

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé!

Dovolu mi, abych Vás jménem České lymfologické společnosti ČLS JEP přivítala na tradičním kongresu LYMPHO 2016. Po čtyřech letech jsme se rozhodli vrátit se na jižní Moravu a pro konání kongresu jsme vybrali nově vytvořené Multifunkční centrum v Lednici.

Kongresy LYMPHO se těší velkému zájmu lékařů, zdravotních sester a fyzioterapeutů, kteří se věnují problematice diagnostiky a léčby lymfedému. Letošní ročník kongresu klade důraz na praktickou lymfologii. Z toho důvodu je zařazena řada workshopů paralelně s hlavním programem. Odborný program kongresu se věnuje ve velkém rozsahu diagnostice lymfedému a poskytuje přehled o současných trendech v terapii lymfatických otoků. Nedílnou součástí kongresu je opakování lymfologické praxe – techniky mízní drenáže. Kongresy LYMPHO se snaží přiblížit širší lymfologické obci nové postupy v léčbě lymfedému a vytvořit příjemné prostředí pro výměnu praktických zkušeností. Věřím, že tomu tak bude i v letošním ročníku.

Budu velmi potěšena, pokud Vám dny strávené v malebném prostředí jižní Moravy přinesou nejen nové teoretické poznatky, ale i příjemné chvíle strávené s Vašimi kolegy.

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D.

Prezidentka kongresu

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

20. – 22. října 2016

Multifunkční centrum zámek Lednice

Zámek 2

691 44 Lednice

www.mczl.cz

www.zamek-lednice.com

POŘADATEL

Česká lymfologická společnost ČLS JEP

PREZIDENTKA KONGRESU

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D.

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Martin Wald, Ph.D. – předseda ČLyS

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D. – vědecký sekretář ČLyS

prof. MUDr. Oldřich Eliška, DrSc.

MUDr. Hana Houdová

prim. MUDr. Věra Pavlasová

MUDr. René Vlasák

SEKRETARIÁT KONFERENCE

AMCA, spol. s r.o.

Academic and Medical Conference Agency

Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2

t: 221 979 351 | f: 221 979 352 | m: 731 496 060

e: amca@amca.cz | www.amca.cz



PREZENTACE FIREM

Součástí kongresu je prezentace firem, které se spolupodílejí na diagnostice a léčbě lymfedému a chronických ran. Prezentace probíhá formou výstavy.

REGISTRAČNÍ HODINY

Čtvrtek 20. října 16.30 – 20.00

Pátek 21. října 8.00 – 18.00

Sobota 22. října 8.30 – 14.30

OHODNOCENÍ

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče ČR (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 **České lékařské komory** v rozsahu 13 hodin teorie (ev. č. akce 44575, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 13 kreditů

Aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 7 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) hlavní autor posteru: 5 kreditů, 4) 1. a 2. spoluautor posteru: 3 kredity, 5) další spoluautor posteru: 1 kredit.

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR souhlasí s priznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. po implementaci změn plynoucích z vyhlášky č. 4/2010 Sb. (reg. číslo akce OSZSP ČR: JO 0524/16).

Pasivní účast: 8 kreditů

Aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky/posteru: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky/posteru: 5 kreditů

Souhlasné stanovisko bylo vydáno pro všeobecné sestry a fyzioterapeuty. Účastníci obdrží certifikát o účasti.

DOPROVODNÉ PROGRAMY

Čtvrtek 20. října, 19.30 – 21.00

**Welcome drink v Multifunkčním centru
zámek Lednice**

V ceně registračního poplatku.

Pátek 21. října, 20.00

**Společenský večer ve Vinařském domě
Dominant v Rakvicích**

Cena vstupenky: 500 Kč

Vstup na společenský večer není součástí
registračního poplatku.

Autobusová doprava

Odjezdy směr Rakvice:

(z parkoviště u My hotelu) v 19.00, 19.20
a 19.45

Odjezdy směr Lednice:

ve 22.30 a dále v cca 30 min. intervalech
dle zájmu do 00.30

STRAVOVÁNÍ

Občerstvení během kávových přestávek a páteční oběd jsou hrazeny z registračního poplatku a budou podávány v prostorách výstavy odborných firem (Kočárovna a Konírna).

JEDNACÍ JAZYKY

Čeština, slovenština, angličtina.

Přednáška č. 6 „Fluoroskopie“ bude konsekutivně tlumočena.

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK | 20. října 2016

PARALELNÍ WORKSHOPY

16.30 – 20.00 REGISTRACE

18.30 – 19.30 **Možnosti nutriční intervence v lymfologii** JÍZDÁRNA
Vedoucí workshopu: Vlasák R., Brskovská S. | Praha

17.00 – 18.00 **Vícevrstevná kompresivní bandáž horní končetiny** SÁL A
18.30 – 19.30 *Workshop společnosti Lohmann & Rauscher, s.r.o.*

17.00 – 18.00 **Circaid – moderní kompresní systém v léčbě lymfedému** SÁL B
18.30 – 19.30 *Workshop společnosti MAXIS a.s.*

19.30 – 21.00 WELCOME DRINK

PÁTEK | 21. října 2016

JÍZDÁRNA

8.30 – 9.00 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
Navrátilová Z. | Prezidentka kongresu
Wald M. | Předseda České lymfologické společnosti ČLS JEP

Vzpomínka na prof. MUDr. Karla Bendu, DrSc.
Eliška O. | 1. LF UK, Praha

9.00 – 10.40 **ANATOMIE. VYŠETŘOVACÍ METODY**
Předsedající: Eliška O. | Kubinyi J.

- 1. Anatomie a lymfedém**
Eliška O. | Anatomický ústav 1. LF UK, Praha
- 2. Lymfoscintigrafie – guidelines pro provádění vyšetření a jeho interpretaci**
Kubinyi J., Knotková V. | ÚNM VFN a 1. LF UK, Praha
- 3. 30 let zkušeností s fázovou lymfoscintografií končetin**
Lebloch D. | Nuklea, medical center s.r.o., Brno
- 4. Lymfoscintigrafie – zhodnocení týmové spolupráce**
Vlasák R. | Prevence 2000, Praha
Knotková V. | ÚNM VFN a 1. LF UK, Praha

LYMFOVEN

Ing. Karel KOPSA



PŘÍSTROJ NA SEKVENČNÍ TLAKOVOU DRENÁŽ PRO LÉČBU OTOKŮ KONČETIN A ŽILNÍ NEDOSTATEČNOSTI



Foto: Sanatorium Vráž u Písku

Je určen pro léčbu mizních (lymfatických) otoků, žilní nedostatečnosti, vhodný jako předoperační a pooperační prevence hluboké trombózy, rehabilitace poúrazových stavů spojená s otoky postižených končetin.

Přístroj je také za dohledu lékařů vhodnou pomůckou při rehabilitaci sportovců a pracovníků, kteří mají nadměrné zatížení dolních končetin (regenerace).

www.lymfoven.cz

Výrobce:

Kopsa s.r.o., Čs. armády 377, 250 67 Klecany, Mobil: 603 866 259, Tel.: 284 890 528
Email: lymfoven@email.cz, IČO: 28242360, DIČ: CZ28242360

5. Lymfoscintigrafie – provedení a neobvyklé nálezy na ONM v Opavě

*Hrbáč J., Havranková P., Baránková J. | Odd. nukleární medicíny,
Slezská nem., Opava*

10.40 – 11.10 Kávová přestávka

11.10 – 12.50 VYZVANÉ PŘEDNÁŠKY

Předsedající: Wald. M., Belgrado J.-P.

- 6. Fluoroscopy** (konsekutivní tlumočení)
Belgrado J.-P. | Université Libre de Bruxelles, Belgium
- 7. Komplikace lymfedému**
Vojáčková N. | Medicínské centrum Anděl, Praha
- 8. Indikace k léčbě lymfedému za hospitalizace**
Pavlasová V. | Nemocnice Třebíč
- 9. Zevní komprese v léčbě lymfedému – stále podceňované téma**
Navrátilová Z. | DermAngio, Brno

12.50 – 14.00 Oběd

14.00 – 14.20 FIREMNÍ PREZENTACE

Předsedající: Pavlasová V.

- 10. Jobst je tu!**
Petrová H. | BSN Medical
- 11. Lymfoven**
Kopsa K.

14.20 – 15.15 OTOKY PROVÁZEJÍCÍ CHRONICKÉ ŽILNÍ ONEMOCNĚNÍ (CVD)

Předsedající: Navrátilová Z., Sellner Švestková S.

- 12. Patofyziologie otoků dolních končetin**
Černohorská J. | Dermal Centre, Mělník
- 13. Klinický obraz otoků dolních končetin při chronické žilní chorobě**
Sellner Švestková S. | FN Brno
- 14. Firemní prezentace | Servier**
Léčba otoků dolních končetin při CVD
Navrátilová Z. | DermAngio, Brno
- 15. Nové možnosti léčby flebolymfedému**
Slonková V. | FN u sv. Anny, Brno



JOBST

Comfort, Health and Style!

BSN medical

JOBST® Elvarex® Plus

Nová generace plochého pletení



- Bezešvé
- Technika 3D pletení
- JOBST® Elvarex® materiál
- Zakázková řada kompresivních návleků plochého pletení pro lymfedém

• www.jobst.com



Kontakt:

Helena Petrová
Klinický specialista a konzultant pro ČR

Email: helena.petrova@cutimed.cz

www.cutimed.cz

www.kompresivnibandaze.cz



15.15 – 15.50 Kávová přestávka a prezentace posterů

- P1. Lymfatický systém pánve ve vztahu k transplantaci ledviny**
Mrzilková J., Patzelt M., Musil V., Riedlová J., Wurst Z., Zach P.
3. LF UK, Praha
- P2. Léčba pacientky se sekundárním lymfedémem typu elefantiázy**
Valentová M., Šimáčková A., Vybíralová I. | Nemocnice Jihlava
- P3. Srovnání centrálního a periferního typu sekundárního lymfedému horní končetiny. Dvě kazuistiky**
Mrhač L., Zimová J. | FN Ostrava

15.50 – 17.20 PRAKTICKÁ LYMFOLOGIE

Předsedající: Vojáčková N., Vlasák R.

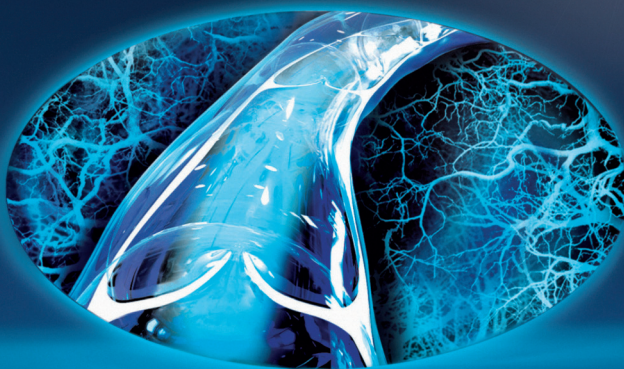
- 16. Lymfedém dolných končatín**
Džupina A., Džupinová M., Džupina A. ml. | ALIAN, Bardejov
- 17. Lymfedém hornej končatiny po terapii ca mammae**
Bella V., Zámečníková E. | Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
- 18. Lymfedém hornej končatiny po terapii karcinómu prsníka**
Zámečníková E., Bella V. | Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
- 19. Posttraumatický a postoperační lymfedém (poznámky z praxe)**
Žampachová I. | Lymfocentrum Homea, Pardubice
- 20. Komplexní terapie lymfedému u obézní pacientky s BMI 75**
Fialová P., Vašků V. | FN u sv. Anny, Brno
- 21. Sekundární lymfedém dolních končetin u obézního pacienta. Časoběrný snímek z našeho pracoviště**
Opravitová D. | DermoLymfa s.r.o., Zlín

20.00 SPOLEČENSKÝ VEČER

detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

Chrání strukturu a funkci žil¹⁻³



Léčba chronického žilního onemocnění⁴

2 TABLETY DENNĚ

Léčba hemoroidálního onemocnění⁴

AŽ 6 TABLET DENNĚ



Zkrácená informace o přípravku Detralex® • **SLÓŽENÍ***: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF), Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE****: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně břevcového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ****: Venolyfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění†: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE****: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ****: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečniku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE****: Žádné. **FERTILITA*, TEHOTENSTVÍ/KOJENÍ****: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani poškození chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samců a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE****: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY****: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. **Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit peklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně často: kolitida. Frekvence neznámá: njeedlný tok obličejové, rtu, víček, výjimečné Quinckeho edém, Abdominální bolest****. **PŘEDAVKOVÁNÍ****: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venotarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému; snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ****: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ****: 30, 60 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 4.3.2014. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: B5/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Další informace na adrese**: Serviers.co., Florentinum, Na Florenci 2115/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

* Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku.
** Všímejte si prosím změny v informaci o léčivém přípravku Detralex

1. Pascarella L et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modifications by Dafl on 500 mg. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:102-110. **experimentální studie**.
2. Nicolaides A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2): 126-139.
3. Tsukanov YI, Tsukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (CVS), and its correlation with MPFF treatment. *Phlebology*. 2015;22(1):18-24. **4** Souhrn údajů o přípravku Detralex, datum poslední revize textu: 4.3.2014



SÁL A

- 9.30 – 10.30** **Měření návleku na míru na horní končetinu – ploché pletení**
Workshop společnosti MAXIS a.s.
- 11.00 – 12.00** **Měření návleku na míru na horní končetinu – ploché pletení**
Workshop společnosti MAXIS a.s.
- 14.00 – 15.00** **Měření návleku na míru na horní končetinu – ploché pletení**
Workshop společnosti MAXIS a.s.
- 15.30 – 16.30** **Měření návleku na míru na horní končetinu – ploché pletení**
Workshop společnosti MAXIS a.s.

SÁL B

- 14.00 – 15.00** **Sekundární lymfedém a léčba komplikací hyázou**
Vedoucí workshopu: Němcová D., Mateřanková A.

9.00 – 10.30 **CHIRURGIE***Předsedající: Boccardo F., Vidim T.*

- 22. Kautzální léčba lymfedému dolních končetin – 6leté zkušenosti s lymfovenózní anastomózou**
Vidim T. | Oblastní nemocnice Kolín
Wald M. | 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 23. Kombinovaná chirurgická léčba lymfedému dolní končetiny**
Wald M. | 2. LF UK a FN Motol, Praha
Vidim T. | Oblastní nemocnice Kolín
- 24. Present Role of Microsurgical Techniques in the Prevention and Treatment of Peripheral Lymphedema: Indications and Results**
Boccardo F. | IST National Institute for Cancer Research, University of Genoa, Italy
- 25. Flebolymfedém – radiofrekvenční ablace při řešení venózní hypertenze jako nejčastější příčiny sekundárního lymfedému**
Čepl I., Čepl J., Kratochvílová Z., Boček E. | Nemocnice Dačice
- 26. Poranění lymfatických cév jako komplikace operace varikosit dolních končetin**
Čepl J., Kratochvílová Z., Čepl I., Boček E. | Nemocnice Dačice

10.30 – 11.00 **Kávová přestávka**

11.00 – 12.45 VARIA

Předsedající: Houdová H., Vlasák R.

27. Letošní novinky v KDT

Vlasák R. | Prevence 2000, Praha

28. Erysipel – léčba a profylaxe u pacientů s lymfedémem

Křížková V., Hercogová J. | Nemocnice Na Bulovce, Praha

29. Kazuistika – manuální lymfodrenáže a pád z výšky

Uhlík E. | Tělo v souvislostech, Praha

Navrátilová D. | ORFM ÚVN, Praha

Váchová H. | 2. LF UK a FN Motol, Praha

30. Možnosti léčby lymfedému z pohledu ortopedicko-rehabilitační praxe

Holoubek V. | Columna centrum s.r.o., Brno

31. Jak obouvat pacienty s lymfedémem

(konstrukční požadavky na obuv)

Vašková J. | Columna centrum s.r.o., Brno

32. Motivační benefity s využitím prvků lymfoterapie

Bartošová K. | Lymfocentrum, Turnov

33. Manuální lymfodrenáž v prevenci lymfedému po terapii nádoru prsu

Tichý P. | Privátní praxe, Praha

12.45 – 13.15 PRAKTICKÁ LYMFOLOGIE

Předsedající: Houdová H., Pavlasová V.

34. Manuální mízní drenáž hlavy, krku a dutiny ústní

Houdová H.

13.15 ZAKONČENÍ KONGRESU

**13.20 – 14.00 PLENÁRNÍ SCHŮZE ČLENŮ ČESKÉ LYMFOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
ČLS JEP**

ABSTRAKTA

1. ANATOMIE A LYMFEDÉM

Eliška O.

Anatomický ústav, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Anatomický systém je delikátním systémem, který se na rozdíl od jiných cévních systémů špatně zobrazuje a často je pouhým okem neviditelný. Jeho porušení na makromikroskopické úrovni vede k závažným poškozením, z nichž jedno se projevuje lymfatickým edémem.

Může být poškozen jak povrchový lymfatický systém (poškození závažnější), tak i hluboký. V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s lymfedémem horní a dolní končetiny, méně často hrudní a břišní stěny.

V přednášce jsou prezentovány anatomické a klinické obrazy lymfatických cév

1) za normálních podmínek

2) při poškození – lymfedému.

Na makromikroskopické úrovni se poškození projevuje

a) přerušением lymfatických cév sekundárně

b) nebo špatným vývojem lymfatického systému embryonálně – primárně. Poslední je geneticky vázáno. Na končetinách tak vznikají různé typy lymfedému jak primárních tak sekundárních, někdy jsou klasifikovány podle místa vzniku a projevu jako lymfedémy horního a dolního typu. V přednášce jsou prezentovány a porovnávány tyto typy jak v morfologickém, tak v klinickém obraze.

2. LYMFOSCINTIGRAFIE – GUIDELINES PRO PROVÁDĚNÍ VYŠETŘENÍ A JEHO INTERPRETACI

Kubinyi J., Knotková V.

Ústav nukleární medicíny 1. LF UK a VFN

Úvod

Lymfoscintigrafii lze považovat za základní vyšetření při většině poruch lymfatického systému. Je neinvazivní, s malou zátěží ionizujícím zářením a přináší podstatnou informaci o toku lymfy a jeho poruchách. Základem úspěchu je správné provedení vyšetření a dobrá komunikace mezi klinikem a diagnostikem. Výtěžnost vyšetření závisí nejenom na dobře provedeném vyšetření, ale taky na správné interpretaci vyšetření – což někdy může být ještě těžší.

Doporučený postup k provádění lymfoscintigrafického vyšetření

V prezentovaném doporučeném postupu (guidelines), který vznikl po několika letech z podnětu Lymfologické společnosti, je postupně uveden účel lymfoscintigrafického vyšetření, jeho indikace a kontraindikace, používaná radiofarmaka (včetně aplikovaných aktivit a doporučení pro množství účinné látky na aplikaci), potřebné přístrojové

vybavení a modifikace vyšetření podle jeho typu, příprava pacienta, místo a způsob aplikace radiofarmaka. Zvláštní důraz je věnován způsobu provedení vyšetření:

Celkově má lymfoscintigrafie čtyři fáze, z kterých jsou první dvě základní (provádíme je vždy) a další dvě jsou fakultativní:

- 1) vyšetření v klidu
- 2) vyšetření po zátěži
- 3) další aplikace radiofarmaka do jiného místa
- 4) kontrolní vyšetření s časovým odstupem

Popsán je průběh vyšetření u končetin a u jiných oblastí, vyšetření povrchového a hlubokého lymfatického systému, doplňující vyšetření ke standardní lymfoscintigrafii končetin a některé alternativy.

Doporučený postup k hodnocení lymfoscintigrafického vyšetření

Hodnocení vyšetření provádíme vizuálně a u končetin rovněž semikvantitativně, hodnotíme průběh povrchového lymfatického systému, popisujeme zobrazení spádových uzlin. Zaznamenáme, objeví-li se uzliny v průběhu hlubokého systému. Semikvantitativní hodnocení se provádí výpočtem množství radiofarmaka ve spádové oblasti uzlin v poměru k množství radiofarmaka aplikovaného (v procentech).

Doporučení pro popis a závěr

Interpretace lymfoscintigrafického vyšetření je s výjimkou normálního nálezu obtížná a vyžaduje velkou zkušenost a spolupráci s lymfologem. Projevy patologie mohou být různé. Popis musí obsahovat morfologický obraz mízního řečiště, případné městnání radiofarmaka (lokalizace, rozsah), případně i jiné morfologické abnormality.

Závěr pak obsahuje souhrn zjištěných patologií, popisující lékař se vyjadřuje k případné insuficienci lymfatického systému nebo k zobrazení uzlin, k symetrii zobrazení a výsledku kvantifikace. Stanovení klinické diagnózy lymfedému je na lymfologovi, v popisu by se nemělo vyskytovat „jedná se o lymfedém“. Pro potřebu jasné komunikace mezi diagnostikem a klinikem nicméně může být – nález je kompatibilní s diagnózou lymfedému nebo obraz odpovídá lymfedému, případně je možné se vyhnout označení lymfedém a používat termíny jako blok lymfatické drenáže, zpomalení nebo insuficience lymfatické drenáže, akcelerace lymfatické drenáže a podobně. V každém případě je nejdůležitější, aby indikující klinik po obdržení nálezu z nukleární medicíny přesně chápal, co mu diagnostik sděluje a o jaký obraz poruchy lymfatického systému se jedná.

Závěr

Tento návod k lymfoscintigrafickému vyšetření a jeho interpretaci je jako každý jiný guidelines průsečíkem shody několika velkých pracovišť nukleární medicíny a několika předních odborníků v lymfologii.

Pokud má být funkční, bude muset podléhat pravidelným revizím podle dosaženého stupně poznání.

Lymfologie je mladý klinický obor a o patofyziologii lymfatického systému a jejich projevech při zobrazování ještě zdaleka nevíme všechno.

3. 30 LET ZKUŠENOSTÍ S FÁZOVOU LYMFOSCINTIGRAFIÍ KONČETIN

Lebloch D.

Nuklea, medical center s.r.o., Brno

Práce na bohatém obrazovém materiálu demonstruje nejčastější nálezy fázové (funkční) radionuklidové scintigrafie mízního systému čili lymfoscintigrafie dolních a horních končetin. Nálezy jsou řazeny podle indikačních skupin, demonstrují stavy od normofunkce v dětském a dospělém věku, přes různé stupně hypofunkce k afunkci, ale také situace kompenzační hyperfunkce mízního systému.

Práce dokládá překvapivou indikační šíři radionuklidové lymfografie. Ta ve své fázové variantě nabízí nejen morfoloickou informaci o mízním systému končetin, ale především informaci funkční. Mízní systém hraje roli u všech končetinových otoků – mnohdy se na jeho etiologii přímo podílí svojí hypofunkcí, jindy se naopak svojí hyperfunkcí snaží nepříznivou situaci řešit. Jeho funkční vyšetření je tudíž indikováno ve valné většině periferních otoků.

Samozřejmě nejčastějším důvodem je podezření na zavinění nebo spoluzavinění otoku sníženou zdatností mízního systému, ať vrozenou (tedy susp. primární lymfedém) či získanou (lymfedém sekundární), nezdědka jde o kombinaci obého – na vrozeně (primárně) méněcenném terénu se následná druhotná příčina klinicky projeví, protože míznímu systému chybí funkční rezerva.

Všechny tyto varianty funkčního stavu lze vyšetřením postihnout a vývoj stavu monitorovat.

4. LYMFOSCINTIGRAFIE – ZHODNOCENÍ TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE

Vlasák R.¹, Knotková V.²

¹*Prevence 2000, Praha*

²*ÚNM VFN a 1. LF UK, Praha*

Pro lege artis vedenou léčbu hyperosmolárních otoků se vžil termín Komplexní dekongestivní terapie. Tuto větu lze, s určitou nadsázkou, označit za „lymfologickou manturu“. Můžeme snadno predikovat, že tato bude v dohledné době rozšířena o formulaci: „Komplexní dekongestivní terapie představuje lege artis vedenou léčbu hyperosmolárních otoků, jejíž rozsah je indikován na základě lymfoscintigrafie.“ V současné době představuje LSG zlatý diagnostický standard naší lymfologické praxe.

V podstatě se jedná o nebolestivé, neinvazivní, dobře tolerované vyšetření, které spolu s anamnestickým a objektivním lymfologickým vyšetřením přináší validní informace o kvalitě toku lymfy a možných poruchách ať funkčního nebo morfoloického charakteru. Kvalita takto získané informace je dána standardním, resp. správným provedením a popisem vyšetření diagnostikem, na které spoléhá klinik. Ale bez společné interpretace nálezu mezi diagnostikem a klinikem nebude nikdy tato informace úplná. A tato úplná, resp. validní informace, má-li naplnit svůj informační potenciál, musí být dále předána lymfoterapeutovi a pochopitelně i správně interpretována pacientovi. Naše pracoviště systematicky provádí LSG od r. 2004 s celkovým počtem cca 3 000

provedených vyšetření. Na validitě informací dlouhodobě spolupracujeme s oddělením nukleární medicíny Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK, pod vedením prim. MUDr. Kubinyiho. Největším přínosem je pro nás možnost týmové spolupráce s MUDr. Knotkovou jakožto naším „lymfoscinti-diagnostikem“. Některé postřehy a závěry z naší dlouhodobé spolupráce uvádíme v krátkém sdělení. Nelze nepřipomenout, že neodmyslitelné zásluhy o rozvoj tohoto vyšetření má prof. MUDr. Karel Benda, DrSc., na kterého s láskou a úctou vzpomínáme.

5. LYMFOSCINTIGRAFIE – PROVEDENÍ A NEOBÝKLÉ NÁLEZY NA ONM V OPAVĚ

Hrbáč J., Havranková P., Baránková J.

Odd. nukleární medicíny, Slezská nemocnice, Opava

Cílem je seznámit s dlouholetými zkušenostmi s prováděním lymfoscintigrafií a neobvyklými nálezy na Oddělení nukleární medicíny Slezské nemocnice v Opavě. Dále nastínit možnosti využití SPECT/CT při lymfoscintigrafické diagnostice.

7. KOMPLIKACE LYMFEDÉMU

Vojáčková N.

Dermatovenerologická ambulance, Poliklinika Anděl, Praha

Komplikace lymfedému se dělí na infekční a neinfekční. Infekční komplikace jsou časté a patří mezi ně především eryzipel a tinea pedum spolu s onychomykózou. Neinfekční komplikace mohou být kožní, neurologicko ortopedické a psychické.

Eryzipel je nejčastější komplikací lymfedému, zároveň patří mezi časté příčiny rozvoje či zhoršení sekundárního lymfedému. Vyvolavatelem jsou streptokoky. Probíhá ve dvou fázích: prodromální fáze s febriliemi, zimnicí, třesavkou, celkovou slabostí, nauzeou či zvracením, po 2-4 dnech se objevuje erytém a edém postižené končetiny, části těla. Diagnostika je klinická, vyloučit je třeba především flebotrombózu. Léčba je antibiotiky, lékem první volby jsou peniciliny, které by se měly podávat parenterálně. Typické jsou recidivy infekce.

Tinea pedum je způsobena vláknitými houbami typu trychophyton, epidermophyton. Rozlišujeme 3 formy: hyperkeratoticko squamózní, dyshidrotická a mezivrstvní. Diagnostika je klinická a potvrzení se provádí mykologickým vyšetřením. Léčba je lokálními a celkovými antimykotiky.

Neinfekční kožní komplikace jsou: chyloderma, lymphorhea, lymfatická píštěl, lymfocysty, verrucosis lymphostatica, ulcus cruris lymphostaticum, lymphangiosarkom. Chyloderma jsou spontánně praskající puchýřky na kůži vyplněné lymfou. Lymphorhea je spontánní prosakování lymfy neporušenou kůží, ke které dochází při přetlaku lymfy v postižené oblasti. Lymfatická píštěl vzniká při operaci nebo po úraze, kdy lymfa výtéká z porušené kůže. Lymfocysty vznikají v oblasti genitálu. Lymfostatické verukozity se objevují u chronického lymfedému jako shluky exofytických útvarů. Bércový vřed na podkladě lymfostázy je vzácný. Vzácnou, ale nejzávažnější komplikací je lymfangiosarkom.

Mezi neurologicko ortopedicko komplikace patří parestézie, parézy, vertebrogenní obtíže, syndrom zmrzlého ramene. Psychické obtíže vyplývají ze snížené kvality života, otok s sebou nese estetické problémy a tělesný handicap, které se promítají do partnerských vztahů i pracovního prostředí.

8. INDIKACE K TERAPII LYMFEDÉMU ZA HOSPITALIZACE

Pavlasová V.

Kožní odd., Nemocnice Třebíč, p.o.

Soubor pacientů vyžadujících si terapii za hospitalizace je poměrně obsáhlý. Záleží na mnoha faktorech které musíme zohlednit. Nejedná se vždy pouze o rozsah postižení mízního systému a klinickou manifestaci stupně lymfedému, ale na celé řadě dalších okolností. Hospitalizace musí sloužit především k provedení CDT, k redukci otoku, ale také k důsledné edukaci pacienta a jeho zaučení ve všech potřebných technikách s důrazem na vícevrstevnou kompresi. Především pacienti s handicapem ocení intenzivní přístup terapie, bez nutnosti dojíždění. Další skupinou jsou pacienti s nutností intenzivního ošetřování kůže pro probíhající ekzémová či mykotická onemocnění. Rovněž vzdálenost je dalším limitujícím faktorem pro zařazení pacienta do skupiny hospitalizovaných. Nutností ve všech případech je především mít zajištěno ambulantní pracoviště, které bude v terapii pokračovat, zajistí průběh udržovací terapie a stabilizaci zredukovaného stavu otoku, zajistí vícevrstevnou bandáž a kompresi z plochého úpletu na míru a bude provádět kontrolní vyšetření a sledování dalšího průběhu onemocnění.

9. ZEVNÍ KOMPRESI V LÉČBĚ LYMFEDÉMU – STÁLE PODCEŇOVANÉ TÉMA

Navrátilová Z.

DermAngio s.r.o, Brno

Každodenní aplikace správné zevní komprese je jedním ze základních pilířů komplexní dekongestivní terapie lymfedému. Bohužel stále jsou patrné výrazné rezervy v použití terapeutické komprese u našich nemocných. Adekvátní ošetření lymfodrenáží je dostupné na většině pracovišť. Bohužel je velmi často práce lymfoterapeuta znehodnocena nesprávnou volbou komprese nebo v horším případě její úplnou absencí v průběhu léčby našich nemocných.

Předpokladem úspěšné léčby lymfedému je mimo jiné nutné pochopení účinku komprese, znalost požadavků na kompresi pro skupinu našich nemocných. Nutná je orientace ve správném výběru typu komprese v závislosti na stádiu onemocnění, možnostech a schopnostech pacienta s přihlédnutím ke kontraindikacím a omezením použití zevní komprese.

Ve fázi redukce otoku je standardem stále aplikace vícevrstevné kompresní bandáže. Její alternativou je použití moderních kompresních systémů (zinkoklihoový obvaz, CircAid).

Standardem komprese ve fázi redukce otoků jsou kompresní elastické návleky a punčochy vyrobené z krátkotažného materiálu, nejlépe technikou plochého pletení.

12. PATOFYZIOLOGIE OTOKŮ DOLNÍCH KONČETIN

Černoorská J.

Dermal Centre, Mělník

Otok je definován jako nahromadění tekutiny. Klinicky se otoky dělí z různých hledisek na lokalizované, generalizované, primární či sekundární, intracelulární, extracelulární, akutní, chronické, symetrické, asymetrické, otoky z různých příčin.

Velmi zjednodušeně by se dalo říct, že za vše může mikrocirkulace. Je to úsek krevního řečiště, který zahrnuje všechny mikrocévy jako jsou tepénky, žilky, kapiláry. Mikrocirkulace má v těle velmi důležitou funkci, protože uspokojuje metabolické nároky jednotlivých tkání a orgánů a pomáhá udržovat dostatečný perfúzní tlak v celé cirkulaci. Metabolickým potřebám orgánů a tkání se mikrocirkulace přizpůsobuje změnou perfúze dané tkáně.

Vzhledem k tomu, že k nejčastěji se vyskytujícím hyperosmolárním otokům patří lymfedém, lipedém a flebedém, zaměřím se na patofyziologii především těchto otoků. Hromaděním tekutiny v intersticiu se rozvíjí extracelulární otoky. Tento jev vzniká v důsledku poruchy kapilární rovnováhy, kdy filtrace převáží nad resorpcí a odtokem lymfy. Patofyziologicky dochází při vzniku otoků k těmto základním mechanismům – vzestupu gradientu hydrostatických tlaků, poklesu gradientu onkotických tlaků bílkovin, vzestupu permeability kapilární stěny a k poruše lymfatické drenáže.

Lymfedém vzniká poruchou lymfatické drenáže, což vede k hromadění tekutiny s vysokým obsahem makromolekulárních látek, zejména bílkovin a zplodin tkáňového metabolismu. Vlivem tkáňového napětí se mění i obsah vody.

Geneticky podmíněná hypertrofická a hyperplastická tuková tkáň je charakteristická pro lipedém. Dochází v ní k poklesu intersticiálního tlaku, akumulaci a zadržování tekutiny, čím vzniká na pohmat měkká až sulcovitá konzistence symetricky uložené tukové tkáně. Postižené podkoží není oporou svalům, to vede k dysfunkci žilně-svalové pumpy, rozvoji chronického žilního onemocnění a následně ke vzniku otoků. Zvýšený objem tkáňové tekutiny, a tím i objemu lymfy může přetížít lymfatický systém až k lymfostáze a tím dochází k rozvoji lipolymfedému.

Flebedém je chronický otok vznikající v důsledku žilního onemocnění. V důsledku insuficience chlopní dochází ke vzniku refluxu a krevní stáze, zvýšené permeability kapilár, která je dlouho kompenzována zvýšenou funkcí lymfatického systému, čím dochází k rozvoji žilní hypertenze. Výsledkem těchto změn jsou typické kožní změny, např. hemosiderinové pigmentace jako výsledek přeměny hemoglobinu v hemosiderin, ireversibilní otoky s fibrotizací podkoží, stasis dermatitis, lipodermatoskleróza nebo bércový vřed a další. Dlouhotrvající žilní hypertenze a snížená funkční kapacita mizního systému mohou způsobit rozvoj flebolymfedému.

Diferenciální diagnostika výše zmíněných a dalších různých typů otoků (např.

ZLATÝ PARTNER

Maxis®



I feel better.

STŘÍBRNÝ PARTNER



BRONZOVÍ PARTNEŘI



VYSTAVOVATELÉ



MEDIÁLNÍ SPOLUPRÁCE



ortostatický edém, kardiální edém, otoky u renální insuficience, otoky z metabolických, endokrinologických a jiných příčin) se opírá o cílená vyšetření a charakteristický klinický obraz.

13. KLINICKÝ OBRAZ OTOKŮ DOLNÍCH KONČETIN PŘI CHRONICKÉ ŽILNÍ CHOROBĚ

Sellner Švestková S.

Dermatovenerologické oddělení, FN Brno

Otok je obecně definovaný jako výsledek nerovnováhy filtrace mezi kapilárami a intersticiem. Velmi častou příčinou lokálních otoků dolních končetin je chronická žilní choroba a flebedém (C3 dle CEAP), bývá jedním z prvních příznaků porušené funkce žilního systému dolních končetin (venolymfodynamická insuficience). Klinicky se flebedém objevuje perimaleolárně a v dolní polovině bérců, v počátečních stádiích prakticky chybí na nártách a hřbetech prstů. V pokročilých stádiích chronické žilní choroby (C4-C6 dle CEAP) v důsledku fibrotizace podkoží dochází ke snížení počtu lymfatických kapilár a při zvýšené permeabilitě kapilár také k poruše lymfatické drenáže, což se manifestuje flebolymfedémem (venolymfostatická insuficience). Klinicky pozorujeme u flebolymfedému jeho přítomnost nejen kolem kotníků a v distálních částech bérců, ale také na nártách a hřbetech prstů. V rámci diferenciální diagnostiky otoků dolních končetin z místních příčin nutno odlišit lymfedém a lipedém.

Soubor pacientů vyžadující si terapii za hospitalizace je poměrně obsáhlý. Záleží na mnoha faktorech které musíme zohlednit. Nejedná se vždy pouze o rozsah postižení mízního systému a klinickou manifestaci stupně lymfedému, ale na celé řadě dalších okolností. Hospitalizace musí sloužit především k provedení CDT, k redukci otoku, ale také k důsledné edukaci pacienta a jeho zaučení ve všech potřebných technikách s důrazem na vícevrstevnou kompresi. Především pacienti s handicapem ocení intenzivní přístup terapie, bez nutnosti dojíždění. Další skupinou jsou pacienti s nutností intenzivního ošetřování kůže pro probíhající ekzémová, či mykotická onemocnění. Rovněž vzdálenost je dalším limitujícím faktorem pro zařazení pacienta do skupiny hospitalizovaných. Nutností ve všech případech je především mít zajištěno ambulantní pracoviště, které bude v terapii pokračovat, zajistí průběh udržovací terapie a stabilizaci zredukovaného stavu otoku, zajistí vícevrstevnou bandáž a kompresi z plochého úpletu na míru a bude provádět kontrolní vyšetření a sledování dalšího průběhu onemocnění.

15. NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY FLEBOLYMFEDÉMU

Slonková V.

I. dermatovenerologická klinika, FN u sv. Anny a LF MU, Brno

Neléčené chronické žilní onemocnění (CVD) vede velmi často ke vzniku flebolymfedému. Základem léčby flebolymfedému je kompresivní terapie. V redukční fázi je doporučována vícevrstevná komprese s použitím krátkotažných obinadel, polstrovacího materiálu a bavlněného tubulárního obvazu. Tento typ komprese vyžaduje zkušenost

s aplikací a není pro pacienta vždy komfortní, proto část pacientů aplikuje neadekvátní kompresi. V současné době existují nové možnosti komprese, které jsou přijatelné pro pacienty a jsou velmi efektivní při léčbě.

Patří sem kompresivní systémy obinadel, které jsou označovány také jako inteligentní komprese. Jsou složeny z různých materiálů, tvořeny více vrstvami a mají tzv. static stiffness index (SSI) více než 10 mm Hg, což znamená, že jsou neelastické, vyznačují se vysokým pracovním tlakem a nízkým klidovým. Tyto kompresivní systémy vždy aplikuje proškolený zdravotní personál, zůstávají na končetině po dobu 5-7 dnů a vedou k velmi rychlé redukci otoku.

Další novinku v kompresi představuje kompresivní pomůcka Circaid. Na rozdíl od výše zmíněných kompresivních systémů je určena na opakované použití a její hlavní předností je jednoduchá aplikace pacientem, přičemž je vždy zajištěn adekvátní tlak pod bandáží. Pacient má možnost opakovaného upravení komprese při poklesu tlaku. Circaid výrazně zlepšuje compliance pacienta s léčbou a dochází tak k velmi rychlé redukci otoku. Circaid lze aplikovat i po zhojení ulcerace, což výrazně snižuje pravděpodobnost recidivy vředu.

16. LYMFEDÉM DOLNÝCH KONČATÍN

Džupina A., Džupinová M., Džupina A., ml.

ALIAN, Bardejov

Lymfedém je ochorenie, ktorého výskyt v Slovenskej republike sa veľmi dlho považoval za minimálny a vedomosti lekárov a aj pacientov o tomto ochorení boli veľmi nízke. Pacientov postihnutých lymfedémom je ale čoraz viac, a preto treba pozdvihnúť informovanosť pacientov aj lekárov o lymfedéme.

Cieľom tejto prednášky je informovanosť pacientov a lekárov o lymfedéme a jeho rizikách a stanovenie dostupnosti jednotlivých vyšetrovacích metód u pacientov s lymfatickým opuchom v podmienkach angiologických ambulancií na Slovensku. Na súbore 383 pacientov s lymfedémom dolných končatín v 10 angiologických ambulanciách sa pomocou dotazníkov, ako aj objektívnym vyšetrením a ultrazvukovým vyšetrením sme hodnotili objektívne parametre ochorenia ako aj subjektívne pocity pacientov, a to na začiatku terapie a v 6. mesiaci po začatí terapie.

Výskyt lymfedému u rodičov (teda podozrenie na familiárny výskyt lymfedému) bol zistený u 12,5% vyšetrených pacientov. Prevažná väčšina pacientov boli ženy (77%). U väčšiny pacientov bol diagnostikovaný lymfedém až v dospelosti (56% pacientov), čo svedčí o vyššej prevalencii sekundárneho lymfedému v sledovanej vzorke pacientov a vyššie zastúpenie tzv. sporadického, nie familiárne viazaného lymfedému. Klinické znaky lymfedému, lokalizovaného pod kolenom boli detekovateľné u 59,3%. Prevažná väčšina pacientov mala opuch počas celého dňa (67%). Bolesť bola prítomná len u 28% pacientov na začiatku a len u 11% pacientov na konci sledovaného obdobia.

Kým na začiatku sledovaného obdobia až 37% pacientov nemalo predpísanú žiadnu kompresívnu terapiu, na konci sledovaného obdobia, po edukácii, ju denne používa-

lo až 92% pacientov. Keďže kompresívna terapia je jednou zo základných liečebných modalít, ktorými sa dá pozitívne liečebne ovplyvniť lymfedém DK je tento fakt veľmi dôležitým zistením. Informácie o lymfodrenáži, autolymfodrenáži a pneumatickej kompresívnej prístrojovej terapii boli na začiatku sledovania žalostné, na konci sledovaného obdobia využilo lymfodrenáž skoro 42% pacientov a pneumatickú prístrojovú kompresívnu terapiu 39% pacientov.

Za základné prístrojové angiologické vyšetrenie u pacientov s lymfedémom považujeme duplexnú sonografiu (DUS). Ako zlatý štandard, bez ktorého úplná diagnostika a eventuálne komplexná klasifikácia pacienta s lymfedémom nie je možná, je lymfoscintigrafia. Obidve vyšetrovacie modalitty boli v sledovanej skupine použité veľmi málo. V prípade DUS na začiatku sledovaného obdobia bolo nevyšetrených 34% pacientov a na konci sledovaného obdobia 42%, v prípade lymfoscintigrafie na začiatku bolo nevyšetrených 83% pacientov a na konci 81% pacientov .

Na objektívne meranie obvodov končatín sme použili prístroj LEG-O-METER. Rozdiel v obvodoch lýtky na začiatku a konci sledovaného obdobia bol štatisticky významný s $p < 0,0001$, čo svedčí o fakte, že kompresívna terapia a manuálna lymfodrenáž v kombinácii s intermitentnou pneumatickou kompresiou, ktorú pacienti vo významnom počte prípadov počas sledovaného obdobia dosiahli, viedla k zmenšeniu obvodov končatín. Zmena v klinickej klasifikácii lymfedému počas sledovaného obdobia bola štatisticky významná na úrovni $p < 0,001$. Kým na začiatku sledovaného obdobia bolo až 57,7% pacientov v štádiu C3 a iba 23,5% v štádiu C2, na konci sledovaného obdobia sa klasifikácia zmenila a do C2 sa dostalo 43,1% a v C3 ostalo iba 29,2% pacientov.

Záverom konštatujeme, že pacienti sú v rámci jednotlivých regiónov Slovenska pomerne nehomogénne diagnostikovaní, ale aj liečení, aj keď ich spokojnosť aspoň s takouto liečbou je významná. Vzhľadom na horeuvedené skutočnosti bude nevyhnutné vypracovať metodický postup pre diagnostiku a liečbu lymfedému v SR, ktorý by tieto postupy zjednotil a štandardizoval.

17. LYMFEDÉM HORNEJ KONČATINY PO TERAPII CA MAMMAE

Bella V., Zámečnicková E.

Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o., Bratislava

Úvod: Karcinóm prsníka je evidované najčastejšie onkologické ochorenie v ženskej populácii. Aj napriek včasnému záchytu karcinómu prsníka ako i mnohým terapeutickým novinkám, stále nevieme úplne zabrániť vzniku postterapeutických komplikácií. Jednou z možných, pomerne častých postterapeutických komplikácií, je lymfedém hornej končatiny na postihnutej strane tela ženy. Výskyt lymfedému sa po dlhodobom sledovaní pacientok uvádza v približných hodnotách do 30%. Niektorí autori udávajú percento výskytu výrazne nižšie a iní vyššie, až 50%. Zvýšené relatívne riziko vzniku lymfedému hornej končatiny je vyššie u žien po mastektómii v porovnaní so ženami po prsník zachovávaajúcej operácii. Taktiež riziko vzniku lymfedému je vyššie u žien, ktoré po chirurgickej liečbe absolvovali rádioterapiu v porovnaní so skupinou žien,

ktoré rádioterapiu neabsolvovali.

Retrospektívna štúdia: Retrospektívnu štúdiu, ktorú sme vykonali náhodným výberom v Mamologickom oddelení Onkologického ústavu sv. Alžbety, s.r.o., v Bratislave, tvorilo 384 žien s karcinómom prsníka v I. štádiu ochorenia. Priemerný vek pacientok bol 55,8 roka a priemerný follow-up 8,4 roka. Sledovali sme vznik lymfedému na podklade nasledujúcich faktorov:

- mastektómia, versus konzervatívna operácia prsníka,
- exenterácia axily, versus sentinel biopsia.

Výsledky: Štatisticky sme porovnávali vznik lymfedému podľa skupín: mastektómia, prsník zachovávajúci operačný zákrok, exenterácia axily, sentinel biopsia.

I. V skupine žien po mastektómii bol výskyt lymfedému 1,29 krát vyšší, v porovnaní so skupinou žien s prsník zachovávajúcim operačným zákrokom.

II. V skupine žien s exenteráciou axily bol výskyt lymfedému 1,47 krát vyšší, v porovnaní so skupinou žien po vykonanej sentinel biopsii.

III. V skupine žien po mastektómii a exenterácii bol výskyt lymfedému 1,49 krát vyšší, v porovnaní so skupinou žien po mastektómii a sentinel biopsii.

IV. V skupine žien s prsník zachovávajúcim operačným výkonom a exenteráciou axily bol výskyt lymfedému 1,32 krát vyšší, v porovnaní so skupinou žien s tým istým operačným zákrokom a sentinel biopsiou.

Záver: Medzi vysoké riziko vzniku lymfedému hornej končatiny po terapii karcinómu prsníka patrí exenterácia axily. Nakoľko vznik lymfedému hornej končatiny nevieme úplne ovplyvniť, je nevyhnutné pacientkám vysvetliť preventívne opatrenia možných vzniknutých komplikácií po terapii karcinómu prsníka, vykonať preventívne opatrenia vzniku lymfedému hornej končatiny, včasnú diagnostiku a terapiu už začínajúceho lymfedému hornej končatiny.

18. LYMFEDÉM HORNEJ KONČATINY PO TERAPII KARCINÓMU PRSNÍKA

Zámečniková E., Bella V.

Mamologické oddelenie, Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o, Bratislava

Karcinóm prsníka u žien je v súčasnom období najčastejšie onkologické ochorenie v ženskej populácii. Ide o ochorenie, ktoré sa v onkológii zaraďuje k najsledovanejším medzi odbornou ako i laickou verejnosťou. Počet pacientok s novodiagnostikovaným karcinómom prsníka neustále vo svete narastá a incidencia má široký rozptyl. Následkom včasnej diagnostiky a novým postupom v terapii karcinómu prsníka prevalencia žien výrazne narastá.

Jednou z možných postterapeutických komplikácií tohto ochorenia je lymfedém hornej končatiny, ktorý môže vzniknúť po chirurgickej a/bez rádioterapeutickej liečby, a/bez chemoterapie. Incidencia v štúdiách výrazne varíruje. V indikovaných prípadoch sa nevykonáva disekcia lymfatických uzlín z axily, ale uprednostňuje sa tzv. sentinelová biopsia lymfatických uzlín z axily. Následkom tohto postupu relatívne počty

žien s lymfedémom hornej končatiny klesajú. Lymfedém hornej končatiny sa vyskytuje hlavne v prvom roku po operácii a/alebo rádioterapii. V niektorých prípadoch nevznikne vôbec, ale v praxi sa pri dlhodobej follow-up pacientok po liečbe karcinómu prsníka, vyskytuje aj po mnohých rokoch. Incidencia a prevalencia lymfedému hornej končatiny sa po operácii a/alebo rádioterapii, či chemoterapii pre karcinóm prsníka, vo svetovej ako i našej literatúre, udáva vo veľmi širokom rozpätí. Aj napriek mnohým pokrokom v medicíne, sa lymfedém hornej končatiny po terapii karcinómu prsníka u žien, vyskytuje v 5-65% podiele. Pre tento fakt je nutné vykonávať prevenciu a včasnú diagnostiku lymfedému hornej končatiny. Lymfedém hornej končatiny zaraďujeme medzi chronické ochorenia. Ochorenie má tendenciu k progresii až malígnej transformácii. Výskyt lymfedému závisí aj od mnohých faktorov, ktoré uvádzame v našej prednáške.

Záver. Aj v dnešnom období je nevyhnutné myslieť na vznik a výskyt lymfedému hornej končatiny po liečbe zhubného ochorenia prsníka. Dôležité je myslieť hlavne na prevenciu vzniku lymfedému a odstránenie možných rizikových faktorov pôsobiacich na vznik lymfedému hornej končatiny. V posledných rokoch sa konečne dostáva do povedomia aj zvýšená kvalita života pacientok s karcinómom prsníka. A to nielen počas celej terapie, ale aj po jej skončení. Pacientky so sekundárnym lymfedémom majú horšiu kvalitu života vo fyzickej ($p < 0.001$) ako i sociálnej ($p = 0.004$) oblasti. Vznik a vývoj sekundárneho lymfedému negatívne vplyva na pacientky, obmedzuje ich a môže sa stať veľkým bio-psycho-sociálnym problémom ktorejkoľvek ženy.

19. POSTTRAUMATICKÝ A POSTOPERAČNÍ LYMFEDÉM (POZNÁMKY Z PRAXE)

Žampachová I.

Dermatovenerologická ambulance, Lymfocentrum Homea, Pardubice

Posttraumatický a postoperačný lymfedém riešime v lymfocentre Homea v návaznosti na rehabilitačné pracovisko. K péči lymfocentra doporučuje chirurg, traumatológ alebo rehabilitačný lekár. Lekár lymfolog pak zvažuje načasovanie terapie a liečebný postup. Cieľom je urýchliť proces hojenia a zameziť patologickým následkům.

Naše péče obvykle spočíva v kombinácii LED terapie (830nm) s fotosekvencií, MLD – strategie se odvíjí od stáří problému, řešíme načasování, lokalitu, následuje lymfodrenáž přístrojem, péče o kůži, včetně terapie jizev a kompresivní terapie (s vyloučením obecných KI).

V přednášce jsou dvě kazuistiky, které se týkají:

1. stavu po amputaci distální falangy IV. prstu levé horní končetiny se skalpací kůže
2. stavu po těžké havárii na motorce, která vedla k devastačnímu poranění pravé paže.

20. KOMPLEXNÍ TERAPIE LYMFEDÉMU U OBÉZNÍ PACIENTKY S BMI 75

Fialová P., Vašků V.

I. dermatovenerologická klinika FN u sv. Anny, Brno

Obezita je jmenná forma slova obézní, pocházejícího z latinského obesus, což značí

„statný, tučný nebo vykrmený“. Je definována jako stav, ve kterém přirozená energetická rezerva člověka, která je uložena v tukové tkáni, stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví. Pro bělošskou evropskou populaci je podle kritérií Světové zdravotnické organizace (WHO) definována indexem tělesné hmotnosti (body-mass index, BMI) vyšším než 30.

Obézních pacientů v naší lymfologické ambulanci neustále přibývá. Spolupráce s nimi je často pro jejich neochotu zhubnout těžká. Tito lidé mívají deprese a z obezity plynoucí další komplikace, kterým musíme naši terapii přizpůsobit.

V této prezentaci představujeme pacientku s BMI 75, která je sledována v naší ambulanci pro lipolymfedém dolních končetin, vlevo s převahou sekundárního lymfedému po opakovaných erysipelech. Rádi bychom se podělili se zkušenostmi a úskalími péče o lymfedém takto obézní ženy, jejíž stav se dál komplikoval rozvojem bulozní dermatózy a recidivujícími erysipely.

21. SEKUNDÁRNÍ LYMFEDÉM DOLNÍCH KONČETIN U OBÉZNÍHO PACIENTA. ČASOSBĚRNÝ SNÍMEK Z NAŠEHO PRACOVÍŠTĚ

Oprailová D.

Kožní a lymfologická ambulance DermoLymfa s.r.o., Zlín

Přednáška zachycuje léčbu pacienta se sekundárním lymfedémem dolních končetin. Poukazuje na problém, se kterým se setkáváme dnes a denně na našich ambulancích a tím je compliance pacienta. I přes veškerou naši snahu a možnosti léčby, které můžeme pacientovi nabídnout, nemáme vyhráno. Léčba lymfatického otoku je celoživotní. I přes zajištění pacienta po Komplexní dekongestivní terapii, kdy se pacient vrací zpět do života, jsou zde zevní faktory, kterými jsou rodinné zázemí, podpora ze strany rodiny, ale i komorbidity, které mají vliv na psychický a fyzický stav pacienta a potažmo i stav lymfatického systému.

22. KAUZÁLNÍ LÉČBA LYMFEDÉMU DOLNÍCH KONČETIN – 6LETÉ ZKUŠENOSTI S LYMFOVENÓZNÍ ANASTOMOSOU

Vidim T.¹, Wald M.²

¹Centrum vaskulárních intervencí, Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

²Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Chirurgická léčba lymfedému má svoji nezastupitelnou roli v rámci komplexního přístupu k pacientovi s lymfatickým onemocněním. Kromě antirefluxních a symptomatických zákroků je předmětem zájmu chirurgů i mikrochirurgická technika konstrukce lymfovenózních anastomos.

Indikace pro uvedený výkon jsou poměrně přesně definované, jedná se zejména o stavy sekundárního lymfedému s prokázanou přítomností lymfatického kolektoru a suficiencí povrchního žilního systému. Časový imperativ pitting lymfedému je předpokladem dobrého funkčního výsledku operace.

Autoři popisují techniku tvorby lymfovenózní spojky ve třech základních pozicích.

Za 6leté období bylo indikováno 25 pacientů k mikrochirurgické operaci. Lymfo-venózní rekonstrukce byla provedena ve 23 případech. V daném souboru převažoval inkluzní typ spojení. Operanti byli obesláni dotazníkem kvality života. Odpovědělo 18 respondentů s průměrnou dobou sledování 24 měsíců. Dotazník se zabýval rozбором subjektivních a objektivních obtíží před výkonem a v pooperačním období. Většina pacientů považuje operaci za užitečnou pro zlepšení kvality života.

Lymfovenózní anastomosa je metodou léčby, jejíž dobrý efekt potvrzuje nezávislé hodnocení kvality života v pooperačním období. Má své pevné místo v komplexní léčbě lymfedému u vybraných pacientů.

23. KOMBINOVANÁ CHIRURGICKÁ LÉČBA LYMFEDÉMU DOLNÍ KONČETINY

Wald M.¹, Vidím T.²

¹Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Centrum vaskulárních intervencí, Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Autoři na základě svých osobních zkušeností předkládají výsledky kombinovaného chirurgického řešení chronického sekundárního lymfedému dolní končetiny pomocí lymfo-venózní anastomózy s následnou liposukcí.

Pacienti s lymfatickou insuficiencí provázenou pitting lymfedémem epifasciálních tkání na dolní končetině nejsou primárně indikováni k liposukci. V takovém případě, zejména není-li komplexní dekongestivní terapie (CDT) efektivní, je indikováno provedení lymfo-venózní anastomózy pro zlepšení lymfatické drenáže. Pokud je tato operace úspěšná, dojde za pokračující CDT k významné redukci až úplnému vymizení pittingu. Pokud následně přetrvává zvětšený objem končetiny, je tvořen především epifasciálně uloženou tukovou tkání – lipohypertrofií. Další CDT je schopna eliminovat event. městnání lymfy, nemůže však efektivně redukovat resp. odstranit tukovou tkáň. Za takové situace je v druhé době indikována liposukce.

Za 5leté období bylo indikováno k této kombinované chirurgické léčbě 8 pacientů. U 5 pacientů je výsledek výborný. To znamená není pitting, bylo dosaženo významné redukce objemu končetiny a subjektivně jsou pacienti spokojeni. Pokračuje udržovací CDT.

U 2 pacientů je výsledek dobrý – byla dosažena redukce objemu, ale 3 měsíce po liposukci přetrvává mírný pitting – nezbytné zintenzivnění CDT. U 1 pacienta není výsledek dobrý. Není sice pitting (dobrá funkce lymfo-venózní anastomózy), ale je nárůst objemu tukové tkáně. Je určitý předpoklad, že pacientka nedodrží CDT a především nenosí vhodnou kompresivní punčochu.

Kombinovaná léčba pomocí lymfo-venózní anastomózy s následnou liposukcí je metodou volby u nemocných s lymfatickou insuficiencí, u kterých není po vzniku lymfedému a zahájenou CDT dostatečná terapeutická odpověď zejména ve smyslu přetrvávajícího pittingu.

25. FLEBOLYMFEDÉM – RADIOFREKVENČNÍ ABLACE PŘI ŘEŠENÍ VENÓZNÍ HYPERTENZE JAKO NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY SEKUNDÁRNÍHO LYMFEDÉMU

Čepl I., Čepl J., Kratochvílová Z., Boček E.

Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Dačice

Lymfatický a venózní systém mají podobný embryologický základ, anatomickou skladbu i paralelní průběh. Oba systémy jsou funkčně provázané, vzájemně se ovlivňují a společně představují duální odtokový trakt cirkulace. Při selhání jednoho dochází i ke kompenzační zátěži druhého – v první době je patrná vzájemná zastupitelnost obou systémů.

Ve všech případech lymfedému dolních končetin je na místě vyšetřit venózní systém a posoudit zda úprava zjištěné poruchy haemodynamiky povede k odlehčení a zlepšení drenážní funkce lymfatických cév. Pro objektivizaci a stanovení stupně venózní insuficience hraje základní roli duplexní sonografické vyšetření. Zjišťujeme její příčinu a především lokalizaci a rozsah.

Jakékoli operační výkony v terénu lymfedému jsou rizikové z hlediska možné léze selhávajícího lymfatického systému a tím i dalšího omezení reziduální drenáže. Je nutné posoudit stupeň venózní insuficience a zda jeho následná úprava převýší riziko vzniku dalšího progresu lymfedému v pooperačním období. Indikované operační zákroky je nutné vést co nejvíce šetrně a miniinvazivně.

Radiofrekvenční ablace představuje systém, který splňuje požadavky atraumatického výkonu. Ve spektru endoluminálních výkonů má své pevné místo při řešení refluxu povrchového venózního systému a perforátorů.

Cílem je úprava haemodynamiky venózního systému s obnovením drenážní funkce. Na podkladě přeměny elektromagnetické energie na termální dochází ke koagulaci venózní stěny s eliminací všech zdrojů venózního refluxu. Dosah oscilačního termálního pole je do 3 mm v průměru – prakticky veškerá energie se vyčerpá při termokoagulaci venózní stěny – okolní tkáň tak nejsou vystaveny termickému traumatu. Za sono-guided kontroly lze dosáhnout přesného cílového zaměření s účinkem pouze v požadované lokalitě – entry point refluxu. Tento postup pro svoji minimální invazivitu lze považovat za bezpečnou metodu při řešení venózní hypertenze v případech flebolymfedému.

26. PORANĚNÍ LYMFATICKÝCH CÉV JAKO KOMPLIKACE OPERACE VARIKOSIT DOLNÍCH KONČETIN

Čepl J., Kratochvílová Z., Čepl I., Boček E.

Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Dačice

Operační výkony na venózním systému dolních končetin jsou zaměřené na obnovení fyziologických poměrů cirkulace. Cílem technického provedení je nejen úprava haemodynamiky, ale i požadavek, aby výkon byl co nejméně traumatizující a umožnil operovanému jedinci včasný návrat k běžným aktivitám. Komplikace vyplývající z poranění lymfatických cév lze shrnout do dvou kategorií – a/ lokální lymforhea a lymfokela, b/ rozvoj sekundárního lymfedému. Vzhledem k anatomicky topografic-

kým poměrům průběhu venózního a lymfatického systému je nutné počítat s faktem, že není technicky možné provést operaci varikosit bez jakéhokoli leze lymfatických cév. Důležité je aby důsledek byl co nejméně výjádřený.

Lymforhea a lymfokela vznikají nejčastěji v oblasti nártu, na přední a mediální straně bérce. Kožní a podkožní incise vede k přerušení lymfatik s následným prosakováním lymfy. Při lymforhee dochází k zevní sekreci s macerací kožního krytu a časté bakteriální kontaminaci. Terapie se odvíjí podle intenzity sekrece – elastická komprese, chemická ablace, ligatura. Lymfokela představuje kolekci lymfy v podkoží. Řešení spočívá v punkci, elastické kompresi, drenáži. V případě recidivy rovněž v chemické ablacii pod kontrolou sonografu nebo excisi.

Sekundární lymfedém vzniká především při lézi lymfatik na mediální straně proximální třetiny stehna. Lymfatiky se zde zblíhají do úzkého prostoru, aby ústily do lymfatických uzlin / fenomén hrdla lahve /. Příčná incise podkoží délky 3 cm může v dané lokalizaci vést k omezení transportní kapacity lymfatického systému celé dolní končetiny. U zdravého jedince se sekundární lymfedém po operaci varikosit rozvine v 0,1 % – toto procento prudce stoupá pokud je pozitivní rodinná anamnesa. Můžeme zde počítat s predisposicí k lymfedému a z preventivních důvodů vyloučit disekci v oblasti třísla. Terapie sekundárního lymfedému je vyhrazena pro komplexní dekongestivní terapii.

27. LETOŠNÍ NOVINKY V KDT

Vlasák R.

Prevence 2000, Praha

Je mou milou povinností resp. ctí, že mohu v rámci lymfologického kongresu pravidelně informovat o novinkách, které v rámci KDT na našem pracovišti zavádíme nebo chceme uvést do lymfologické praxe. Pochopitelně, jen některé se prosadí jako lymfo-taping, který se nejen stal běžnou součástí praxe, ale i určitým lymfo-marketingovým nástrojem, kterým můžeme popularizovat náš obor v laické i odborné veřejnosti.

Lymfologie je charakteristická nejen svou multidisciplinárností, ale i dlouhodobou snahou vrátit do dnešní atomizované medicíny komplexní pohled na péči o chronicky nemocného člověka. Intervence v celém bio-psycho-sociálním komplexu v našem oboru není naučenou frází, ale denní starostí o pomoc při zabezpečení maximálně možné kvality života. Je smutnou pravdou, že naše snaha mnohdy výrazně převyšuje snahu našich „lymfatiků“, ale každé zmenšení otoku či bolesti nás naplňuje uspokojením a dává elán k dalšímu hledání cest rozvoje lymfologie i KDT.

Právě nové cesty či trendy jsou obsahem letošních novinek, které zavádíme do praxe. Hlavní inspirací je pro nás integrativní onkologie a potenciální možnost modulace chronické zánětlivé reakce pomocí kanabinoidů.

28. ERYSIPEL – LÉČBA A PROFYLAXE U PACIENTŮ S LYMFEDÉMEM

Křížková V., Hercogová J.

Dermatovenerologická klinika 2 .LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

Erysipel je specifický podtyp flegmóny, která postihuje superficiální dermis typicky s postižením lymfatických uzlin. Patří mezi nejčastější infekční komplikace u pacientů s lymfedémem. Autoři prezentují komplexní přehled problematiky tohoto onemocnění. Hlavní pozornost je zaměřena na současnou léčbu a profylaxi erysipelu u pacientů s lymfedémem, která zejména v době častého chybění depotního penicilinu je velmi aktuálním tématem.

29. KAZUISTIKA – MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽE A PÁD Z VÝŠKY

Uhlík E.¹, Navrátilová D.², Váchová H.³

¹*Tělo v souvislostech, Praha*

²*ORFM ÚVN, Praha*

³*2. LF UK a FN Motol, Praha*

Touto přednáškou bychom rádi připomněli základy využívání manuální lymfodrenáže u sportovců. Kazuistika se zabývá léčbou úrazu sportovního lezce, který byl špatně odjištěn a při následném pádu došlo k těžkému pohmoždění obou dolních končetin, hlavně kolenních kloubů. Při léčbě je kombinovaná manuální lymfodrenáž s lymfotapem, ale i fyzikální terapii a psychoterapii. Protože u těchto úrazů mohou být následky nejen fyzické, ale i psychické.

30. MOŽNOSTI LÉČBY LYMFEDÉMU Z POHLEDU ORTOPEDICKO-REHABILITAČNÍ PRAXE

Holoubek V.

Columna centrum s.r.o., Brno

Lymfedém (mízní otok), poměrně rozšířené onemocnění v převážné většině postihuje hlavně oblast dolních končetin. Zákeřnost onemocnění spočívá v tom, že se může vyskytnout u kohokoli a kdykoli. Často je provázeno porušením tělesného schématu, způsobeným až bizarními otoky různých částí těla, nejčastěji dolní i horní končetiny. Nemocné tento stav zatěžuje po stránce fyzické i psychické. Fyzické komplikace vznikají v důsledku asymetrického zatěžování osového skeletu a velkých kloubů následkem otoků provázených poruchou metabolismu kolem kloubních měkkých tkání, s bolestivostí a postupným omezováním pohybu spojeným s fibrózou měkkých tkání. Vlivem deformací pohybového systému s omezením pohybu pak pacienti nemohou nosit konfekční obuv ani oděv. Díky omezení pohybových schopností pokulhává i osobní hygiena, nemocní se straní veřejnosti, uzavírají se do sebe a dochází k psychickým poruchám – depresím.

Z výše uvedeného je vidět, že se nejedná o banální onemocnění, ale onemocnění závažné zasluhující naši pozornost. I v dnešní době je často podceňováno, chybně diagnostikováno a neodborně léčeno mimo specializovaná pracoviště. Podle statistik se ročně objevuje 40 nových případů na 100 000 lidí. Jednou z hlavních příčin vzniku

lymfedému je léčba onkologických onemocnění, dále po infekcích – erysipelech, po úrazech a operacích nebo infekcích způsobených parazity. Na celém světě nacházíme asi 90 milionů lidí, kteří mají lymfedém vrozený nebo jako následek po napadení parazity. Pokud se přičte lymfedém, který je vyvolán poruchami žil, počet nemocných stoupne na 300 milionů. Toto je číslo, které si zaslouží naši pozornost.

Adekvátní léčbou s využitím fyziotrických procedur a metod zaměřených na snížení otoku měkkých tkání se zlepšením oxidace zabezpečíme pohyblivost v kloubech a oddálíme proces degenerace. Nezbytná je ortopedická péče zvláště u dolních končetin s aplikací individuálních vložek se specifickými konstrukčními parametry, které zlepší cévní návrat v dolních končetinách. V neposlední řadě je důležité zvolit vhodnou obuv a pohybový režim. Nesmíme zapomínat ani na úpravu stravy. Z Výše uvedeného vyplývá důležitost komplexního multioborového přístupu k léčbě lymfedému.

31. JAK OBOUVAT PACIENTY S LYMFEDÉMEM (KONSTRUKČNÍ POŽADAVKY NA OBUV)

Vašková J.

Columna centrum s.r.o., Brno

Pro pacienty s lymfatickými otoky dolních končetin (DK) je velmi důležitá chůze, která pomáhá odvádět z DK lymfatickou tekutinu. Aby chůze byla komfortní bez bolestí a otlaků, je potřeba zvolit vhodnou obuv. Díky lymfedémem zvětšené hmotnosti a objemu nohy a celé DK je téměř nemožné použít běžnou obuv. Pacienti často nosí obuv pantoflového typu, kterou si sami upravují, ale taková obuv není vhodná pro delší chůzi.

Význam vhodné obuvi pro lymfedém nelze podceňovat, protože následkem nevhodné a těsné obuvi dochází ke zhoršení krevního oběhu s nárůstem lymfedému. Těsná obuv může způsobovat trofické změny na kůži, vysoké lokální tlaky mohou vést k ulceraci s průvodními zánětlivými projevy a ke vzniku gangrény.

Speciálně konstrukčně a materiálově upravená obuv musí být přizpůsobitelná parametrům chodidla a být řešena tak, aby ji bylo možné kombinovat s kompresními bandážemi. Svršek obuvi by měl vytvářet přiměřenou kompresi (musí reagovat na nárůst objemu měkké tkáně tak, aby nezvyšoval kompresi). Naopak příliš volná obuv zhoršuje stabilitu při chůzi a nepotlačuje nárůst lymfedému. Optimální je uzavírání svršku pružnými tkaničkami nebo velcro pásky, kterými se dá upravit jeho objem. Horní obvodové hrany obuvi nesmí být ostré, aby se nezařezávaly do nohy. Materiál obuvi by měl být pratelný s možností desinfekce.

Šířka podešve by měla odpovídat šířce nohy, aby nedocházelo k přesahu měkkých tkání přes okraj podešve, z hlediska možných trofických změn a vzniku otlaků. Podešev by měla být pevná s měkkým došlapem, konstrukce obuvi musí pomáhat s odvíjením nohy a zajistit stabilní postavení paty. Lymfatická noha se hůře přizpůsobuje nerovností povrchu a tím dochází i k poruše rovnováhy a stability při chůzi.

32. MOTIVAČNÍ BENEFITY S VYUŽITÍM PRVKŮ LYMFOTERAPIE

Bartošová K.

Lymfocentrum, Turnov

Známe potřeby zdravotnických pracovníků, může lymfoterapie nabídnout informace a služby, které by byly žádoucí pro motivaci zaměstnanců? Co je pro nás důležitější prevence nebo léčba lymfedému. Do jaké míry může pozitivní motivace ovlivnit vztah k zaměstnavateli a k vykonávané pracovní činnosti ve zdravotnictví?

Obsahem je souhrn možných služeb, které by zaměstnanci mohli využívat v rámci benefičního programu ve zdravotnictví. Můžeme sem zařadit celé spektrum postupů, které jsou vhodné pro preventivní využití. Souhrně sem můžeme názorně řadit vhodný výběr kompresivních pomůcek, edukaci v oblasti výživy, vhodnost manuální i přístrojové lymfodrenáže. Lymfoterapie může nabídnout lymfodrenáž hlavy, horní končetiny, dolní končetiny, celkovou lymfodrenáž těla nebo dle individuálních potřeb, aniž by se jednalo o terapeutický zásah. Vzhledem k náročnosti vykonávání povolání ve zdravotnictví, je naše snaha eliminovat vznik a rozvoj chorob, typických pro práci ve zdravotnictví např. nosokomiální nákazy, žilní a lymfatická nedostatečnost, vertebrogenní onemocnění, psychické poruchy z přetěžování, syndrom vyhoření apod.

V prezentaci jsou představeny nejnovější poznatky a pomůcky pro péči v lymfoterapii, včetně nejnovější pomůcky v přístrojové lymfoterapii, která ještě nebyla publikovaná. Poznatky čerpají z již běžících programů a zohledňuje především poptávku po těchto službách. Rozdíly tvoří různorodost pracovního prostředí, např. práce v ambulantním provozu, na lůžkovém oddělení, terénní zdravotní péče či pracoviště operačních sálů. Snahou je načrtnout možnou cestu v péči o zdravotní stav zaměstnanců ve zdravotnictví.

Pro zaměstnance je důležité, aby cítil zájem ze strany zaměstnavatele o jeho psychické i fyzické zdraví. Lymfoterapie nabízí řadu prvků, které mohou být poskytovány nejen v léčbě lymfedému, ale především v prevenci vzniku onemocnění.

Cílem je navrhnout možnou péči v rámci zdravotního zařízení o zaměstnance. Motivační programy jsou pomůckou pro zefektivnění pracovní činnosti zaměstnanců. Benefity tohoto zaměření mohou zvyšovat prestiž zdravotního zařízení při udržení dostatečného počtu personálu, i když je to pouze kapka v moři.

33. MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ V PREVENCÍ LYMFEDÉMU PO TERAPII NÁDORU PRSU

Tichý P.

Privátní praxe, Praha

Léčba nádorového onemocnění je v industriálních zemích nejčastější příčinou vzniku lymfedému.

Je prokázáno, že téměř u všech osob po komplexní terapii karcinomu prsu dochází k vážnému funkčnímu poškození lokálních lymfatik. Tyto osoby se nacházejí ve stádiu latence a kdykoliv u nich existuje možnost vzniku chronického lymfedému.

Zatím je málo prověřena možnost užití MLD v preventivní terapii lymfedému v těchto

případech. Chybí též dlouhodobé studie na toto téma. Dosavadní zkušenosti se zahájením této terapie bezprostředně po ukončení onkologické léčby prokazují signifikantní preventivní efekt.

MLD se jeví jako optimální metoda prevence chronického lymfedému u všech osob po komplexní terapii nádoru prsu.

Zmíněna zkušenost z dlouhodobého sledování několika pacientek po terapii MLD, zahájené ihned při prvních příznacích insuficientní lymfatické drenáže.

P1. LYMFATICKÝ SYSTÉM PÁNVE VE VZTAHU K TRANSPLANTACI LEDVINY

Mrzílková J.¹, Patzelt M.¹, Musil V.², Riedlová J.¹, Wurst Z.¹, Zach P.¹

¹Ústav anatomie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

²Středisko vědeckých informací, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Transplantace ledviny je v dnešní době jedinou možností léčby terminálního selhání ledvin. Během transplantace se štěp ledviny obvykle umísťuje do pravé jámy kyčelní, přičemž se cévy ledviny napojují na vasa iliaca externa. Během operace dochází při jejich preparaci k poškození lymfatických cév, které může vyústit ke vzniku lymfokély. Lymfokéla je pseudocystický útvar vyplněný lymfou, který může vznikat v okolí transplantované ledviny. Zdroj sekrece pochází největším dílem z ilických lymfatických cest, probíhajících v těsné blízkosti vasa iliaca externa, v menší míře jsou zdrojem porušené lymfatické cévy štěpu ledviny. Ledvina má tři základní lymfatické pleteně: intrarenální (drenáž okolí tubulů), subkapsulární a extrarenální v corpus adiposum. Pleteně jsou navzájem propojené, takže po standardním odstranění tuku u dárcovské ledviny dojde vždy k porušení lymfatických cév a drobnému úniku lymfy. Dokonalá znalost topografie lymfatického systému pánve je nutná ke snížení incidence lymfokély jako chirurgické komplikace transplantace ledviny.

P2. LÉČBA PACIENTKY SE SEKUNDÁRNÍM LYMFEDÉMEM TYPU ELEFANTIÁZY

Valentová M., Šimáčková A., Vybíralová I.

Nemocnice Jihlava, p.o.

Klíčová slova: lymfedém, manuální lymfodrenáž, kompresivní bandáž

Úvod: Poster prezentuje léčbu pacientky s elefantiázou pravé dolní končetiny na kožním oddělení Nemocnice Jihlava, p.o

Cíl: Obrazové zdokumentování výsledků léčby sekundárního lymfedému

Lymfedém je chronické progredující onemocnění, které nemocné zatěžuje fyzicky i psychicky, ohrožuje je pracovní neschopností, invaliditou a v neposlední řadě lymfangiosarkomatozním bujením.

Sekundární lymfedém vzniká poškozením lymfatického systému operací, radioterapií, zánětem, úrazem, nádorovým onemocněním nebo může vzniknout poškozením při diagnostických a léčebných výkonech.

Kazuistika: Pacientka 57 let, prvně diagnostikována erysipel v 18 letech, po prvním porodu (22 let) nástup otoků PDK a jejich progresu. Opakovaný erysipel – přibližně

jednou ročně, od roku 2007 lymfedém komplikován vznikem ulcerací na stehně. Opakovaně terapie lymfedému za hospitalizace v letech 2007 až 2016.

Status localis: V roce 2007 na vnitřní straně pravého stehna výrazný otok, vytvářející vakovitou deformaci velikosti 30x35x40cm, mediálně v distální části povrchový defekt velikosti 8x7 cm, se známkami počínající epitelizace na periférii, na mons pubis polokulovitá rezistence velikosti 6x5x3 cm, tužší na pohmat, v obou tříslech četné papilomy, stejně jako na mons pubis a v průběhu celé dolní končetiny. Přítomny jsou i bělavé podkožní prominující uzlíky, lymfangiomy.

Léčba: Do zhojení defektů lokální léčba antiseptickou masťou a kompresivní vícevrstvou bandáží PDK. Po ukončení první hospitalizace výrazná redukce otoku stehna, až 20 cm a zhojení defektů. Opakované hospitalizace 2x ročně, aplikace manuální lymfodrenáže, přístrojové lymfodrenáže a kompresivní vícevrstvé bandáže PDK s použitím Mobidermu.

Současná udržovací fáze: Pravidelná frekvenci hospitalizací dvakrát ročně na 14 dní, manuální a přístrojová lymfodrenáž a kompresivní bandáž PDK příkládaná na 22 hodin, pravidelná pendeponizace, terapie venotiky (Detralex tbl.).

Ambulantní a domácí léčba: Přístrojová domácí lymfodrenáž, aplikovaná denně vždy na jednu hodinu, podpurná pohybová a dechová cvičení, chůze se zevní kompresí, péče o kůži – prevence interdigitální mykózy, erysipelu, režimová opatření, pravidelné kontroly lymfologem.

Závěr: Léčba lymfedému je dlouhodobá, komplexní a její úspěch závisí na dodržování léčebných a režimových opatření, ale především na naprosté complianci pacientky a její rodiny.

P3. SROVNÁNÍ CENTRÁLNÍHO A PERIFERNÍHO TYPU SEKUNDÁRNÍHO LYMFEDÉMU HORNÍ KONČETINY. DVĚ KAZUISTIKY

Mrhač L.¹, Zimová J.²

¹Klinika nukleární medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava.

²Lymfocentrum, Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava.

K nejčastějším vyvolávajícím faktorům sekundárního lymfedému obecně patří blokáda lymfatických uzlin zhoubným nádorem, trauma, lékařské zákroky, lékařská chyba, rozsáhlé jizvení, sebe-poškozování, ale i komplikace vnitřních chorob atd.

Tyto patologické změny mohou být lokalizovány buď v oblasti axily, pak jde o „centrální subtyp“ sekundárního lymfedému, nebo postihují distální část končetiny, pak jde o „periferní subtyp“.

Nejčastější příčinou centrálního lymfedému horních končetin je karcinom prsu a jeho následující léčba. K poškození lymfatických cév a uzlin dochází buď přímo infiltrací metastázami, nebo při chirurgickém výkonu (zejména při exenteraci axilárních uzlin), nebo fibrotizací, jako následek lokální radioterapie. Po operacích karcinomu prsu se prevalence sekundárního lymfedému odhaduje na 10%.

Vzácně vzniká sekundární lymfedém horních končetin jinou etiologií. Příčina otoku

je na periférii. Takový otok vyvolávají např. úrazy, bakteriální, virové nebo mykotické záněty kůže, popáleniny a jejich následné komplikace.

Prezentujeme dvě kazuistická sdělení:

Kazuistika č. 1

64-letá pacientka onemocněla před 10 lety karcinomem pravého prsu, kdy byla indikována kvadrantektomie mammae l.d.x. s exenterací spádových lymfatických uzlin pravé axily. Otoky pravé horní končetiny, hlavně paže, se začaly zhoršovat velmi brzy po operaci. Onkolog indikoval konzultaci lymfologem a předal pacientku do pravidelné péče Lymfocentra Fakultní nemocnice Ostrava. Pacientka udává, že otoky jsou střídavě lepší a horší, trvalá progresse stavu ale není. Lymfolog, po konzultaci s lékařem Kliniky nukleární medicíny, indikuje pro sledování vývoje stavu lymfedému PHK, lymfoscintigrafické vyšetření. Scintigrafie ukazuje, že na pravé horní končetině jsou špatně zobrazené kolektory, prostup radioindikátoru proximálním směrem je pomalý a jde převážně podkožím. Axilární uzliny jsou zobrazeny chabě i po zátěži a přervává zřetelná stranová asymetrie. Na komplexní dekongestivní terapii, při pravidelné péči a výborné spolupráci pacientky, je nález sekundárního lymfedému pravé horní končetině stabilní, bez progresse choroby.

Kazuistika č. 2

49letá, zdravá žena se před 5 lety doma opařila horkou polévkou po výbuchu Papinova hrnce. Popáleniny II. stupně postihly ruku, vnitřní stranu předloktí a část paže pravé horní končetiny. Pacientka byla léčena ambulantně na Popáleninovém centru Fakultní nemocnice Ostrava a pak byla předána do péče lymfologa v Lymfocentru FNO. Scintigrafie PHK ukázala špatně zobrazené lymfatické kolektory. Prostup radioindikátoru proximálním směrem byl pomalý, převážně podkožím. Axilární uzliny byly zobrazeny chabě se zřetelnou stranovou asymetrií. Pacientka je léčena komplexní dekongestivní terapií. Dochází na pravidelné manuální lymfodrenáže do Lymfocentra FNO. Opakovaně vyzkoušela lymfotaping, který preferuje hlavně v letních měsících, s velmi dobrým efektem. V medikaci chronicky užívá Detralex tablety. Na komplexní dekongestivní terapii, při pravidelné péči a výborné spolupráci pacientky, je nález sekundárního lymfedému pravé horní končetině stabilní, bez progresse choroby.

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.

POZNÁMKY

LYMPHO 2016, Program a abstrakta

1. vydání, říjen 2016

Vydala AMCA, spol. s r.o., Vyšehradská
320/49, 128 00 Praha 2

Tisk: DI PRINT, Ivana Jakubcová
Býkovice 7, 679 71 Lysice

ISBN 978-80-88214-01-4