používá klinické vyšetření, při kterém bývá přítomný otok a bolestivost končetiny. Rozsah trombotické okluze nám ozřejmí duplexní ultrasonografie. V případě akutní žilní trombózy hladina D-dimerů několikanásobně překračuje referenční rozmezí (2, 3, 5, 6). Naši pacienti v tomto zjišťovaném parametru vysokou hodnotu neměli.

V léčbě HŽT se u dětí používají nízkomolekulární hepariny (LMWH). Antikoagulační terapii obvykle iniciuje pediatr a dávkování je kontrolováno stanovením hladin antiXa. Následně je pacient předán do péče hematologa, který buď pokračuje v podávání LMWH nebo pacienta převede na perorální antikoagulancia. Součástí péče hematologa je došetření stran možných trombofilních mutací a USG ověření plné rekanalizace žilního systému. Antikoagulační terapie po rekanalizaci by měla být udržována po celou dobu přiložení fixace. Pokud je u pacienta prokázána trombofilie nebo je opožděná rekanalizace, tak v terapii přecházíme na perorální antikoagulancia po dobu 3 měsíců od úrazu (7). Při podezření na HŽT je nutné fixaci uvolnit nebo zcela odstranit. V diferenciální diagnostice připadají v úvahu edém při antifosfolipidovém syndromu, lymfedém, primární angioedém, alergický angiodém, akutní končetinová ischemie, vaskulitida, erysipel a flegmóna (3, 6).

Závěr

Hluboká žilní trombóza při zlomenině klíční kosti je u dětí extrémně vzácná komplikace. Diagnostika je založena na kombinaci klinického vyšetření, duplexní ultrasonografie a laboratorních výsledků. Léčba zahrnuje podávání nízkomolekulárního heparinu a uvolnění fixace. Prezentované kazuistiky ukazují, že i při standardní konzervativní léčbě fraktury klíční kosti může u dětského pacienta dojít k rozvoji žilní trombózy, a to i v nepřítomnosti vrozené trombofilie či jiných rizikových faktorů. Při enormním dotažení a nesprávném přiložení páskové ortézy může dojít ke kompresi cév v oblasti axily, a tím vzniku hluboké žilní trombózy. Klíčové je tedy správné přiložení a dotažení vhodné fixace. Zásadní je rovněž edukace rodičů a pacienta o polohování končetin a poučení o případných komplikacích s nutností okamžité kontroly při jejich výskytu.

LITERATURA

1. Havránek P, et al. Dětské zlomeniny. Praha: Galén; 2013:90-96.
2. Ranke H, Märdian S, Haas NP, et al. Thrombosis of the subclavian vein after conservative treatment of a clavicular fracture: a rare complication. Unfallchirurg. 2016;119:255-258. doi: 10.1007/s00113-015-0091-y.
3. Nayar SK, Kuwabara AM, Flores JM, et al. Venous thromboembolism in upper extremity fractures. J Hand Surg Asian Pac. 2018;23:320-329. doi: 10.1142/S2424835518500303.
4. O'Brien S. A silent response to silent thrombosis. Blood. 2019;133:776-777. doi: 10.1182/blood-2018-11-884288.
5. Peivandi MT, Nazemian Z. Clavicular fracture and upper-extremity deep venous thrombosis. Orthopedics. 2011;34:227. doi: 10.3928/01477447-20110124-28.
6. Salášek M, Pavelka T, Weisová D. Deep venous thrombosis after conservative treatment of clavicular fracture in COVID-19 negative children: two case reports. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2022;89(6):435-440.
7. Mustafa J, Asher I, Sthoeger Z. Upper extremity deep vein thrombosis: symptoms, diagnosis, and treatment. Isr Med Assoc J. 2018;20:53-57.

Připravujeme do
Pediatrie pro praxi

2025
6

- Terapie epilepsie u dětí
- Urologické problémy adolescentních chlapců v ordinaci PLDD
- Nepodceňujme afektivní záchvaty
- Recidivy infekce močových cest u adolescentek – doporučení pro praxi
- Nosní neprůchodnost u dětí – diferenciální diagnostika
- Kognitivní a behaviorální rizika prenatální expozice návykovým látkám: Mezioborový pohled pro pediatrickou péči
- Intertrigo u dětí ve zkratce – co doporučit rodičům
- (Ne)reálné intravenózní podání paracetamolového sirupu
- Emma versus Emanuel

VYCHÁZÍ V PROSINCI

… programy kongresů, knižní tipy a mnoho dalších aktualit

25 SOLEN let s vámi