

# Dyb venøs trombose (DVT)

## Forekomst og risikofaktorer:

Incidens på 1-2 pr 1000 personår.

Øget risiko ved:

- Familiær forekomst
- Immobilisation og traume
- Adipositas
- Tidligere DVT/LE
- Malign sygdom, myeloproliferative lidelser
- P-piller, graviditet og postpartum
- Koagulopati, herunder antiphospholipidantistof syndrom

## Symptomer:

Ensidig hævelse, smerte og varmfølelse af ekstremitet.

## Differentialdiagnoser:

Erysipelas, Bakers cyste, artrit, seneruptur, post trombotisk syndrom

## Diagnose af DVT

Da der henvises mange patienter under diagnose DVT, er det af stor betydning at forsøge at afkræfte diagnosen hurtigt og sikkert. Her kan Wells score kombineret med bestemmelse af D-dimer anvendes.

- En prætest score på 0 eller mindre evt. kombineret med normal D-dimer udelukker med stor sandsynlighed DVT, og der er ikke grundlag for yderligere undersøgelse.
- En prætest score på 1 eller 2 kan evt. kombineres med D-dimer i forhold til at udelukke DVT. Det kan her være nødvendigt at supplere med UL undersøgelse.
- Ved en prætest score på 3 eller derover foretages videre udredning med UL (uanset værdien af D-dimer). Ved høj prætest score og UL uden påvisning af DVT kan der evt. suppleres med flebografi eller MR scanning (ved kontraindikation for kontrast).

## Wells score

Kliniske forhold	Point
Aktiv cancersygdom	1
Paralyse, parese eller immobilisation af ekstremitet	1
Nyligt sengeleje > 3 dage eller major kirurgi < 4 uger	1
Smerte langs dybe vener	1
Ensidig hævelse af hele benet	1
Ensidig hævelse af læg > 3 cm	1
Pittingødem	1
Tydelige kollaterale overfladiske vener	1
Alternativ diagnose er mere sandsynlig (erysipelas mv.)	-2
Høj sandsynlighed for DVT = 3 eller højere	
Moderat sandsynlighed for DVT = 1 eller 2	
Lav sandsynlighed = 0 eller mindre	

## Undersøgelser ved indlæggelse:

- Grundig objektiv undersøgelse, der ud over undersøgelse i forhold til DVT skal fokusere på evt. udløsende årsag som f.eks cancer (expl. rectalis, palp. af abdomen, mammae, testikler mv.)
- Hgb, Leuk, Thromb, CRP, Na, K, Crea, Koag.f. 2+7+10 (INR), APTT, Fibrin-D-dimer
- A-punktur ved dyspnø
- Billeddiagnostik jf. forrige afsnit. Specielt bemærkes det, at UL er mest sensitiv ved tromber der strækker sig proksimalt for poples. Distale tromber kan påvises ved flebografi (MR scanning).  
Rtg. af thorax ved dyspnø
- EKG.
- Ved tegn på samtidig lungeemboli bestilles lunge perfusions-ventilationsscintigrafi/HR CT.

### **Trombofili screening**

Udvidet screening for trombofili overvejes i følgende situationer:

- DVT hos person < 50 år uden andre risikofaktorer
- Familiær disposition
- Recidiverende venøs trombose
- Usædvanlig lokalisation af trombose (portal, hepatisk, mesenterica gebet og cerebrale vener)
- Venøs trombose svt. overekstremitet

Screeningen foretages som følger:

1. Protein-C aktivator, protein-S antigen og lupus antikoagulans skal helst tages inden start på både innohep og marevan, men kan til nød tages efter 1. og evt. 2. innohepinjektion. Prøverne analyseres på Trombosecenteret, Gentofte Hospital, men bestilles direkte i ICE. Øvrige trombofiliprøver i form af antitrombin III, faktor V Leiden og protrombin mutation, fibrinogen, homocystein og anticardiolipin antistoffer kan tages på samme tid, men prøvetagningstidspunktet er ikke helt så kritisk i forhold til innohep og marevanbehandlingen.
2. Hvis der på et senere tidspunkt ønskes trombofiliudredning, kan patienten henvises til Trombosecenteret, Gentofte Hospital. Trombofiliprøverne tages 2 uger efter endt AK-behandling.

### **Screening for malign sygdom**

Der optages en grundig anamnese og foretages en grundig objektiv undersøgelse. Hvis der ikke her findes abnorme fund skal der generelt ikke foretages yderligere udredning.

### **Behandling:**

Såvel proksimale som distale crus tromber skal AK-behandles. Behandlingsvarighed for trombose med anden lokalisation vurderes individuelt og konfereres eventuelt med Trombosecenteret, Gentofte Hospital.

*Lavmolekylært heparin* (Innohep 175 IE/kg x 1 s.c.) startes ved Wells score på 3 eller derover.

*Peroral AK-behandling* (Marevan) startes når diagnosen DVT er bekræftet.

Innohepbehandlingen fortsættes indtil marevan behandlingen har været i niveau (INR 2-3) i 2 døgn, dog i mindst 5 dage.

*Støttestrømpe.* Alle patienter tilbydes en støttestrømpe, der dog ved vedvarende tendens til hævelse af benet erstattes af en egentlig kompressionsstrømpe (via egen læge). I tilfælde hvor det vurderes at AK behandlingen ikke kan gennemføres uden betydelig risiko for patienten overvejes behandling med lavmolekylært heparin i f. eks. 6 uger til 6 mdr. Udvikles der ny DVT under pågående AK behandling overvejes behandlingsskift til lavmolekylært heparin (specielt ved malign sygdom).

I tilfælde med udbredt iliofemoral trombose kontaktes karkirurgisk afdeling, Gentofte Hospital mhp. trombolyse og evt. vena cava inferior filter.

### **Behandlingsvarighed**

- 3 mdr: Patienter med førstegangstilfælde af DVT kombineret med en reversibel eller tidsbegrænset risikofaktor
- 6-12 mdr: Patienter med førstegangstilfælde af idiopatisk DVT, hvor tendensen er længere behandlingsvarighed ved udbredt trombose
- Livslang: Overvejes ved recidiverende DVT og hos patienter med øget trombotendens (irreversible risikofaktorer).

Se evt under Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase

([http://www.dsth.dk/pdf\\_downloads/Ress\\_center/DSTH\\_forum/2006/DSTH200603.pdf](http://www.dsth.dk/pdf_downloads/Ress_center/DSTH_forum/2006/DSTH200603.pdf))

### **Håndtering af patienter med DVT**

Nyhenviste patienter til OBS afsnit eller AMA (ved overbelægning på OBS afsnit) med diagnosen DVT

- Ved lav klinisk mistanke om DVT kan patienten efter journaloptagelse udskrives og orienteres telefonisk om svar på D-dimer. Hvis sidstnævnte er normal afsluttes patienten.
- Ved lav klinisk mistanke om DVT, men hvor det viser sig, at D-dimer er forhøjet uden at der er anden forklaring hertil, indkaldes patienten den førstkommande hverdag til ultralydsundersøgelse i daghospital kl. 9.00. Innohep behandling kan evt. opstartes hvis der foreligger svar på en forhøjet D-dimer inden patienten går hjem.
- Ved moderat til høj klinisk mistanke om DVT kan ultralydsundersøgelse bestilles umiddelbart af journalskrivende læge (også før der foreligger D-dimer). Hvis undersøgelsen ikke kan udføres på indlæggelsesdagen (før kl. 15.00), går patienten hjem og møder den førstkommande hverdag til ultralydsundersøgelse i daghospital kl. 9.00. Som hovedregel startes behandling med innohep.

Ultralydsundersøgelse på mistanke om DVT udføres således primært på hverdage i dagtiden. Ultralydsundersøgelse bestilles af journalskrivende læge.

**Visitation:** Afdeling O samt medicinsk dagafsnit.

**Revideret:** Oktober 2008

**Revideret af:** Overlæge Ebbe Winther Jensen