

Povrchová tromboflebitída- aktuálne odporúčania

MUDr. Katarína Dostálová, PhD. MPH₁

Prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc.₂

Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD. MPH, mim.prof.₁

**1- Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita,
Bratislava**

2- II. Interná klinika, Lekárska fakulta UK, Bratislava

XXXIII. Konsolidačná konferencia SSVPL SLS

Vysoké Tatry 11.-13. október 2012



XXV WORLD CONGRESS
of the International Union of
Angiology

2nd ANNOUNCEMENT
and **CALL FOR ABSTRACTS**

July 1-5, 2012

PRAGUE, CZECH REPUBLIC

www.iua2012.org

Epidemiológia

USA: 125 000 prípadov ročne (298 mil.)

(Coon WW, Willis PW 3rd, Keller JB. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh community health study. Circulation. 1973;48:839-46.)

**Francúzsko: 253 000 prípadov ročne
(65mil.)**

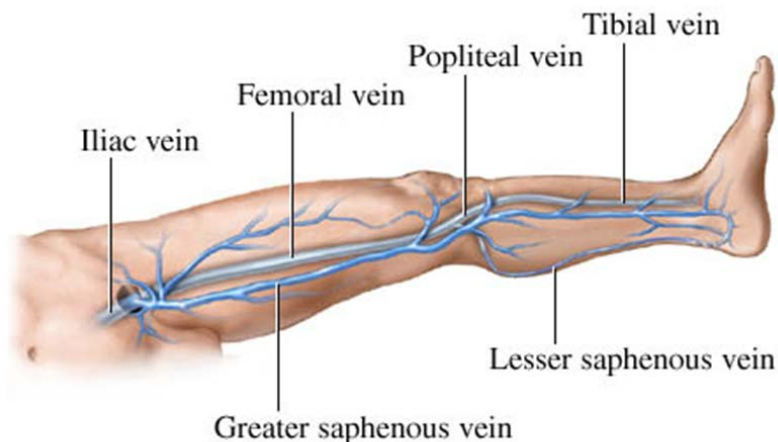
(Laroche JP. Thrombose veineuse superficielle (veine variqueuse, veine saine). Actual Vasc Int. 1993;13:30-1.)

Brazília

16% pacientov vyšetrených CDS pred operáciou varixov malo známky prekonanej povrchovej tromboflebitídy

(Ristow AVB, Arruda AM, Albuquerque JT, Medina AL. Varizes primárias: 10 anos de experiência de com tratamento cirúrgico. Rev Assoc Med Bras. 1979;25:216-8.)

- PT patrí medzi ochorenia, ktoré sa dajú diagnostikovať už pri klinickom vyšetrení.
- Pri tromboflebitíde je zasiahnutý úsek žily začervenaný, opuchnutý, na pohmat tuhý a bolestivý.
- Počas 7-14 dní lokálne príznaky zápalu ustupujú, začervenanie kože sa zmení na hnedý pigmentovaný pruh, ktorý časom zmizne.



Častejšie využívanie duplexnej sonografie u pacientov s povrchovou tromboflebitídou odhalilo veľké množstvo pacientov **so súčasným výskytom hĺbkovej žilovej trombózy.**

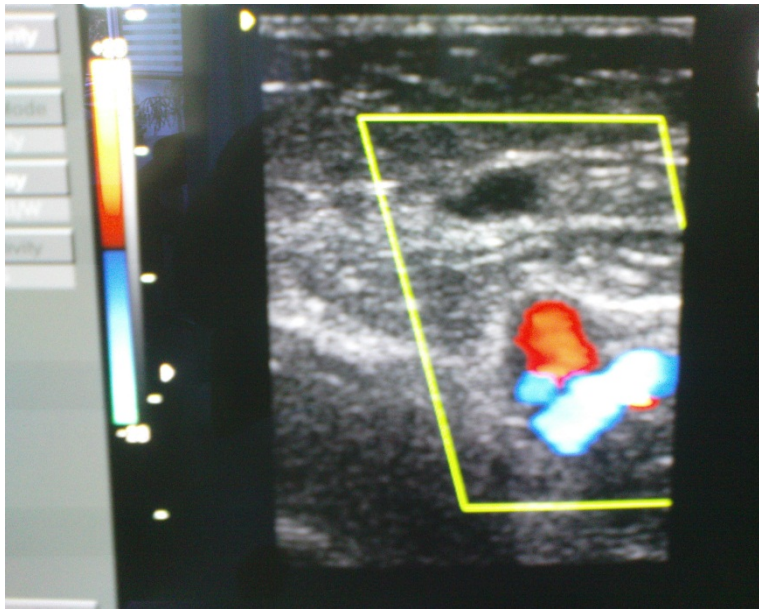
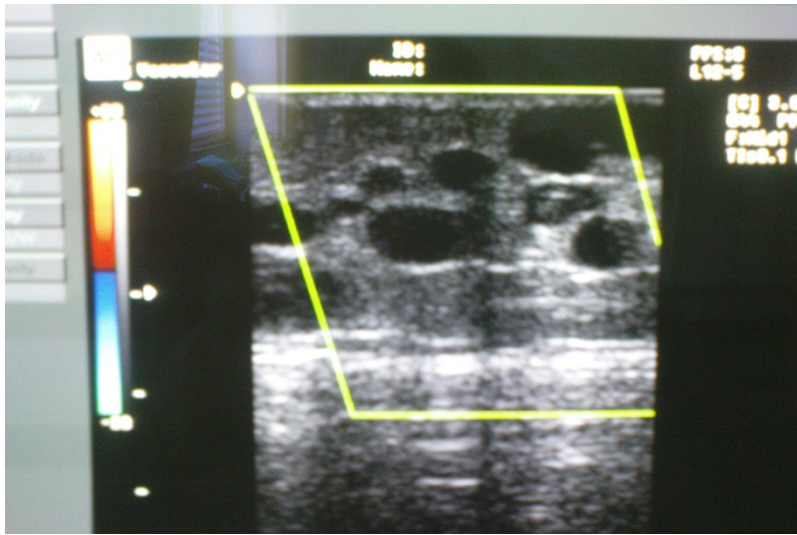
- Súčasný výskyt flebotrombózy 6-53%
- Propagácia do hlbokého systému 2,6-15%
- Výskyt symptomatickej pľúcnej embolizácie 0-33,3%

(Blättler, Vasa, 2008)

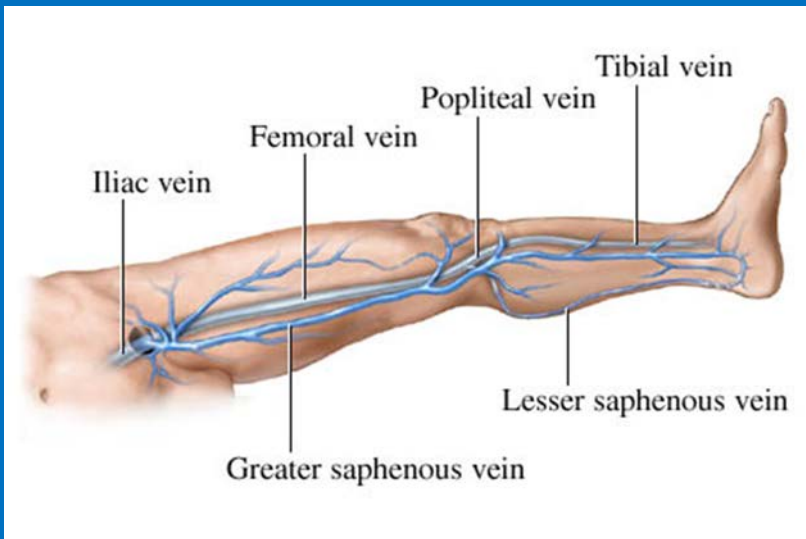
Prejavy žilovej trombózy v CDS

- podmienené prítomnosťou krvných zrazenín v lumene žily
- Čerstvé tromby **hypoechogénne** až **anechogénne**
- Postupom času sa **echogenita trombov zvyšuje**
- **Lumen žily býva rozšírený**
- žila sa stáva **nekomprimovateľnou**, čo sa potvrdí tlakom vyšetrovacej sondy na žilu v priečnom priereze
- **vymiznutie krvného prúdu**. Niekedy môžu trombotické masy uzatvárať lumen len sčasti a krvný prúd obteká trombus po obvode
- **kolaterálny obeh**, ktorým krv obteká uzavretý úsek





Rizikové faktory pre povrchovú tromboflebitídu a hĺbkovú žilovú trombózu sú rovnaké



Rizikové faktory

- Krčové žily
- Trauma
- Prolongovaná imobilizácia
- Dehydratácia
- i.v. katétre
- Obezita
- Vek nad 60 rokov
- Cestovanie dlhšie ako 4 hodiny
- Gravidita
- Kontraceptíva
- Zhubné ochorenie
- Trombofília
- Anamnéza prekonaného VTE
- Sklerotizačná liečba varixov
- Direktná trauma povrchovej žily

Etiológia povrchovej tromboflebitídy – Virchowovo trias

❑ Abnormality v koagulačnom a fibrinolytickom systéme

❑ malignity

❑ gravidita

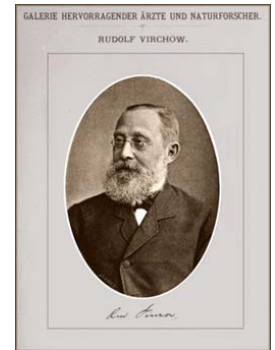
❑ kontraceptíva a substitučná hormonálna liečba

❑ systémové ochorenia (napr.vaskulitídy)

❑ vrodené a získané trombofilné stavy

❑ infekcia

❑ septická tromboflebitída



Etiológia povrchovej tromboflebitídy

-Virchowovo trias

Poškodenie žilovej steny

krčové žily

trauma

intravenózne katétre

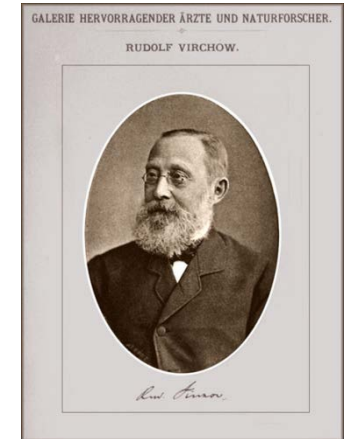
intravenózne podávané lieky (chemoterapia, sklerotizácia varixov, abúzus drog, a pod.)

Spomalenie krvného prúdenia

krčové žily

dlhodobá imobilizácia pre rôzne príčiny (operácia, trauma, závažná infekcia, srdcové zlyhávanie, CHOCHP a pod.)

obezita



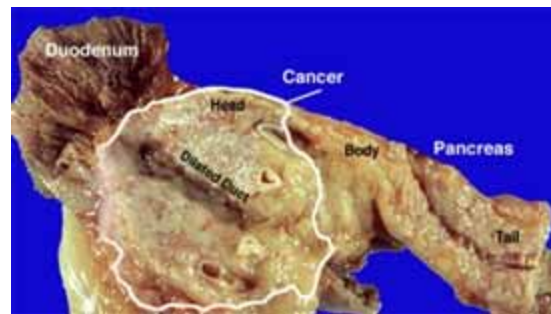
Povrchová tromboflebitída – Etiologická klasifikácia

- ❑ **A. Zápal zasahujúci izolovane stenu žily - primárna tromboflebitída:**
 - ❑ 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. Zápal žily vznikajúci v rámci systémového ochorenia** (vaskulitídy, malignity, infekcie)

Trousseauv syndróm

1865 - 1.^x popísal Armand Trousseau (1801–1867)
u pacienta s adenoca pankreasu

A. Trousseau pôsobil v najstaršej európskej nemocnici Hôtel-Dieu založenej v r. 651. Nemocnica funguje doteraz, nachádza sa blízko Notre-Dame v Paríži.



Trousseauv syndróm

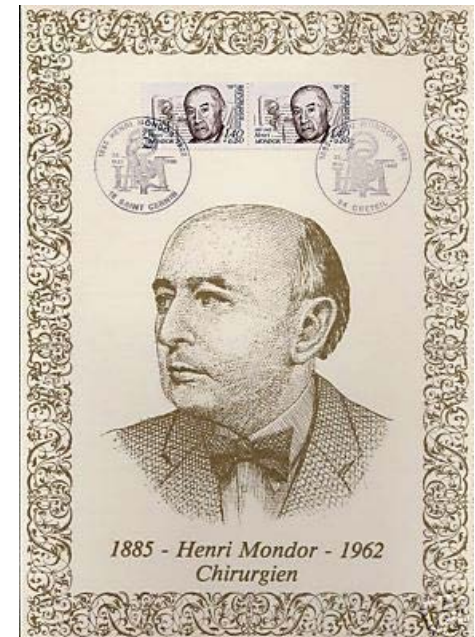
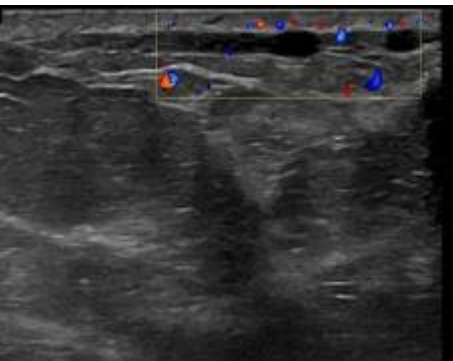
- výskyt VTE v onkológii je do 4%
- VTE sa u onkologických pacientov spája so zvýšeným rizikom úmrtia, ktoré je 2,2-násobne vyššie v porovnaní s jedincami bez VTE
- pľúcna embólia je príčinou smrti u jedného zo siedmich chorých s rakovinou, ktorí zomierajú počas hospitalizácie v nemocnici

Mondorova choroba

Zriedkavo sa vykytujúca tromboflebitída, častejšie u žien, postihuje vény hrudnej steny anterolaterálne

Väčšinou nejasnej etiológie (lokálna trauma, užívanie kontraceptív, deficit proteínu C, prítomnosť kardiolipínových protilátok)

Farrow JH. Thrombophlebitis of the superficial veins of the breast and anterior chest wall (Mondor's disease). Surg Gynecol Obstet. 1955;101:63-8.



Lemierrov syndróm

André-Alfred Lemierre (1875-1956) franc. bakteriológ
1936- počas práce v Claude Bernard Hospital



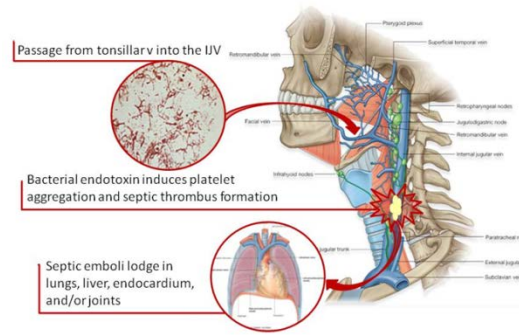
Septická tromboflebitída v. jugularis interna

pri infekcii oropharynxu, s možnosťou metastatickej progresie do pľúc, pečene a sleziny. Môže sa vyskytovať pri zavedenom CVK alebo infekciách iných oblastí krku.

Nakamura S, Sadoshima S, Doi Y, et al. Internal jugular vein thrombosis, Lemierre's syndrome; oropharyngeal infection with antibiotic and anticoagulation therapy--a case report. *Angiology*. 2000;51:173-7.

Najčastejší etiologický agens g^- anaerobna baktéria
Fusobacterium necrophorum

Chirinos JA, Lichtstein DM, Garcia J, Tamariz LJ. The evolution of Lemierre syndrome. *Medicine* (Baltimore). 2002;81:458-65.



Morbus Winiwarter - Buerger

Felix von Winiwarter (1852-1931)

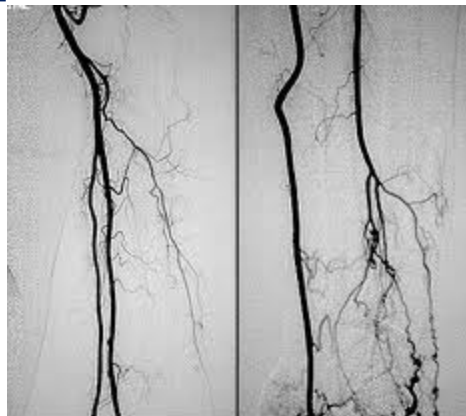
1879 -prvýkrát popis

Leo Buerger (1879-1943)

1908 -**Trombangiitis obliterans**

PT predchádza alebo sprevádza arteriálne poškodenie

prítomnosť PT posilňuje diagnózu ochorenia



▲ normal angiogram

▲ abnormal angiogram



Povrchová tromboflebitída – klinická klasifikácia

□ **Varikózná tromboflebitída**

- (88% zo 100 pac. s PT má varixy)
vzniká v 10-20% pacientov s varixami

□ **Nevarikózná tromboflebitída**

- (12% zo 100 pac. s PT nemá varixy)
častejšie ako pri VPT býva trombofília
(-u 50%)

Int Angiol. 2012 Jun;31(3):203-16.

Superficial vein thrombosis: a consensus statement.

Kalodiki E, **Stvrtnova V**, Allegra C, Andreozzi G, Antignani PL, Avram R, Brkljacic B, Cadariou F, Dzsinih C, Fareed J, **Gaspar L**, Geroulakos G, Jawien A, Kozak M, Lattimer CR, Minar E, Partsch H, Passariello F, Patel M, Pécsvárady Z, Poredos P, Roztocil K, Scuderi A, Sparovec M, Szostek M, Skorski M.

Odporúčanie č. 1, 2

- ❑ 1. U každého pacienta s nevarikóznou povrchovou tromboflebitídou a u každého pacienta s recidivujúcou VPT pátrame po rizikových faktoroch povrchovej tromboflebitídy, predovšetkým **po malignite a trombofílii**.
- ❑ 2. Klinické vyšetrenie môže rozsah povrchovej tromboflebitídy podhodnotiť a neposkytuje informáciu o hlbokom systéme, preto je povinné vyšetriť u pacienta povrchový aj hlboký venózný systém **duplexnou sonografiou**.

Odporúčanie č. 3

- ❑ **3. Duplexná sonografia sa má vykonať na oboch dolných končatinách** (na končatine postihnutej povrchovou tromboflebitídou ako aj kontralaterálnej)

Odporúčanie č. 4

- ❑ 4. Ďalšie sledovanie pomocou duplexnej sonografie je nevyhnutné vykonať v prípade povrchovej tromboflebitídy zasahujúcej úsek vena saphena magna na stehne alebo vena saphena parva na lýtku vo vzdialenosti 5 cm a menej pred vústením do hĺbkového žilového systému. Rovnako v prípade zhoršovania klinického nálezu napriek adekvátnej liečbe (aj keď nemáme dáta).

Odporúčanie č. 5, 6

- ❑ 5. Všetci pacienti s PT musia byť liečení **kompresívnou liečbou** – KT II (s výnimkou jej kontraindikácii).
- ❑ 6. Dôležitá je **mobilizácia** pacienta s kompresívnym obvazom alebo pančuchou.
Pacienti nesmú mať odporučený pokoj na lôžku.



Odporúčanie č. 7, 8

- ❑ 7. Všetci pacienti s povrchovou tromboflebitídou, **s postihnutým úsekom žily dlhším ako 5 cm** (zistenom pri DUS), majú dostať **antikoagulačnú liečbu s heparínmi s nízkou molekulovou hmotnosťou v intermediárnej alebo terapeutickú dávku počas 4 týždňov**. Dávka a dĺžka trvania liečby závisí od konkomitantného ochorenia a ďalších rizikových faktorov VTE.
- ❑ 8. Pacienti s rozsiahlou povrchovou tromboflebitídou, **s postihnutým úsekom žily dlhším ako 10 cm pri prítomnosti ďalšieho rizikového faktora VTE**, majú dostať **fondaparinux v profylaktickej dávke s.c. so zväžením trvania 6 týždňov**.

Odporúčanie č. 9

- ❑ **9. Rutinné vykonávanie ligácie** v safeno-femorálnej junkcii alebo safeno-popliteľnej junkcii v snahe zabrániť extenzii do hlbokého systému **sa neodporúča**.

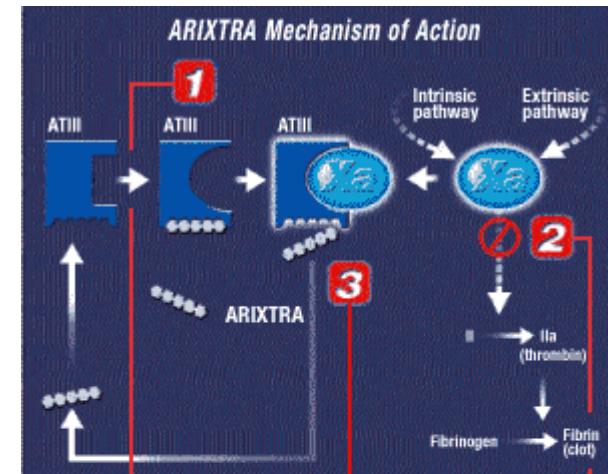
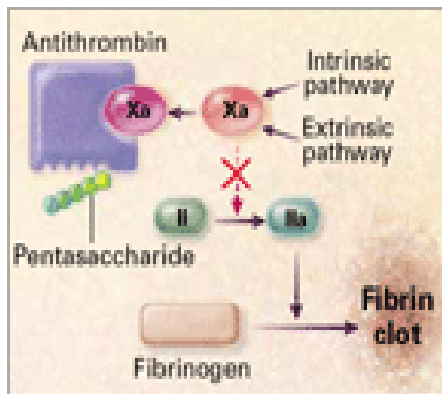
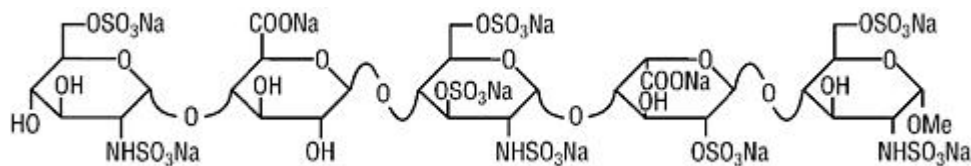
Po preliečení povrchovej tromboflebitídy varikózna tromboflebitída môže recidivovať, čo je znakom chronickej venózneho insuficiencie.

Vhodná (elektívna) liečba varixov môže predísť ďalším problémom.



Fondaparinux-pentasaccharide

- Selectively inhibits factor Xa
- Has negligible or no cross-reactivity in vitro with HIT antibodies
- No reversible by protamine



ARIXTRA binds to ATIII and neutralizes Factor Xa

Coagulation cascade is interrupted, inhibiting thrombin formation and thrombus development

ARIXTRA is then released to bind to other ATIII molecules

Thromb Res. 2011 Feb;127 Suppl 3:S81-5.

Recent findings in the epidemiology, diagnosis and treatment of superficial-vein thrombosis.

Décousus H, Bertoletti L, Frappé P, Becker F, Jaouhari AE, Mismetti P, Moulin N, Presles E, Quéré I, Leizorovicz A.

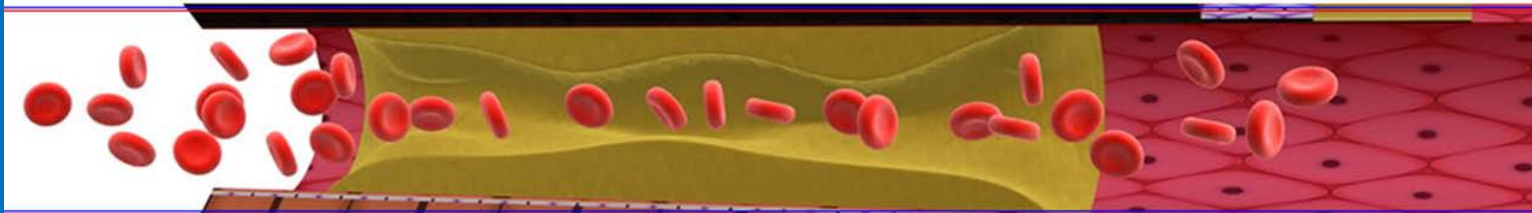
Abstract

...For the first time, an anticoagulant treatment, once-daily 2.5 mg fondaparinux for 45 days, was demonstrated to be effective and safe for preventing these symptomatic thromboembolic events in patients with lower-limb isolated SVT in the randomized placebo-controlled CALISTO study.

Based on these recent findings, new recommendations on the management of SVT patients, including complete ultrasonography examination of the legs, and in patients with isolated SVT, prescription of once-daily 2.5 mg fondaparinux subcutaneously for 45 days on top of symptomatic treatments, may be proposed.

Antibiotiká v liečbe povrchovej tromboflebitídy

- ☐ **Len v prípade celkových znakov zápalu** (horúčka, leukocytóza, vysoká FW, CRP) alebo septickej tromboflebitídy



« Cievna gymnastika

Endovaskulárna liečba žilovej trombózy »

Povrchová tromboflebitída

Autor: MUDr. Ľudmila Kovačičová – angiológ v príprave, I. interná klinika Slovenskej zdravotníckej univerzity, Univerzitná nemocnica Bratislava

Čo je povrchová tromboflebitída a ako vzniká?

Flebitída (grécky phlebos – žila, latinská koncovka –itída – zápal) je názov pre zápalové ochorenie povrchových žíl. Je sprevádzaná prítomnosťou krvnej zrazeniny – trombu. Trombus pevne prilieha na zápalom zmenenú stenu žily. Povrchová tromboflebitída sa považuje za benígne (nezávažné) ochorenie. Protikladom k tromboflebitíde je flebotrombóza, ktorá postihuje hlboké žily a môže mať závažné následky.

Problematika ochorenia ciev

- Angiológia ako medicínsky odbor
- Ochorenia ciev
- Primárna prevencia

Kategórie článkov

- » Ochorenia žíl (20)

Navigácia

- » Info o projekte
- » Redakčná rada
- » Kontakty-Ako položiť otázku
- » Odpovede na otázky

Národný program prevencie ochorení srdca a ciev