léčby u konkrétního pacienta v rámci multidisciplinárního rozhodování. Volba nejlepší chirurgické nebo EVL pro určitého pacienta závisí i na zkušenostech jednotlivých center, resp. jednotlivých lékařů, kteří kvalitně a dostatečně provádí léčbu CLTI. Dostatečné a kvalitní materiální vybavení pracoviště je samozřejmě podmínkou.