

Undersökning vid venös tromboembolism:

Gärna ultraljud, men läs Socialstyrelsens riktlinjer och glöm inte underbenets vener!

Det är för tidigt att pensionera flebografi som undersökningsmetod vid misstanke om djup ventrombos i nedre extremiteten. Flebografi används ungefär lika ofta som ultraljud vid denna frågeställning, och flebografi dominerar fortfarande som förstahandsval på de röntgen-diagnostiska avdelningarna i Sverige. Slutsats: Använd gärna ultraljud, men glöm inte Socialstyrelsens riktlinjer för diagnostik av venös tromboembolism. Det finns annars en klar risk för att man felaktigt förenklar och begränsar den diagnostiska undersökningen.

OLA BJÖRGELL

docent, överläkare, studierektor, röntgendiagnostiska avdelningen, ultraljud, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
ola.bjorgell@rontgen.mas.lu.se

II I Läkartidningen nyligen presenterade Michael R Torkzad och medarbetare en artikel om djup ventrombos i nedre extremiteten [1]. Av den kan man få intrycket att det oftast räcker att utföra ett sk proximalt ultraljud, och att isolerade tromboser i underbenet är ovanliga. Riktigt så enkelt är det dock icke!

Tromboser i underbenet inget ovanligt

Det är välkänt att den absoluta merparten av djupa ventromboser startar i underbenets vensystem [2]. Isolerede tromboser är också ofta förekommande i underbenet. Vi har i ett flertal studier funnit att bland trombospatienter diagnostiseras cirka 1/3 av alla djupa ventromboser isolerat under v poplitea, dvs i underbenet; siffran är konstant över ett tidsintervall på mer än 25 år [3-5].

Risk för felaktigt förenklad undersökning

Att endast utföra ett sk proximalt ultraljud kan gälla i selekterade fall, men det krävs då samtidigt att man noga följer alla delar i den diagnostiska algoritmen som Socialstyrelsen lagt fram i sina mycket noggranna riktlinjer för diagnostik av venös tromboembolism. Det finns annars en uppenbar risk för att felaktigt förenkla och begränsa den diagnostiska undersökningen. Man skall också observera att i begreppet »proximalt ultraljud« inkluderas ett »riktat ultraljud mot symtomatiskt område« enligt Socialstyrelsens rekommendation.

Socialstyrelsens riktlinjer bygger på SBU:s systematiska kunskapsammansställning. Till denna har, från medicinsk

radiologis sida, docent Ulf Nyman i Trelleborg bidragit med ett mycket stort och gediget arbete. Riktlinjerna kan laddas ner från www.socialstyrelsen.se. Jag har ingått i en referensgrupp som lämnat synpunkter på det medicinska faktaunderlaget.

Hur ser det ut i Sverige?

En riksomfattande kartläggning, vilken vi tidigare publicerat i Läkartidningen, har visat att det utförs cirka 48 000 undersökningar med frågeställningen djup venös trombos varje år i Sverige, varav cirka 25 000 utförs med ultraljud [6]. På radiologiska avdelningar dominerar fortfarande flebografi något jämfört med ultraljud. Att flebografi är så vanligt förekommande har sannolikt flera orsaker. Under jourtid är tillgängligheten för flebografi bättre eftersom flertalet jourtjänstgörande behärskar tekniken, i motsats till undersökning med ultraljud. Flebografibilderna kan dessutom eftergranskas. Man skall komma ihåg att det fortfarande går bra att använda flebografi i diagnostiken och att lokala förutsättningar i praktiken styr val av metod. Att kombinera bägge metoder i svåra fall är också en utmärkt lösning. Naturligtvis vore det önskvärt att fler lärde sig använda ultraljud i diagnostiken.

D-dimer har begränsningar!

För att kunna förenkla diagnostiken krävs ett poängbaserat diagnosstöd enligt Wells eller ett D-dimertest alternativt upprepade proximala ultraljud. Tyvärr riskerar stora grupper att falla bort eftersom D-dimer ej är tillförlitligt att använda vid graviditet och komplicerande sjukdomar såsom infektion/inflammation, malignitet, trauma, kirurgi eller ålder över 70 år eller symtomduration mer än en vecka. Många patienter med

trombosmisstanke är just äldre och har komplicerande sjukdomar. Resterande grupp med en låg klinisk sannolikhet och en negativ D-dimer behöver däremot inte genomgå undersökning med vare sig ultraljud eller flebografi.

Undersökning av hela benets vensystem

Det poängbaserade diagnosstödet enligt Wells ger en »hög sannolikhet« för trombos redan vid 2 poäng. Det räcker t ex med att man ser ytliga kollateralvener och finner ömhet längs djupa vener för att få en »hög sannolikhet« i frånvaro av annan, minst lika sannolik diagnos. Tillsammans med alla övriga parametrar som ger poäng torde ett icke ringa antal patienter med trombosmisstanke hamna i denna höga sannolikhetsgrupp.

Observera då att på dessa patienter krävs vid negativt fynd med ultraljud proximalt (v femoralis och v poplitea), enligt den diagnostiska algoritmen, en utvidgad undersökning. Denna ska inkludera underbenets vener, alternativt utförs flebografi av hela benet eller upprepat proximalt ultraljud efter en vecka. Kom ihåg att detta är en stor patientgrupp eftersom de flesta undersökningar utfaller negativt.

Om man istället saknar den kliniska poängbedömningen och D-dimertest ska flebografi eller ultraljud utföras som då skall täcka in hela benet i alla de fall som ej påvisar proximal trombos. Ett alternativ även här är att upprepa ett proximalt ultraljud efter en vecka. Eftersom

I Malmö har vi en av landets jourtyngsta röntgenavdelningar. Jag har under de senaste tio åren med ett otal jourpass aldrig behövt avbryta en undersökning med flebografi på grund av en annan urakut situation.

de flesta undersökningar utfaller negativt kan det bli ett orimligt stort antal patienter som då måste återkallas [7].

Tromboser i muskelvenerna är djupa!

Torkzad och medarbetare har i ett mindre, retrospektivt flebografimaterial bedömt att 69 av 274 (cirka 25 procent) hade djup trombos vid eftergranskning [1]. Hur patientselektionen till flebografi skett framgår ej. Det är också något oklart om det gäller undersökningar, fall eller patienter eftersom dessa termer används omväxlande på samma siffra, 274. I resultatdelen läser man dessutom att elva av dessa 274 ej var diagnostiska beroende på tekniska problem. Då blir det istället 263 kvar, och det är detta tal som borde ha använts i den statistiska beräkningen.

I artikeln sägs att »i tre fall upptäcktes trombos i muskulära vener men inga tecken på djup ventrombos«. Detta är fel. Tromber i muskelvener är naturligtvis djupa ventromboser och skall självfallet räknas in i totalantalet, som då rimligen blir 72 (69+3). Av dessa 72 fall av djup trombos blir då 17 stycken (14+3) isolerade till underbenet, dvs cirka 24 procent (17/72). Således finns en isolerad underbenstrombos hos nära en fjärdedel i trombosgruppen i Torkzads material.

I diskussionsdelen skriver författarna att »de flesta isolerade DVT i underbenet visar fullständig regress«. Några vetenskapliga bevis för detta presenteras emellertid inte. I Sverige behandlas generellt tromboser i underbenet av precis motsatt orsak, nämligen för att minska risken för progress och dämpa smärtan. Det är dessutom mycket viktigt att identifiera alla patienter med trombos för att få en korrekt diagnos och eftersom risken för recidiv trots allt finns.

Torkzad och medarbetare påpekar också att med ultraljud kan andra orsaker än trombos påvisas. Vi som arbetar heltid med ultraljudsdiagnostik är väl bekanta med detta, och inte så sällan finner man annan patologi i underbenet i form av blödningar, rupturer, Bakercystor etc. Detta är ytterligare en anledning till att undersöka även underbenet. Med denna ambitionsnivå bör man även inkludera iliaca-kärlen och lilla bäckenet i de fall ingen patologi påträffas i ett generellt svullet ben. Att identifiera orsaken till patientens besvär är angeläget, och naturligtvis blir såväl inremitterande som patient nöjd med att få en diagnos ställd.

Flebografi – en enkel och snabb metod

Flebografi är i de flesta fall en enkel och snabb undersökning med mycket få komplikationer, som oftast ger ett klart

besked direkt. Torkzad och medarbetare antyder att flebografi binder läkaren till undersökningen, vilket skulle kunna hindra omhändertagandet av andra akut sjuka patienter på röntgen, t ex vid inkommande olycksfall. I akuta situationer kan naturligtvis denna undersökning tillfälligt avbrytas, och detta är förstås inget skäl i sig för att avstå från flebografi. I Malmö har vi en av landets jourtyngsta röntgenavdelningar. Jag har under de senaste tio åren med ett otal jourpass aldrig behövt avbryta en undersökning med flebografi på grund av en annan urakut situation.

Konklusion

Använd gärna ultraljud men kom ihåg Socialstyrelsens riktlinjer med alla dess möjligheter och begränsningar. Tänk också på att många tromboser är isolerade till endast underbenet. Ofta krävs utvidgade undersökningar. På remissen måste det också tydligt framgå resultatet av D-dimertest och Wells scoring. I annat fall får det förutsättas att dessa hjälpmedel ej är utnyttjade, vilket också resulterar i mer omfattande undersökningar på röntgen eller kliniskt fysiologiska avdelningar.

Slutligen skall man ha stor respekt för den samlade kunskap som finns vid flertalet radiologiska avdelningar när det gäller att använda flebografi i diagnostiken. Det är inte en slump att flebografi fortfarande dominerar som förstahandsval på röntgenavdelningarna i Sverige. Det viktigaste är att patienten erbjuds den bästa diagnostik som går att uppbringa på det egna sjukhuset. Friheten att kunna välja metod i ljuset av den diagnostiska algoritmen är en stor fördel.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Torkzad M, Bremmer S, Blomqvist L. Djup ventrombos i nedre extremiteten. Ultraljud bör ersätta flebografi som första bildgivande undersökning. Läkartidningen 2004;101:2716-8.
2. Björgell O. A new scoring system for grading deep vein thrombosis. Description and some clinical applications using phlebography and colour Doppler ultrasonography [dissertation]. Lund: Malmö University Hospital; 2000.
3. Lindblad B, Bergqvist D, Nordström M, Kjellström T, Björgell O, Nylander G, et al. Frekvensen venös tromboembolism har inte förändrats på 30 år. Läkartidningen 1992;89:2941-7.
4. 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.
5. Nylander G, Olivecrona H. The phlebographic pattern of acute leg thrombosis within a defined urban population. Acta Chir Scand 1976;142:505-11.
6. Björgell O, Kieler H, Hedenmalm K, Rosfors S, Blomqvist P, Persson I. Riksomfattande kartläggning: Stora olikheter i trombosdiagnostiken. Läkartidningen 2002;99:4469-71.
7. Björgell O. Trombosdiagnostik – ge klart besked direkt! Läkartidningen 2002;99:4774.

Angående vulvoplastik: Sjukt behandla det som är friskt

En del intymkirurger verkar surfa bekvämt och lukrativt på en våg av osäkra människors kroppsfixering.

ANITA HAGSTAD

med dr, gynekolog, Läkarhuset, Göteborg
anita.hagstad@ptj.se

II Kommentar till artikeln »Vulvovaginal kirurgi vid estetiska och funktionella frågeställningar«, Läkartidningen 38/2004 (sidorna 2901-4).

Som objektiva kriterier för vulvoplastik anger artikelförfattarna asymmetri och att de inre blygdläpparna hänger nedanför de yttre. Vet de inte hur normala vuxna kvinnor ser ut? Det vanligaste hos kvinnor i fertil ålder är att de inre blygdläpparna är längre än de yttre. Och att de inre blygdläpparna är olikstora. (Hos barn är de inre blygdläpparna ännu inte utvecklade och är kortare än de yttre. Samma gäller hos äldre kvinnor, där de inre blygdläpparna så småningom atrofierar.)

De vulvor som i artikeln visas preoperativt före labialplastik (figurerna 2 och 3) ser för mina ögon helt normala ut.

Artikelförfattarna skriver vidare att ingreppen utförs i narkos för att det annars är svårt att bedöma resektionens storlek. Tacka för det, det finns ju inte mycket att ta av när man opererar normala kvinnor. (Och så skall ju narkosläkaren ha sin försörjning.)

Under mitt drygt 30-åriga liv som gynekolog har jag uppskattningsvis sett närmare 100 000 vulvor. Under årens lopp har jag opererat kanske tio kvinnor med långa sladdriga blygdläppar, som varit i vägen vid cykling och samlag. Detta har skett i lokalbedövning och det har varit så mycket att ta av att det inte varit något problem att ta för mycket. Patienter betalade vanlig patientavgift och landstinget en knapp tusenlapp.

En del intymkirurger verkar surfa bekvämt och lukrativt på en våg av osäkra människors kroppsfixering. En from förhoppning är att patienterna inte sjukskrevs och belastade det allmänna.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

II Replik på sidan 3269.