

Híbková žilová trombóza HŽT

Povrchová tromboflebitída PT



Prednášku pre GP pripravila
prof. MUDr. Viera Štvrtinová

V jednotlivých regiónoch prednášali:

MUDr.Miroslav Širila – Int.odd.FN Trenčín

Prim.MUDr.Július Lukáč – Chir.odd. NsP Topoľčany

Prim.MUDr. Milan Červenák – Neur.odd. NsP Lučenec

MUDr.Juraj Váňa – Chir.odd. FN Žilina

Prim.MUDr. Ján Vaško – Odd. cievnej chir. FN Prešov

Klinická dg. HŽT

■ Opuch končatiny

– základný
príznak HŽT



TYPY HŽT

- Flebotrombóza hĺbkových žíl DK - najčastejšie
- Flebotrombóza hĺbkových žíl HK
- Trombózy dutých žíl
- Prechod povrchovej tromboflebitídy do hĺbkového žilového syst.
- Iné lokalizácie - extrémne zriedkavé

HŽT v oblasti DK

- **Distálna trombóza** – trombóza žíl predkolenia, neprechádzajúca do v.poplitea, je častá v pooperačnom období, môže prebiehať klinicky skryto
- **Proximálna trombóza** – lokalizovaná nad kolenom, prejaví sa opuchom končatiny
- **Iliofemorálna flebotrombóza** – phlegmasia alba dolens, phlegmasia coerulea dolens, gangréna žilového pôvodu, tepnový spazmus, hypovolemický šok

Prirodzený priebeh HŽT

- Spontánne rozpustenie
- Rozšírenie do ďalších častí žilového systému
- Embolizácia do pľúc (asymptomatická, symptomatická, fatálna)
- Rekanalizácia trvajúca niekoľko týždňov až mesiacov s následným vznikom potrombotického sy
- Recidíva trombózy

DUS – zákl.dg. metoda HŽT odlíši čerstvú trombózu od potrombotického sy

AKÚTNA HŽT



PTS – potrombotický sy



HŽT

- Pri dostatočne silnom klinickom podozrení na HŽT je vždy nutné začať parenterálnu antikoagulačnú liečbu HNMH alebo NFH
- Následne zabezpečiť laboratórnu a prístrojovú diagnostiku



HŽT - princípy liečby I.

- Parenterálna **antikoagulačná liečba** (heparín s nízkou molekul.hmotnosťou-HNMH), následne perorálna antikoagulačná liečba (INR 2-3)
- Ambulantná liečba HŽT
- Doba trvania antikoagulačnej liečby závisí od RF, ale **minimálne 3 mesiace** pri distálnej trombóze a **6 mesiacov pri vysokej iliofemorálnej trombóze**
- U onkol. pac dlhodobá liečba s HNMH minimálne 6 mesiacov (ASCO guidelines)

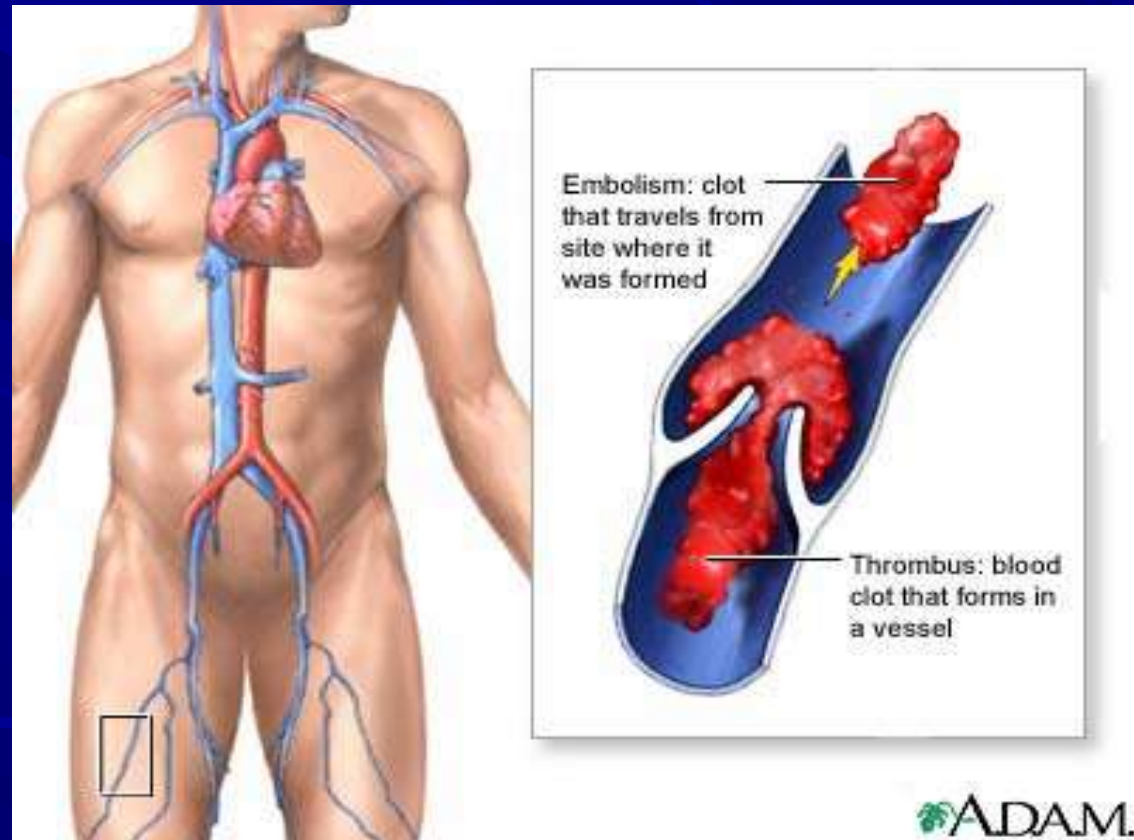
HŽT - princípy liečby II

- **Kompresívna liečba** je súčasťou štandardnej terapie - zo začiatku kompresívne obvazy, neskôr po ústupe edému pančuchy
- **Doba trvania KT** minimálne 2 roky



Dôsledky hĺbkovej žilovej trombózy - HŽT

- Pľúcna embólia (PE)
- Potrombotický sy
- Pľúcna hypertenzia
- Zvýšené výdavky spoločnosti na zdrav.starostl.

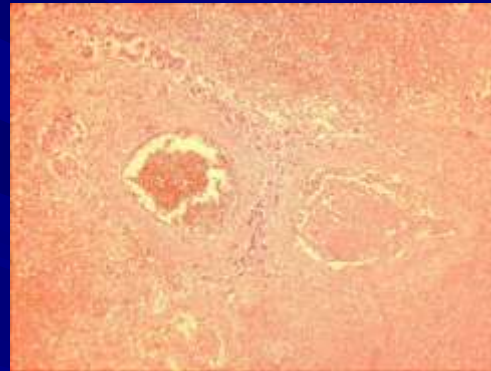


POVRCHOVÁ TROMBOFLEBITÍDA - PT

Atény 2008 VTE



- HŽT
- PE
- PT ?



Komplikácie HŽT (a PT ?) :

- 1.potrombotický sy
- 2.PE
- 3.Plúcna hypertenzia

Povrchová tromboflebitída PT

- Považuje sa za benigné ochorenie
- ALE – u 6-53% pac. koexistencia s HŽT
(na ipsilaterálnej aj kontralaterálnej strane)
 - u 2,6-15% pac. propagácia z povrchovej do hĺbkovej žily,
 - u 0-33% pac. PE
- RF pre PT a HŽT - rovnaké



POST STUDY



- 810 pac. so symptomatickou PT
- 25.9% (210 pac.) malo súčasne HŽT a/alebo PE (4.1% z nich malo PE)
- 7.3 % pac.s izolovanou PT malo HŽT alebo PE v priebehu 3 mesiacov

OPTIMEV STUDY

- 8253 pac. s klinickým podozrením na VTE
- 595 pac. – povrchovú tromboflebitídu
- Mortalita pac. s PT po 3 mesiacoch
s izolovanou PT 1,8% (2/3 s Ca)
so súčasnou HŽT alebo PE 11,8%
(2/3 malo malígný nádor)

Povrchová tromboflebitída

- Povrchová tromboflebitída – oznamuje lekárovi, že má myslieť na dve dôležité skutočnosti:
- 1. Nemá pacient zároveň HŽT?
- 2. Nemá pacient malígny nádor?



PT alebo HŽT?



DUS

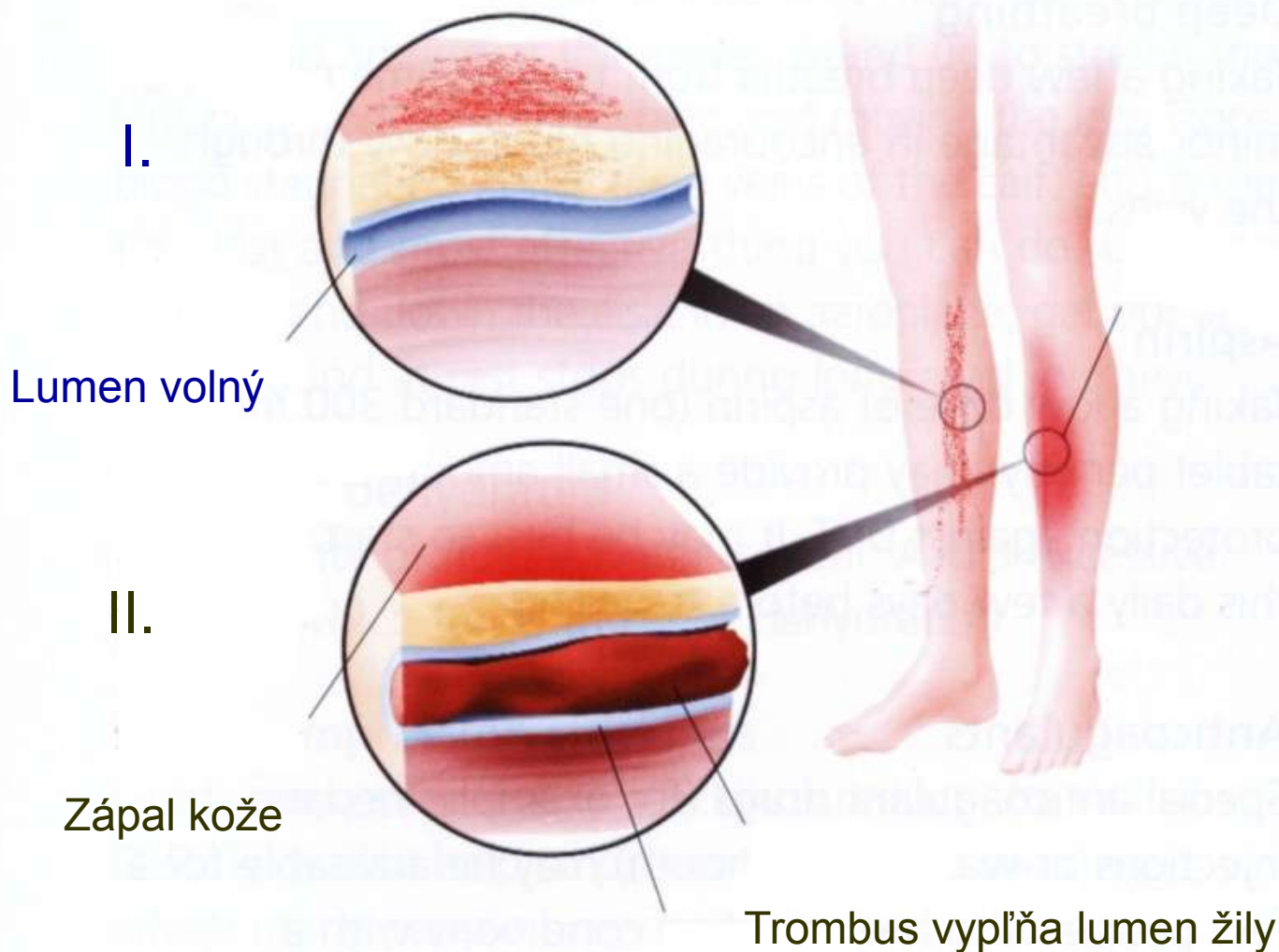


PT a HŽT

- Odlišná patofyzológia
- Odlišná diagnostika ?
- Odlišná liečba ??
- Odlišná prognóza ?



POVRCHOVÁ TROMBOFLEBITÍDA



**Rudolf
VIRCHOW
(1821-1902)**

Virchowova triáda
pri PT a HŽT – vždy
iná zložka je v prevahe



PT - klasifikácia

- **Varikózna tromboflebitída VPT**
(88% zo 100 pac. s PT má varixy)
vzniká v 10-20% pac. s varixami
- **Nevarikózna tromboflebitída NVPT**
(12% zo 100 pac. s PT nemá varixy)
častejšie ako pri VPT býva trombofília (u 50%)

Porucha endotelu pri NVPT



Stáza krvi je významná pri VPT



Varikoflebitída –
bolestivý, začervenalý
pruh pozdĺž
povrchovej žily



NVPT



PT - KLASIFIKÁCIA

- **A. PRIMÁRNA PT - Zápal zasahujúci izolovane stenu žily** - 1/ varikoflebitída, 2/septická flebitída (napr.po kanylácii žily), 3/“sterilná“ flebitída vznikajúca v súvislosti s aplikáciou toxických či iritujúcich substancií (zvláštnou je úmyselne vyvolaná flebitída pri skleroterapii), 4/Mondorova choroba
- **B. SEKUNDÁRNA PT - Zápal žily vznikajúci v rámci systémového ochorenia** (vaskulitídy, malignity, infekcie)

Čo spraviť pri opakovaných PT?

Čo spraviť pri nevarikózných PT?

- Pátrať po rizikových faktoroch
- Pátrať po vrodenej trombofílii
- Pátrať po pridružených ochoreniach –
karcinómy, vaskulitídy

Odporúčanie č.1

- *U každého pacienta s NVPT a u každého pacienta s recidivujúcou VPT pátrame po rizikových faktoroch povrchovej tromboflebitídy, predovšetkým po trombofílii a po malignite.*



Odporúčanie č.2

- ***Klinické vyšetrenie môže rozsah povrchovej tromboflebitídy podhodnotiť, preto je dôležité čo najskôr po stanovení klinickej diagnózy vyšetriť pacienta duplexnou sonografiou.***



Odporúčanie č.3 a 4



- ***Duplexná sonografia sa má vykonať na oboch dolných končatinách (nielen na končatine postihnutej PT)***
- ***Duplexnú sonografiu je nevyhnutné vykonať v prípade PT zasahujúcej úsek vena saphena magna na stehne alebo vena saphena parva na lýtku vo vzdialenosti 10 cm pred vústením do hĺbkového žilového systému.***



■ V kontraste s dnes už jasne definovanými pravidlami liečby HŽT **liečba povrchovej tromboflebitídy** stále nemá jasne určené pravidlá liečby



Thrombophlebitis superficialis – LIEČBA I

- Kompresívny obväz (s dosiahnutím vysokého tlaku kvalitnými obväzmi) alebo kompresívna pančucha
- **Normálna telesná aktivita (nie imobilizácia!!!)**
- Celkovo NSA p.o. – diclofenac, ibuprofen, indometacin, piroxicam, atď
- Lokálne nesteroidné antiflogistiká a heparinoidy, topický heparín
- Venofarmaká (najmä pri varikoflebitíde)

Thrombophlebitis superficialis – LIEČBA II

- **Heparín** (najlepšie s nízkou molekulovou hmotnosťou) najmä v prípade zasiahnutia VSM vysoko na stehne (či VSP pred výstením), kedy je možnosť prechodu zápalu do HŽS
- **Antibiotiká** - len v prípade celkových znakov zápalu (horúčka, vyššie Leu, CRP apod)
- **Chirurgická liečba** – len výnimočne a aj to len na vysokošpecializovaných pracoviskách

Heparíny a PT

■ ? ? ? ? ? ? ?

■ Dávka – profylaktická či terapeutická

■ Trvanie – 10, 20, 30 dní ?????????

HNMH a PT – čo hovoria odborníci ?

- Liečba s HNMH pri PT **sa zdá byť** lepšia
- Profylaktická dávka HNMH **sa zdá byť** rovnako efektívna ako terapeutická dávka
- Trvanie liečby 10 dní – **zdá sa byť** krátke
- ACCP guidelines 2008 – odporúčajú profylaktické alebo „**stredné**“ dávky („intermediate dosages“) HNMH alebo NFH aspoň 4 týždne

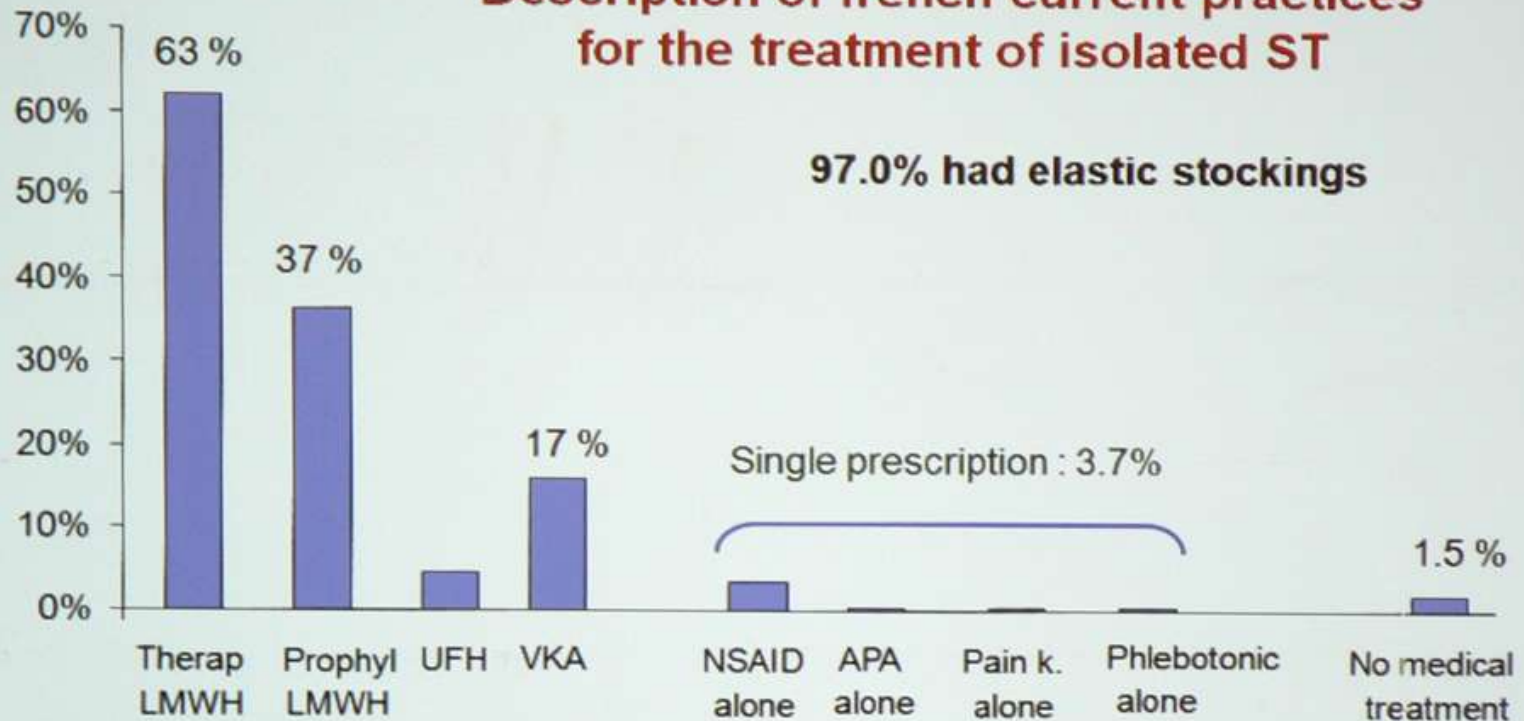
Francúzi liečia PT s HNMH – prevážne v th.dávkach, menej v profylaktických

Results

prospective study: patients which isolated ST

N=600

Description of french current practices for the treatment of isolated ST



POST

*Marianne De Maeseneer, Atwerp:
Superficial Thrombophlebitis of the LL:
Practical Recommendation for Diagnosis and
Treatment, Acta chir.belg, 2005*

- 10 dní HNMH v plnej terapeutickej dávke, následne 20 dní HNMH v polovičnej terapeutickej dávke spolu s okamžitou mobilizáciou pac., a elastickou kompresiou

Odporúčanie č.5 a č. 6



- *Všetci pacienti s PT musia byť liečení kompresívnou liečbou.*
- *Dôležitá je mobilizácia pacienta s kompresívnym obvázom alebo pančuchou.
Pacienti nesmú mať klúd na lôžku.*

Odporúčanie č.7



- ***Všetci pacienti s PT, so zapáleným úsekom žily dlhším ako 5 cm (zistenom pri DUS), majú dostať antikoagulačnú liečbu po dobu 4 týždňov. Dávkovanie HNMH závisí od rozsahu postihnutia PT, od pridružených ochorení pacienta, s prihliadnutím na kontraindikácie antikoagulačnej liečby.***

VTE - Závažný, avšak preventabilný medicínsky problém

- Stanoviť rizikové faktory
- Skorá Diagnostika
- Správna Liečba
- **PREVENCIA**
najdôležitejší spôsob liečby



Prevencia VTE vyžaduje

- Určiť riziko VTE individuálne u každého pacienta, zvážiť aj príp. riziko krvácania
- Vybrať správny spôsob prevencie
- Vybrať správnu dávku liečiva
- Dodržať dobu liečenia v závislosti od rizika VTE

Jún 2008 - 8. ACCP Conference on
Antithrombotic and Thrombolytic therapy -
Evidence Based Guidelines

Čo hovoria ACCP odporúčania 2008 - KOMU tromboprofylaxiu?

- akútne chorí internistickí pac. poukázaní do nemocnice kvôli srdcovému zlyhávaniu alebo závažnému resp. ochor. alebo ktorí sú pripútaní na lôžko a majú jeden alebo viac RF VTE (aktívny nádor, prekonaný VTE, sepsu, akútne neurol.ochor., chron.zápal. ochor.čreva) majú dostať tromboprofylaxiu

Čo hovoria ACCP odporúčania 2008 - AKÚ tromboprofylaxiu? v internej medicíne

- HNMH (stupeň dôkazu 1A),
nízkodávkovaný NFH (stupeň dôkazu 1A)
alebo fondaparinux (stupeň dôkazu 1A)
- U pacientov s KI pre použitie
antikoagulancií sa odporúča použiť
mechanickú tromboprofylaxiu s
kompresívnymi pančuchami alebo IPK
(stupeň dôkazu 1A)

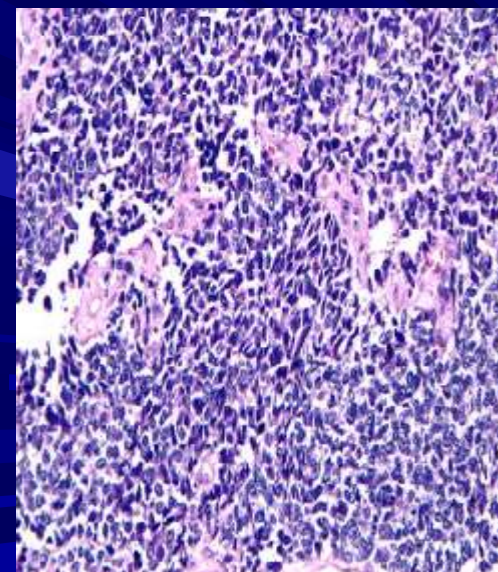
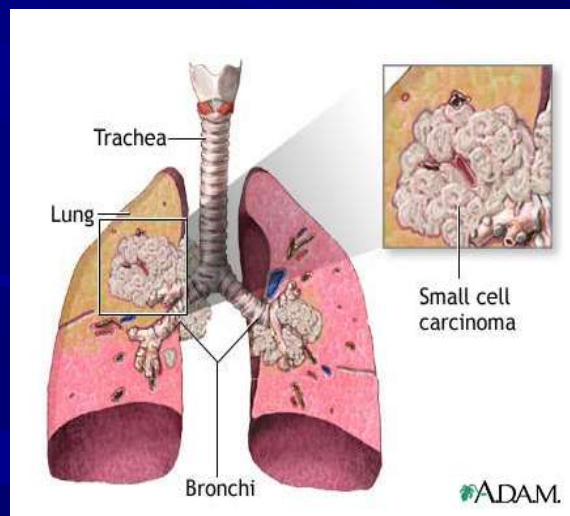
Čo hovoria ACCP odporúčania 2008 - **AKÚ** tromboprofylaxiu **NIE**

- **ASPIRIN** samotný nie je odporúčaný v tromboprofylaxii VTE (stupeň dôkazu 1A)

ANOPYRIN NIE

Predĺžená tromboprofylaxia KOMU?

- Pacientom po veľkých ortopedických operáciách
- **Pacientom s malígnymi ochoreniami**



Predĺžená tromboprofylaxia v ortopédii

KEDY a AKO DLHO

artroplastika bedr. kĺbu (28-35 dní po oper.)

artroplastika kolenného kĺbu (28-35 dní po oper., minimálne 10 dní po operácii)

Tromboprofylaxia pri artroplastike bedra

■ ČO a AKO DLHO?

■ 1. HNMH – 35 dní po operácii

■ 2. Nepriame inhibítory FXa
fondaparinux – 30 dní po operácii

■ 3. Priame inhibítory FXa
rivaroxaban – p.o. podanie – 35 dní po operácii

■ ČO NIE - ASA nie je vhodným liekom pre tromboprofylaxiu VTE

Predĺžená tromboprofylaxia v onkológii



- Vznik VTE ovplyvňuje negatívne prognózu onkologického pacienta
- 60% všetkých pac., u ktorých PE spôsobila smrť malo lokalizovaný nádor alebo ohraničené metastické postihnutie, ktoré v prípade absencie fatálnej PE dovoľovalo prežívanie

Profylaxia VTE- Odporúčania ASCO 2007

Onkol.pac. liečení chirurgicky

- **PROLONGOVANÁ PROFYLAXIA** - Trvanie profylaxie minimálne 7-10 dní, u rizikových pac. **až do 4 týždňov** po veľkých abdominálnych a pelvických výkonoch, reziduálnou malignitou aj po operácii, obéznych, s prekonanou VTE v anamnéze
- U vysoko rizikových pac. **kombinácia HNMH + mechanická profylaxia** (kompresívne pančuchy)
- **ASA** - je pre profylaxiu VTE neúčinná

Odporúčania ASCO 2007 pre pac. s VTE pri prevencii rekurentnej epizódy VTE

- HNMH liečbou voľby HŽT prvých 5-10 dní u onkologického pacienta
- **HNMH minimálne 6 mes** je preferovaný prístup k dlhodobej antikoagulácii;
- antagonistu vit K s INR 2-3 je akceptovateľná liečba, ak nie je HNMH k dispozícii

ZÁVEROM

- U každého pacienta je dôležité starostlivo identifikovať rizikové faktory VTE, zvážiť individuálne riziko a podľa toho zvolit' správnu profylaxiu HŽT, PT a PE