

Je tromboflebitída nevinná?

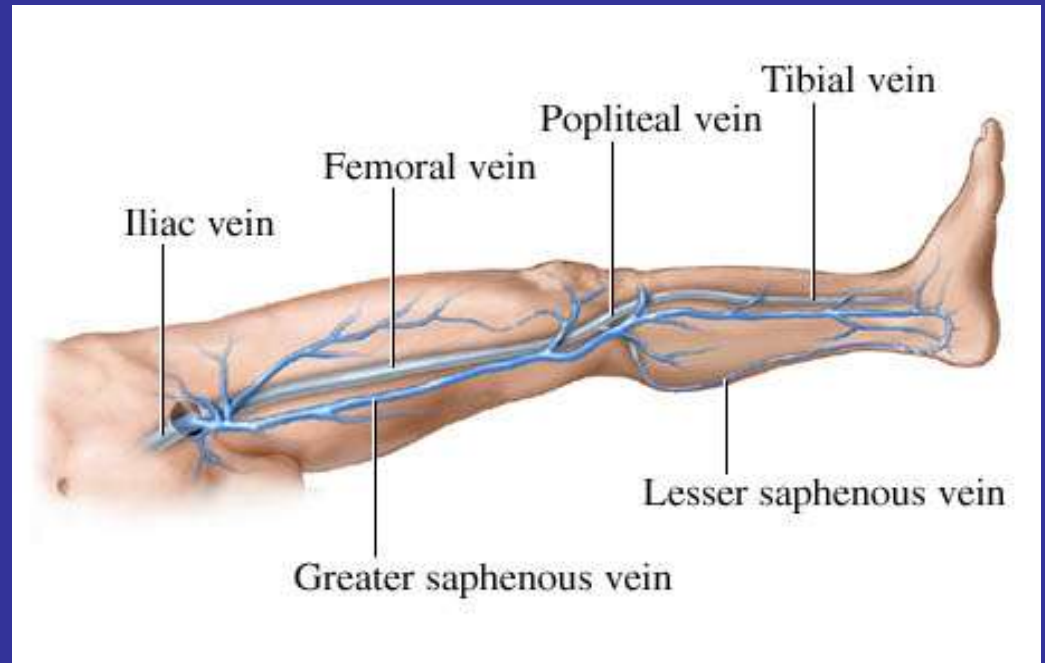
Dostálová Katarína

Angiologická ambulancia,

Nemocnica akad. L. Déreera, FNsP, Bratislava

Tromboflebitída

je zápal žilovej steny sekundárne sprevádzaný tvorbou trombu, ktorý pevne adheruje k zápalovo zmenenej stene žily



Primárne tromboflebitídy

Zápal postihuje izolovane stenu žily

1. Varikoflebitída
2. Septická flebitída (napr. po kanylácii žily)
3. „Sterilná flebitída“ pri aplikácii toxických a iritujúcich substancií
4. Mondorova choroba

Sekundárne tromboflebitídy

Zápal žily vzniká v rámci systémového ochorenia –
vaskulitídy, malignity, infekcie

(Štvrtinová et al., 2008)

Tromboflebitída – klinický obraz bolestivý, začervenaný pruh pozdĺž povrchovej žily



Varikózna tromboflebitída

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

Nevarikózna tromboflebitída

(12% s tromboflebitídou nemá varixy)
častejšie ako pri varikóznej tromboflebitíde býva
trombofília (u 50%)

Príčiny venózneho trombozy

Virchowovo trias

- Poškodenie cievnej steny
- Spomalenie prúdenia krvi
- Hyperkoaguabilita krvi



Porucha endotelu pri nevarikózneho tromboflebitíde

Stáza krvi je významná pri varikózneho tromboflebitíde

Epidemiológia

- Podhodnotené údaje
- 125 000 pacientov/rok v USA

(Meissner, J Vasc Surg, 2007)



ACCP 8th edition- Chest, 06/2008

Spontánna povrchová tromboflebitída

- Menej preskúmaná ako DVT
- Častejšie sa vyskytuje
- Prevažne postihuje dolné končatiny
- Varikózne vény, CHVO
- Malignita, trombofília, tehotenstvo, exogénne estrogény, obezita, skleroterapia, anamnéza DVT, bez príčiny
- Tradične považovaná za benígne ochorenie



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

(Blättler, Vasa, 2008)

Post Study

- cross-sectional and prospective epidemiological cohort study in
- 844 patients
- with ST at least 5 cm long documented by compression US
- follow-up 3 months (Boge, 2008)

- confirmed DVT and/or symptomatic PE was associated with ST in 24.9% of patients
- In 600 patients with isolated ST - 10.4% (n=56) developed venous TE complications at 3 months
PE (0.4%, n=2), DVT (2.8%, n=15)
extension of ST (3.1%, n=17) and recurrence of ST (1.9%, n=10)
- These complications occurred despite the use of various anticoagulant strategies in 90.5% (n=540) of patients;
- risk factors increased the risk of these complications: male sex, cardiac or respiratory insufficiency, history of deep-vein thrombosis or pulmonary embolism and no history of varicose veins.

Katétrové flebitídy



- výskyt: 25-35% pacientov so zavedeným i.v. katétrom
- zvyšujúci sa počet používania i.v. katétrov
- 10% nozokomiálnych nákaz
- ponechanie viac ako 48-72 hodín in situ, zvyšuje riziko vzniku flebitídy, bakteriémie
- najčastejšie agens: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Pseudomonas aeruginosa a ďalšie gramnegatívne enterobaktérie
- bakteriémia bez zjavnej flebitídy
- nutné mikrobiologické vyšetrenie špičky katétra

Colorduplexná sonografia

Josef Doppler



Indikácie vyšetrenia extrakraniálnych* a končatinových ciev

- Šelest
- Ischemické bolesti
- Opuch
- Trofické a fyzikálne zmeny (farba, teplota) kože
- Nehmatné pulzácie artérií
- Pulzujúca rezistencia
- Pred použitím cievnych štepov na kardio/angiochirurgický výkon
- Po rekonštrukčných operáciách a endovaskulárnych výkonoch
- **Artérová hypertenzia***
- **TIA, NCMP ***
- Pred rozsiahlym kardio/angiochirurgickým výkonom *

* Vyšetrenie karotických artérií

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

Colorduplexná sonografia



Colorduplexná sonografia



Slovenská angiologická spoločnosť, 2008

www.angiology.sk

1. U každého pacienta s SVT nevarikóznež žily a u každého pacienta s recidivujúcou SVT **pátrame po rizikových faktoroch** povrchovej tromboflebitídy, predovšetkým po trombofílii a po malignite.



Slovenská angiologická spoločnosť, 2008

www.angiology.sk

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

**Slovenská angiologická spoločnosť,
2008**

www.angiology.sk

- 3. Duplexná sonografia sa má vykonať
na oboch dolných končatinách
(nielen na končatine postihnutej SVT)**

Slovenská angiologická spoločnosť, 2008

www.angiology.sk

4. Duplexnú sonografiu je nevyhnutné vykonať v prípade SVT zasahujúcej úsek vena saphena magna na stehne alebo vena saphena parva na lýtku vo vzdialenosti 10 cm pred vústením do hĺbkového žilového systému.

Slovenská angiologická spoločnosť, 2008

www.angiology.sk

5. Všetci pacienti s SVT musia byť liečení
kompresívnou liečbou.

Dôležitá je mobilizácia pacienta
s kompresívnym obvazom alebo
pančuchou. Pacienti nesmú mať klúd na
lôžku.

Slovenská angiologická spoločnosť, 2008

www.angiology.sk

6. Všetci pacienti s SVT, 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.

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

ACCP 8th edition- Chest, 06/2008

- Spontánna povrchová tromboflebitída
- Profylaktické alebo stredné dávky LMWH najmenej 4 týždne 2B
- Stredné dávky UFH najmenej 4 týždne 2B
- VKA najmenej 4 týždne INR 2,5 (2-3), 5 dní sa prekrýva s UFH alebo LMWH 2C
- Nepridávať NSA 2B
- Uprednostniť medikamentóznou liečbu pred chirurgickou 1B
- Pozn: ak je postihnutý segment krátky a vzdialený od SFJ, stav si nevyžaduje antikoagulačnú liečbu



ACCP 8th edition- Chest, 06/2008

- Katérová tromboflebitída
- diklofenak alebo iné NSA 2B
- diklofenak gel 2B
- heparínový gel 2B
- Do vymiznutia príznakov, 2 týždne
- Nie antikoagulačná liečba 1C



ACCP 8th edition- Chest, 06/2008

Thromboprophylaxis in Cancer Patients

- Centrálny venózný katéter - bez profylaxie (ani LMWH ani minidávky W) 1B



Antibiotiká

- V prípade celkových znakov zápalu:
horúčka, leukocytóza, vysoká FW, CRP
- V prípade septickej tromboflebitídy
- Kombinácia aminoglykozidov a širokospektrálnych penicilínov alebo cefalosporínov

(Štvrtinová et al., 2008)

Terapia

Kompresívny obväz (s dosiahnutím vysokého tlaku kvalitnými obväzmi) alebo kompresívna pančucha

Normálna telesná aktivita (nie imobilizácia!!!)

Celkovo NSA p.o.

Lokálne nesteroidné antiflogistiká a heparinoidy

Venofarmaká (najmä pri varikoflebitíde)

Terapia

Heparín (najlepšie s nízkou molekulovou hmotnosťou) najma v prípade zasiahnutia VSM vysoko na stehne (či VSP pred vústením), kedy je možnosť prechodu zápalu do HŽS

Antibiotiká - len v prípade celkových znakov zápalu (horúčka, vyššie Leu, CRP,...)

Chirurgická liečba – len výnimočne a aj to len na vysokošpecializovaných pracoviskách

Liečba LMWH sa javí výhodnejšia

Profylaktická dávka LMWH 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“) LMWH alebo UFH aspoň 4 týždne

Postup pri nevarikóznei tromboflebitíde

Postup pri opakovanej varikoflebitíde

Pátrať po rizikových faktoroch

Pátrať po vrodenej trombofílii

Pátrať po pridružených ochoreniach –
karcinómy, vaskulitídy

- Tradované malé riziko komplikácií vedie k liečbe pacientov so známkami povrchovej flebitídy „with benign neglect“ (Ascher, 2008)
- Rozsah trombu môže byť väčší než viditeľné známky flebitídy
- Trombus môže siahať až do blízkosti safeno-femorálneho alebo safeno-popliteálneho ústia, perforátormi prenikat' do hlbokého systém

- ❑ Spoločné etiologické faktory s flebotrombózou, myslieť na malignitu, vrodený trombofilný stav

- ❑ Možná komplikácia flebotrombózou a pľúcnou embóliou