

studií (21) podporuje zavedení dočasného KF u polytraumat tedhy, když je kontraindikována AT. Další studie (22) prokázaly, že profylaktické umístění KF u pacientů s traumatem může snížit symptomatickou a fatální PE. Jiná studie (23) ale poukazuje na metodologickou chybu výše uvedených studií (pozdní zavedení KF, kdy už nebylo riziko krvácení, ale přesto nebyla zahájena AT). V současné době neexistují žádné randomizované studie, které by podporovaly profylaktickou implantaci KF. Nicméně dle velkých observačních studií je opora pro rutinní zavádění KF u pacientů s polytraumatem a dostala se do doporučených indikací některých společností. V USA tvoří profylaktické zavedení více jak 1/2 všech zavedených KF (22).

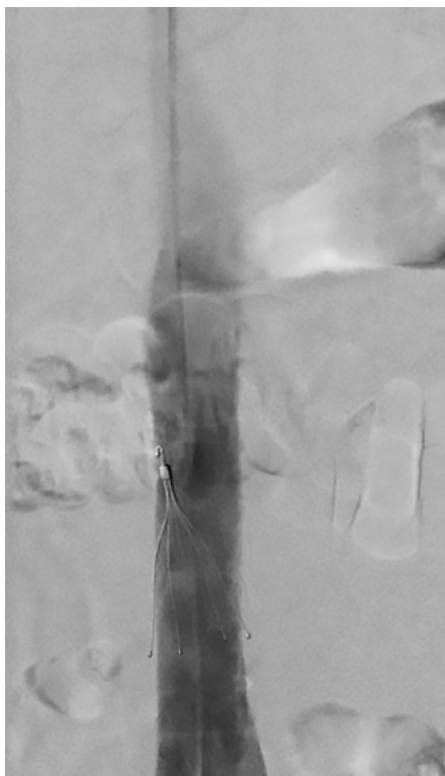
Bariatrické operace. Profylaxe TEN antikoagulační léčbou u bariatrických chirurgických pacientů je obtížná, protože morbidní obezita je považována za nezávislý rizikový faktor TEN. Imobilita po chirurgickém zákroku spojená s endoteliálním poškozením určuje vysoké riziko TEN. U pacientů podstupující bariatrickou operaci je TEN druhou hlavní příčinou úmrtí. Morbidní obezita je překážkou i v AT, založené na dávkování dle hmotnosti. Nicméně neexistují kvalitní prospektivní, randomizované studie, které by ospravedlňovaly profylaktické zavedení KF. V USA převažuje profylaktické zavádění KF nad terapeutickými indikacemi (157 % vs. 42 %). Nárůst KF souvisí i se stavem pojištění (u nepojištěných pacientů bylo použití KF je výrazně nižší – 2,7 % vs. 4,9 %). Masivní nárůst implantovaných KF byl řešen FDA; došlo k poklesu množství všech typů implantovaných KF (z 55,1/10000 US obyvatel v roce 2010, na 39,1/100000 US obyv. v roce 2014) (23, 24).

Těhotenství. VTE zůstává hlavní příčinou úmrtnosti matek se šestinásobně vyšším rizikem úmrtí ve srovnání s normální populací. LMWH je vhodnou volbou léčby a prevence PE. Indikační kritéria pro zavedení KF u stavů spojených s PE jsou u těhotných stejné jako u negravidních. Vzhledem k zvětšování dělohy při graviditě se doporučuje umístit KF do DDŽ suprarenálně. Nicméně v těhotenství dochází k dilataci DDŽ což zvyšuje riziko migrace filtru (25). Zásadně se doporučují dočasné KF (26).

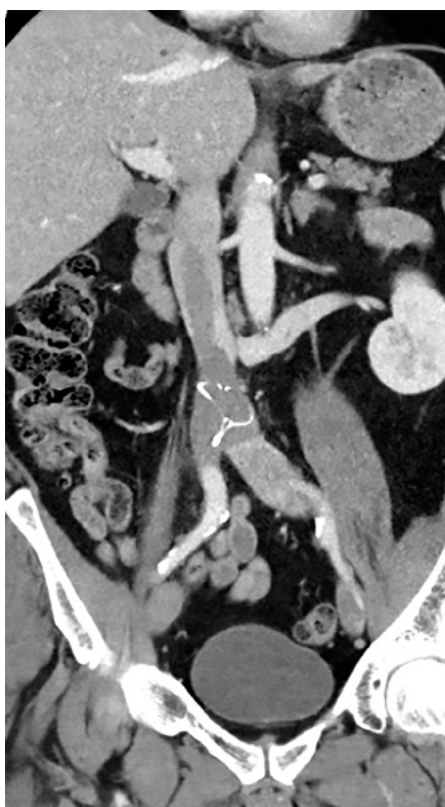
Komplikace spojené s KF

Komplikace bez ohledu na typ KF se dělíme na komplikace se vztahem k implantaci KF

Obr. 5. Nekoaxiální umístění KF (zdroj VFN)



Obr. 6. Trombóza KF (zdroj VFN)



a komplikace postprocedurální. Klinicky závažné komplikace, vedoucí k úmrtí nebo poškození pacienta v souvislosti se zavedením KF jsou velmi vzácné (0,12–0,3 %) (27). Komplikace spojené s implantací jsou spojené většinou s místem perkutánního přístupu. Nejčastěji je to krvácení a trombóza v místě punkce (2–23 %), vznik AV

Obr. 7. KF s trombózou po zavedení stentu do levostranné pánevní žíly (zdroj VFN)



Obr. 8. KF se zachyceným embolem (zdroj VFN)

