

u nemocných v české dospělé populaci se uvádí kolem 2 %, s výrazným nárůstem se stoupajícím věkem, kdy v populaci 70 a více let se srdeční selhání vyskytuje u více než v 10 % populace. V pozdějších fázích chronického srdečního selhání se projevuje toto onemocnění také otoky dolních končetin (2). Další velká skupina nemocných s otoky dolních končetin jsou nemocní s lymfatickým otokem. V obecné populaci se uvádí jeho výskyt kolem 0,1 % (3). Ostatní příčiny jsou již vzácnější. Záludností otoků DK je zejména možnost kombinace různých příčin i u jednoho nemocného.

Vyšetření otoků

Jako u každého symptomu je klíčová precizně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření, které nám zúží pravděpodobné příčiny a pomůže indikovat správná laboratorní, případně zobrazovací vyšetření k verifikaci diagnózy. Nutné je zde ale připomenout zlaté pravidlo, že správná diagnóza nejsou pouze odpovídající symptomy a laboratorní a zobrazovací nálezy, ale klíčový je efekt léčby. Nelepší-li se symptomy, je nutno pátrat po alternativní nebo koincidující příčině.

Prvotní dotaz je jistě na rychlost vzniku otoku DK, zda se jedná o akutní či chronický problém. Dále, zda se jedná o otok oboustranný, či jednostranný, zda je přítomna nějaká jasná vyvolávající příčina (např. úraz). Častější je výskyt otoků v létě. To je dáno vyšším prokrvením kůže z důvodu nutnosti termoregulace, a tedy vyšším únikem tekutin do intersticia. Dále se negativně podílí i vliv ultrafialového záření, které poškozují kolagen v podkoží i v cévách, což vede ke zvýšené permeabilitě cév.

Aktivně se ptáme na další symptomy, typicky na objevení/zhoršení námahové dušnosti, únavy (symptomy srdečního selhání), z osobní anamnézy nás zajímá výskyt žilní trombózy v předchorebí či její rodinný výskyt, dále se cíleně ptáme na chronické onemocnění ledvin a již známá chronická kardiovaskulární onemocnění (stav po infarktu myokardu, známé srdeční selhání, chlopenní vada). Otoky se pravidelně vyskytují i u nemocných s chronickým jaterním onemocněním, jako je jaterní cirhóza. Vhodný je i cílený dotaz na onemocnění štítné žlázy.

Z rodinné anamnézy nás zajímá výskyt chronického žilního onemocnění u rodičů a sourozenců (typicky varixy, výskyt bérkových vředů). U farmakologické anamnézy se zaměřujeme na léky, které mohou jako vedlejší účinek způsobit otoky DK, jako je typicky amlodipin a jiné dihydropyridinové kalciové blokátory (4). Otoky mohou vyvolat i léky s mineralokortikoidní aktivitou (tu mají i glukokortikoidy ve vyšších

dávkách). Také hormonální manipulace u léčby neplodnosti může vést k přechodným otokům, podobně jako cyklické otoky v průběhu menstruačního cyklu. Další z léků, které mohou vést opět zejména ve vysokých dávkách k lokálním otokům DK, jsou nesteroidní antirevmatika.

Fyzikální vyšetření je nezbytnou součástí. V rámci celkového vyšetření aktivně hledáme všechny abnormality, které by nám mohly pomoci v diferenciální diagnostice. Například otoky víček mohou svědčit pro hypoalbuminické otoky (například při nefrotickém syndromu). Pro kardiální etiologii periferních otoků může svědčit zvýšená náplň krčních žil, dále přítomnost známek dilatace či hypertrofie levé komory, poslechově slyšitelný šelestu v prekordiu. V rámci fyzikálního vyšetření plic nám může pomoci poslechový nález nepřízvučných chrůpků jako známky městnání v malém oběhu. Dále přítomnost vedlejších dechových fenoménů typu pískotů a vrzotů (například při CHOPN) anebo krepitací (intersticiální plicní procesy) nás může navést k diagnóze cor pulmonale chronicum, pro které jsou periferní otoky typické. Při vyšetření břicha si všímáme přítomnosti ascitu, velikosti jater (otoky při jaterní cirhóze), přítomnost splenomegalie či patologického nálezu na ledvinách (polycystické ledviny).

Při vyšetření dolních končetin se zaměřujeme na rozsah otoků, charakter otoků (měkké/tuhé), jednostranné/oboustranné, oboustranné, ale asymetrické. Pozorujeme kvalitu kůže a případné patologie, přítomnost jizev po ortopedických operacích nebo po cévních zákrocích. Dále nás zajímá rozsah aktivní/pasivní hybnosti k posouzení možnosti dysfunkce svalové pumpy, a to zejména u nemocných s chronickým pohybovým onemocněním (osteoartróza, pes planus) nebo s neurologickým postižením (paraplegií, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc) a nemocných po úrazech s imobilizací.

Vzhledem k nejčastější etiologii otoků z důvodů CHŽO je velmi důležité vyšetření žilního systému ve stoje, kdy dojde k zvýšení hydrostatického tlaku a může dojít k zvýraznění žilních projevů. Hledáme přítomnost metličkových či retikulárních varixů, dále přítomnost varixů v průběhu kmenových povrchových žil dolních končetin – vena saphena magna a parva. Hodnotíme charakter kožních změn (hyperpigmentace), ztrátu adnex, přítomnost žilního vředu. Tyto změny můžeme klasifikovat pomocí klinické části klasifikace chronického žilního onemocnění CEAP (Tab. 2). Klasifikace CEAP nám u nemocných s CHŽO slouží k zařazení do jednotlivých tříd na základě klinické manifestace (C), etiologie (E – například Ec – kongenitální; Ep – primární; Es – sekundární; En – neznámá), místa anatomického postižení (A) a podle patofyziologické příčiny (P – PR- reflux; PO – obstrukce; PR/O –

Tab. 1. Základní rozdělení otoků

Otoky při zvýšeném kapilárním tlaku	
jednostranné	žilní hypertenze
oboustranné	srdeční selhání
Otoky při sníženém onkotickém tlaku	
hypoalbuminické	nefrotický syndrom, cirhóza, exudativní enteropatie
Otoky z porušené lymfatické drenáže	
	primární – vrozená abnormalita mizních cév
	sekundární – nádory, erysipel, extirpace uzlin
Nepřavé otoky	lipedém, myxedém

Tab. 2. Klinická klasifikace CEAP

C0	C0A asymptomatický
	C0S symptomatický
C1	teleangiectázie, retikulární varixy
C2	C2 – varixy
	C2R – recidivující
C3	edém
C4	C4A hyperpigmentace
	C4B lipodermatoskleróza, atrofie
	C4C corona phlebectatica
C5	zhojený bérkový vřed
C6	aktivní bérkový vřed