



KLOKA LISTAN

2023

Utredning och behandling av tromboflebit

Pernilla Frid, Täby Centrum Doktorn

Eli Westerlund, VO Internmedicin och infektion, Danderyds Sjukhus



Ledamöter i expertgruppen för koagulationssjukdomar och plasmaprodukter

Margareta Holmström, ordförande

Koagulationsmott., Karolinska Universitetssjukhuset

Sarah Balster

Medicinkliniken, Södertälje sjukhus

Pernilla Frid

Täby Centrum Doktorn

Farahnaz Ghalebadi

HSF, Läkemedelsenheten

Eva-Lotta Hempel

ASIH, Capio Dalens sjukhus

Hans Johnsson

fd Akutkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Katri Rosenthal Aizman

Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset

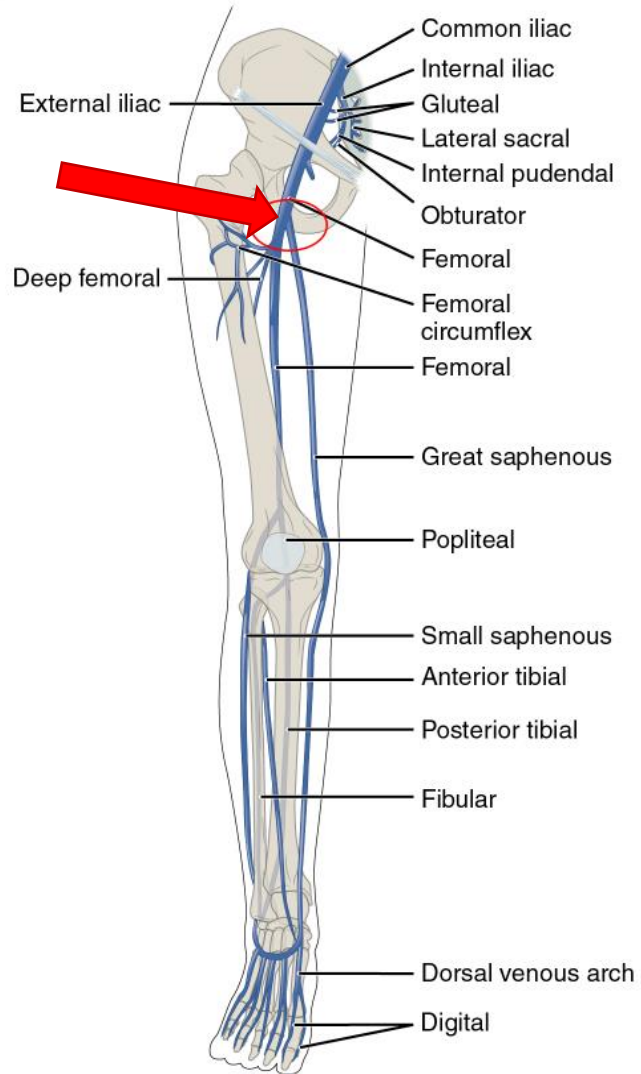
Eli Westerlund

VO Internmedicin och infektion, Danderyds Sjukhus

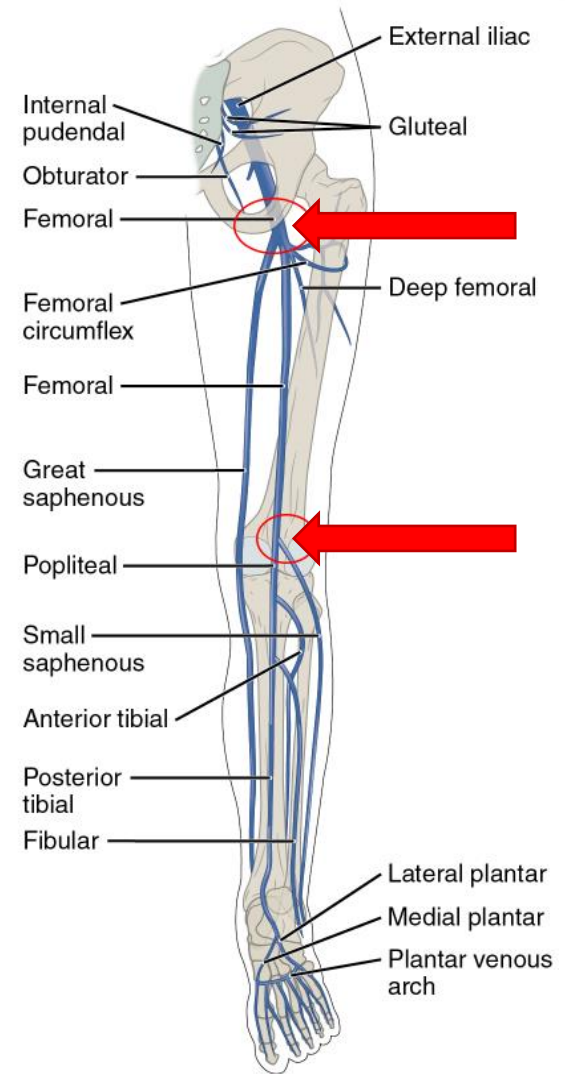


Tromboflebit

- Tromboflebit förekommer hos cirka 6/1 000 individer.
- Akut tromboflebit i ytlig ven kännetecknas av inflammation i venväggen.
- Tromboflebit är vanligast i benets vener.
- Tromboflebit är associerad med DVT i 15–25 procent av fallen.
- Begränsade tromboflebit (<5 cm) går oftast i spontan regress utan annat än symtomlindrande behandling under någon vecka medan mer utbredda riskerar att progrediera till underbenets djupa vener.



Anterior view



Posterior view

Bild: www.internetmedicin.se



Symtom/statusfynd

- Rodnad
- Svullnad
- Ömhet/smärta



Bild: www.hirudoid.se



Riskfaktorer

- För tromboflebit i benet: varicer
- Vid tromboflebit i armen: perifer venkateter och PICC-line/Midline
- Vid tromboflebit i vener utan varicer: trombofili, cancer och annan komorbiditet till exempel Mb Behcet eller annan reumatisk sjukdom



Diagnostik

- Mindre och lokaliserad tromboflebit (< 5 cm) diagnostiseras enbart utifrån klinisk undersökning.
- Vid större utbredning eller vid hög risk för DVT: frikostighet med diagnostik med ultraljud.
- D-dimer och riskskattning med till exempel Wells score är inte validerat vid tromboflebiter och rekommenderas därför inte som stöd i diagnostiken.



Nytt på Kloka Listan 2023



Tromboflebit - lokalbehandling

Organiska heparinoider



Glukosaminoglykanpolysulfat

Hirudoid



Tromboflebit - systemisk behandling

I första hand

Pentasackarid

➔ *fondaparinux*

Arixtra

I andra hand

Lågmolekylära hepariner

➔ *dalteparin*

Fragmin

➔ *tinzaparin*

Innohep



Lokalbehandling: Hirudoid

- Ges till alla patienter med tromboflebit.
- Lokaliserad tromboflebit (mindre än 5 cm) nedanför knät bör endast behandlas symtomatiskt med glukosaminoglykanpolysulfat kräm (Hirudoid) som masseras in i huden 3–4 gånger per dag och tills symtomfrihet. Kan också användas mot en lokaliserad tromboflebit sekundärt till perifer venkateter.



Systemisk behandling

I första hand

Fondaparinux, Arixtra

- Tromboflebiter ovanför knät och utbredda tromboflebiter i underbenet (definition >5 cm), behandlas i första hand med fondaparinux (Arixtra) under minst 30 dagar
- Fondaparinux är en ny rekommendation på Kloka listan och är en syntetisk pentasackarid som administreras med engångssprutor subkutant i standarddos 2,5 mg en gång per dygn



Varför Arixtra?

- Fondaparinux är den enda behandlingen som har indikation tromboflebit i FASS och är därför vald som förstahandsbehandling trots mindre erfarenhet av detta i primärvården.
- Fondaparinux är också billigare/dygnsdos än lågmolekylärt heparin.
- Lägre risk för heparininducerad trombocytopeni, HIT.



Systemisk behandling

I andra hand

Lågmolekylära hepariner (Fragmin, Innohep)

- Lågmolekylära hepariner rekommenderas i andra hand och för vissa patientgrupper även i första hand (där fondaparinux av annan anledning inte kan användas).
- Initial behandling ges med LMH i fulldos under 2–4 veckor. Dalteparin (Fragmin) 200 IE/kg, tinzaparin (Innohep) 175 IE/kg subkutant x1.
- Ställningstagande till fortsatt behandling efter klinisk utvärdering.



När LMH i första hand?

Följande patientgrupper med tromboflebit ovan knät och utbredda distala tromboflebiter är inte studerade med fondaparinux och för dessa rekommenderas istället LMH:

- Graviditet.
- Nedsatt njurfunktion eGFR <30 (dosreduktion vid eGFR <20).
- Kroppsvikt <50 kg.
- Nedsatt leverfunktion.
- Samtidig aktiv cancer.
- Upprepade tromboflebiter i närtid.
- Tromboflebiter som sträcker sig nära konfluens av vena saphena parva i vena poplitea eller konfluens av vena saphena magna i femoralis, se bild ovan.



Värt att veta

- Med systemisk antikoagulantibehandling läker även en omfattande tromboflebit oftast ut inom 2–3 veckor.
- Den efterlämnar en hård bindvävsomvandlad kärlsträng som kan kännas hård men oöm under flera månader och som inte kräver någon behandling. Vanligen rekanaliseras venen successivt under denna tid. I vissa fall kan emellertid behandlingen behöva förlängas.
- Vid uttalade varicer: remiss till kärlkirurg efter det akuta skedet för bedömning och åtgärdande av varicer. Medicinsk indikation föreligger.



Fall 1

- 46-årig överviktig kvinna söker pga svullnad och rodnad i varikösa vener på underbenet.
- Tromboflebit? DVT? Remiss ulj + behandling inleds med LMH.
- Svar: tromboflebiter i de varikösa kärlen men ingen DVT. Blodstatus, PK, krea är normala.
- Enligt Kloka listans nya rekommendation: fondaparinux (Arixtra) 2,5 mg per dygn subkutant under 30 dagar.
- Remiss till kärlkirurg utfärdas för ställningstagande till åtgärd av varicer.



Bild: <https://www.sciencephoto.com>



Fall 2

- 76-årig kvinna söker VC då hon efter sjukhusvård på grund av pneumoni drabbats av rodnad och svullnad på handen. Hon är tydligt palpationsöm över en ytlig ven på handryggen. Rodnaden mäter cirka 3 cm.
- Denna patient behöver inte utredas med ultraljud och kan behandlas enbart med lokalbehandling med Hirudoid.

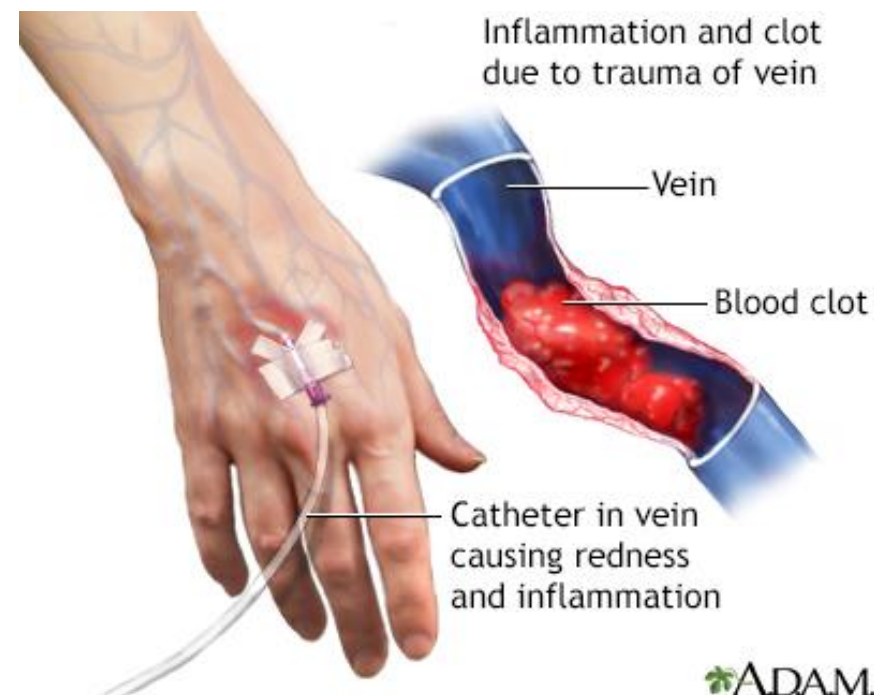


Bild: <https://www.mountsinai.org/>



Fall 3

- 63-årig man med coloncancer och levermetastaser. Kroppsvikt 72 kg. I övrigt hypertoni och typ 2-diabetes. Njursvikt med krea 173, eGFR 27 ml/min. Hb 98 g/l, trombocyter $102 \times 10^9/l$, PK INR 1,2.
- Söker dig på vårdcentralen med nyupptäckt tromboflebit i höger ben med utbredning underben och upp på halva låret som verifieras med ultraljud. Ingen DVT.
- Eftersom patienten har njursvikt kontaktas hemostaskonsult på sjukhus.
- Beslut: Hirudoid-salva x4 + LMH, klinisk uppföljning om 2 veckor.



Fall 4

Proximal eller distal trombos?

- 45-årig kvinna med tidigare tromboflebit och DVT under graviditet för 10 år sedan. Trombofiliutredning visade då heterozygot Faktor V Leiden (APC-resistens). Nu utbredd tromboflebit efter covid-infektion som har recidiverat bara en vecka efter utsatt tinzaparinbehandling (Innohep).
- Remiss till Hemostascentrum.

Hur lång tid efter covid?

I samma ben?

- 1) Säkert recidiv? Klinik + provtagning.
- 2) Hur lång behandling fick patienten?
- 3) Samma ben som tidigare? Jämför ultraljudsresultaten.
- 4) Utlösande faktor? Varicer? Malignitet?
- 5) Blödningsproblem? Menopaus? Senaste gyn-kontakt?

Hur ser benet ut?



Take-Home Message

- Vid tromboflebit: Arixtra 2,5 mg x1 subcutant i 30 dagar
- Hirudoid är alltid rätt!
- En hård kärlsträng i efterförloppet behöver inte behandlas



Mer information finns på janusinfo.se

Se dokumentet "[Utredning och behandling av tromboflebit](#)"



KLOKA LISTAN

2023

Tack!