

Trombosdiagnostik – ge klart besked direkt!

Cirka 48 000 undersökningar med frågeställningen venös trombos utförs varje år i Sverige. Målet måste enligt mitt synsätt vara att sträva efter att undersöka hela det djupa vensystemet direkt så att inremitterande läkare och patienten får ett komplett svar och slipper sväva i ovisshet, skriver Ola Björgell.

OLA BJÖRGELL

docent, överläkare, röntgenavdelning-
en, ultraljudsektionen, Universitetssjuk-
huset MAS, Malmö
ola.bjorgell@röntgen.mas.lu.se

II I Läkartidningen 45/2002 redogör undertecknad och medarbetare för en riksomfattande kartläggning av venös trombosdiagnostik [1]. Artikeln kommenteras i samma nummer av docent Hans Johnsson. Det är utmärkt om en debatt nu initieras. Jag bidrar här med mina åsikter.

Vår kartläggning

Låt mig först kort sammanfatta några fynd från vår kartläggning, som också kommer att presenteras på riksstämman. Den visar att cirka 48 000 undersökningar med frågeställningen venös trombos utförs varje år i Sverige, varav merparten sker på röntgenavdelningar. Vilka kärl i vaden som inkluderas vid flebografi respektive ultraljud skiftar starkt beroende på metodval, liksom mellan olika avdelningar, enligt vår kartläggning. Tolkningen av ett ej kontrastmedelsfyllt vensegment vid flebografi varierar också kraftigt mellan »djup ventrombos« till »ej djup ventrombos« eller »oklart fall«.

Naturligtvis bör samma kriterier för trombos gälla vid alla sjukhus. Vid oklarheter i diagnostiken kan ultraljud och flebografi med fördel kombineras.

Hans Johnsson skriver i sin kommentar att »tekniskt utförs numera flebografi troligen med i stort sett samma teknik och skicklighet på landets sjukhus«. Vår kartläggning antyder dock raka motsatsen, liksom min egen bedömning baserad på eftergranskning av flebogram från ett stort antal sjukhus i Sverige.

Ofta trombos i vaden

Hans Johnsson skriver också att »om man skulle kräva att röntgenavdelningar och fysiologiska laboratorier skulle utsluta muskelventromboser skulle detta,

om det över huvud taget är möjligt, leda till att undersökningarna blev betydligt mer komplicerade«. I praktiken är det enligt min uppfattning tvärtom tämligen lätt att visualisera vadens muskelvener både med flebografi och ultraljud. Det är upp till oss inom radiologin och den kliniska fysiologin att tillsammans fortsätta sprida denna enkla kunskap och teknik.

I de flesta fall av trombos är muskelvenerna involverade [2]. Patienten har oftast ont just i vaden. Isolerade tromboser förekommer frekvent här liksom annan patologi, som lätt låter sig visualiseras vid en undersökning med ultraljud. Det finns många studier, varav några refereras i vår kartläggning [1], som indikerar att även tromboser i vadens muskelvener progredierar och kan ge lungembolier.

Jag anser det inte försvarbart att avstå från att undersöka en ömmande vad hos denna patientgrupp. Att förenkla undersökningen genom att avstå från att undersöka delar av vensystemet innebär att man bör kalla tillbaka patienten till förnyad undersökning en till två gånger inom tio dagar under förutsättning att patienten har låg sannolikhet för djup ventrombos. Denna modell framlägger Hans Johnsson i sin kommentar.

Orimligt att återkalla

Det utförs cirka 25 000 undersökningar med ultraljud varje år på röntgen- och kliniskt fysiologiska avdelningar. Eftersom cirka en tredjedel av djupa ventromboser [2] initialt är lokaliserade endast under knäledsnivå skulle detta resultera i att drygt 8 000 patienter måste återkallas en till två gånger om man väljer att inte undersöka underbenets vener. Skulle patienten anses ha en något högre sannolikhet för trombos, stiger siffran ytterligare för det antal patienter som skall återkallas och/eller genomgå kompletterande undersökning efter en första negativ undersökning.

Detta är naturligtvis orimligt, inte

minst med tanke på patienten. Man kan begrunda vilken akutläkare som, under hårdbelastad jourtid, med hjälp av speciella poängsystem ska försöka att räkna ut vem som har låg eller hög risk för trombos. Målet måste enligt mitt synsätt istället vara att sträva efter att undersöka hela det djupa vensystemet direkt så att inremitterande läkare och patienten får ett komplett svar och slipper sväva i ovisshet. Om flebografi eller undersökning med ultraljud ej går att genomföra på röntgen- eller kliniskt fysiologisk avdelning under jourtid kan patienten få en initial behandling. Denna behandling sker då på klinisk misstanke om trombos och i avvaktan på objektiv diagnos nästföljande dag.

Komplett diagnostik är effektiv

Att direkt vid den första objektiva undersökningen kunna påvisa en trombos, oavsett vilket djupt vensegment som är drabbat, är att identifiera en sjukdom med recidivrisk hos patienten. Detta ger möjlighet till tidig behandling och uppföljning. Motsatsen är att acceptera risken för trombotillväxt och embolisering samt i värsta fall en felaktig diagnos i brist på en påvisad trombos.

Jag håller med Hans Johnsson om att en effektiv röntgenavdelning är nyckeln till god diagnostik av venös trombos. En effektiv röntgen- eller kliniskt fysiologisk avdelning erbjuder undersökning av hela det djupa vensystemet och inkluderar inte vadens kärlsegment.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Björgell O, Kieler H, Hedenmalm K, Rosfors S, Blomqvist P, Persson I. Riksomfattande kartläggning: Stora olikheter i trombosdiagnostiken. Läkartidningen 2002;99:4469-71.
2. Björgell O, Nilsson PE, Svensson PJ, Bergqvist D. A new scoring system for the detailed description of the distribution and thrombotic burden in deep leg vein thrombosis. *Angiology* 1999;50:179-87.