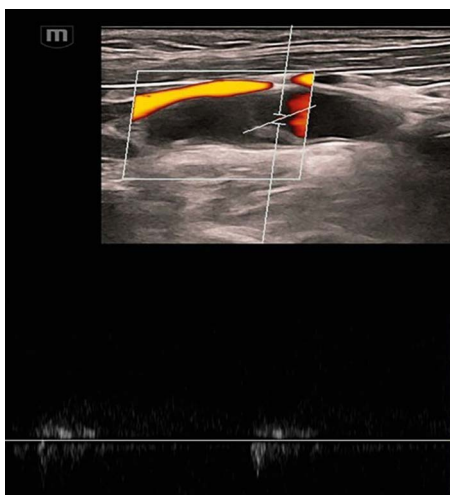


mechanická rekanalizace optimálně vede k obnovení toku v postiženém povodí. K monitorování výsledného nálezu je duplexní sonografie ideální, protože pacienta nezatěžuje aplikací kontrastní látky ani zářením a je jednoduše opakovatelná. Různé práce prokázaly výbornou shodu mezi neurosonologickým vyšetřením, CTA a DSA v diagnostice těchto patologií (Roubec et al., 2009). Opakované transkraniální vyšetření je často žádoucí vzhledem k tomu, že situace v mozgovém řečišti může být po výkonech velmi dynamická a nálezy se mohou ze dne na den měnit, což ne vždy odrazí klinický stav pacienta. Pravidelně prováděná vyšetření pak přináší lepší přehled o aktuální situaci v postiženém povodí a umožní nám lépe předcházet případnému klinickému zhoršení či komplikacím v prvních dnech po výkonu.

Intravenózní trombolýza

V případě terapie intravenózní trombolýzou může dojít v některých případech k rozpuštění trombu na stenóze, potažmo pak ke změně tíže stenózy. Pokud není tepna intervenována v akutní fázi nemoci, je vhodné neurosonologické vyšetření provést 24–72 hodin po IVT, abychom mohli plánovat v závislosti na klinickém stavu pacienta a CT nálezu intervenci na přírodních mozkových tepnách (CEA, CAS, PTA intrakraniálních tepen) a zvolit její optimální načasování, případně od intervence upustit, pokud po terapii IVT stupeň stenózy už nedosahuje hemodynamické významnosti. Vždy je třeba postupovat přísně individuálně.

Obr. 1. Asymptomatická akutní okluze ACI 7. den po úspěšné intervenci, „systolické kliky“ (Power mode)

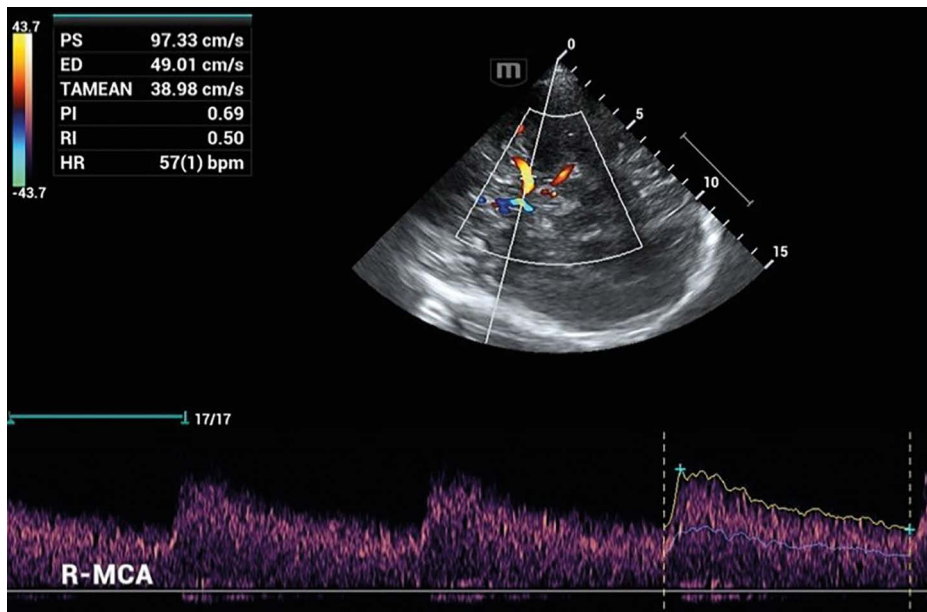


Mechanická rekanalizace

Po mechanické trombektomii je v ideálním případě tepna rekanalizována a je obnoven průtok. Další sledování pacienta probíhá na jednotce intenzivní péče, kde je pečlivě sledováno případné klinické zhoršení. Pokud jsou ovšem prováděny neurosonologické kontroly stavu postiženého povodí, nacházíme někdy až překvapivé změny, které nejsou reflektovány v klinickém stavu pacienta, jako např. asymptomatický uzávěr stentu v karotickém sifonu či v odstupu vnitřní karotidy (ACI) s průchodnou střední mozkovou tepnou

a dobře rozvinutou kolateralizací přes Willisův okruh. Jako příklad uvádíme pacienta s iCMP při uzávěru ACI + M1 segmentu střední mozkové tepny (ACM) vpravo (vstupní NIHSS skóre bylo 15), u kterého byla úspěšně provedena MT s implantací stentu do distální ACI se zlepšením klinického nálezu na 4 body NIHSS. Ultrazvukové vyšetření 7. den po intervenci při dobrém klinickém stavu ukázalo okluzi ACI od odstupu z karotické bifurkace (Obr. 1) a uzávěr stentu při dobře funkční kolateralizaci přes ACoA a ACoP (Obr. 3) s normálním plněním M1-ACM (Obr. 2).

Obr. 2. Normální tok v M1 segmentu ACM (PSV 97 cm/s)



Obr. 3. Zvýšený tok P1 segmentu a. cerebri posterior v rámci kolateralizace přes zadní komunikantu (ACoP) – PSV 90 cm/s

