

- je třeba, aby si sonografista byl alespoň bazálně vědom nálezu jako: aneuryzma arteria poplitea, Bakerova cysta, nitrosvalový hematoma, neboť tyto struktury mohou být při Point-of-Care sonografii zaměněny za žilní trombus.

Zajímavou modalitou se v souvislosti s POC sonografií HŽT jeví současné použití skórovacích systémů, které nás informují o „předtestové“ pravděpodobnosti HŽT (typicky Wellsovo skóre a další), společně se stanovením D-dimerů, jejichž negativní (tedy nezvýšená) hodnota má i přes řadu limitací spojených s jejich testováním a hlavně interpretací výsledků významnou negativní prediktivní hodnotu a u takových pacientů by vlastně sonografie ani neměla být nutná (5). Použití všech racionálních doprovodných metod u pacientů podstupujících pouze POCT sonografii v rámci DVT je pro zvýšení pravděpodobnosti stanovení správné diagnózy vhodné (6). Pacient, u kterého je POCT vyšetřením prokázána HŽT, má být léčen dle lokálních standardů léčby trombózy (antikoagulace, komprese, mobilizace atd.). Vždy (i u pacienta s negativním výsledkem vyšetření) myslíme v kontextu anamnézy a klinického stavu na možnost embolie plicnice. Při nejistotě o výsledku vyšetření je třeba pokorně zvážit další postup, zejména ve smyslu případného zajištění pacienta LMWH do doby definitivního potvrzení nebo vyvrácení diagnózy, pro které budeme potřebovat expertní sonografické vyšetření v co nejčasnějším terénu.

Expertní vaskulární sonografie v diagnostice HŽT

Od expertní vaskulární sonografie očekáváme komplexní zhodnocení stavu žilního řečiště od vena cava inferior po distální bérec. Vedle potvrzení/vyloučení přítomnosti trombu také popisuje další zachycené patologie (objemné pláty sousedících tepen, aneuryzmata, cysty, svalové ruptury a hematomy) a často tak stanoví jinou, netrombotickou diagnózu, včetně doporučení o dalším směřování pacienta. Expertní sonografie vyšetřuje žilní systém v B modu, tedy ve 2D, v barevném dopplerovském zobrazení (duplexní vyšetření) a často vyšetřujeme i spektrální křivku, pak hovoříme o vyšetření triplexním. Ideální variantou je, když vyšetřujícím sonografistou je klinicky zaměřený lékař (internista, angiolog či kardiolog). Vyšetření takovým lékařem je totiž přímo spojeno se stanovením dalšího postupu, preskripce léčby a stanovením režimových opatření, a tato zodpovědnost za další osud pacienta kultivuje i samotné vaskulární sonografické vyšetření včetně jeho výstupů a redukuje zejména falešně pozitivní výsledky, kterými jsou někdy ve vyšší míře zatížena vyšetření provedená radiology. Zde je třeba uvést, že standardem léčby akutní HŽT je léčba přímými orálními antikoagulancii, a léčba warfarinem nebo prolongovaná léčba LMWH jsou vyhrazeny pro zvláštní případy. Imperativem je, že u HŽT je potřeba dosáhnout plného stabilního antikoagulačního efektu co nejdříve po stanovení diagnózy, a právě DOAC jsou ideálním lékem splňujícím tyto požadavky.

Sonografický follow up a jeho vztah k managementu léčby a formě sekundární prevence VTE

Komplexní rozbor délky léčby jednotlivých subtypů HŽT přesahuje rozsah tohoto textu. Platí, že epizodu VTE primárně léčíme dle typu

prodělané příhody (dle typu vyvolávající příčiny). Základní dobou léčby HŽT rozumíme období 3 měsíců od diagnózy. Léčba delší než 3 měsíce je léčbou prolongovanou a jejím hlavním smyslem je sekundární prevence, nikoliv léčba stávající epizody VTE. Takzvané provokované trombózy, kterými ve skutečnosti rozumíme trombózy vyvolané silným vyvolávajícím faktorem, jehož působení již pominulo (recentní operace, úraz, sádrová fixace apod.), léčíme právě po dobu 3 měsíců a byla-li antikoagulace po celou dobu účinná, důvod pro prolongování léčby nad tuto základní dobu není. To platí i v případě, že na kontrolní sonografii zachytíme rozsáhlé trombotické zbytky v žilách dolních končetin. V takovém případě se někdy uchylujeme k prolongování léčby do doby 6 měsíců, málokdy však dosahujeme další významné rekanalizace postižených žil a jistě bychom pacienty s tímto typem HŽT dále antikoagulovat neměli, a to zejména ve světle toho, že nám pro případné další prolongování léčby zcela chybí opora v datech a doporučeních. Na druhé straně stojí pacienti s proximálním idiopatickými HŽT (po první i opakované příhodě) či s vysloveně slabými vyvolávajícími faktory, kdy je zjevné, že vysazení antikoagulace není pro vysoké riziko rekurence bezpečné a léčbu bychom zde ukončili jen v případě neúnosně vysokého krvácivého rizika. Zvláštní kapitolu by zasloužila souvislost délky antikoagulační léčby v souvislosti zejména s nesmírně přeceňovaným vlivem genetických trombofilii.

Následné sonografické nálezy u těchto pacientů pak mohou být argumentem posilujícím indikaci pro prolongování léčby směrem k léčbě časově neohraničené (snažím se vyhnout výrazu „léčba trvalá“). Kontrolní sonografie má být provedena vždy před případným ukončením antikoagulační léčby dané epizody HŽT. Takové sonografické vyšetření patří do ranku expertního vyšetření a provádět ho mají jen zkušení cévní sonografisté. Základními požadavky na následné sonografické vyšetření jsou:

- stanovení průchodnosti žilního systému dané končetiny od vena cava inferior po distální bérec,
- detailní popis lokalizace a rozsahu reziduálních trombotických změn, jsou-li přítomny,
- popis demaskovaných anomálií v žilní anatomii, jsou-li přítomny,
- přítomnost hlubokého žilního refluxu,
- event. popis stavu povrchového žilního systému, který však nemusí být nutnou součástí vyšetření.

Je třeba si uvědomit, že znalost rozsahu posttrombotických změn při ukončení léčby je zcela klíčová a je nutné, aby pacienti měli tuto zprávu k dispozici. Pacienti po prodělané trombóze totiž často – poučení předchází epizodou – navštěvují při jakékoliv bolesti či otoku končetiny cévní ambulance s obavou z recidivy. Pro sonografistu je znalost stavu žilního řečiště před ukončením antikoagulační léčby klíčová. Pomáhá mu odlišit staré změny od nové trombózy a celkově se tak snižuje možnost falešně pozitivních i falešně negativních výsledků. Riziko záměny starých trombotických změn za novou trombózu není malé a má pro pacienta zásadní důsledky (domnělá recidiva VTE je častým důvodem pro časově neohraničenou antikoagulační léčbu). Je nutno ale konstatovat, že pacienti s trombotickými zbytky po řádné či prolongované době léčby dané epizody VTE mají vyšší riziko