

Blod

Bakgrundsinformation från terapigruppen

Under 2024 gjorde Amanda Ekman Fischer som ST-projekt en grundlig genomgång av evidensen vid behandling av tromboflebit och upprättade ett PM för Emmaboda HC. Detta tillsammans med Daniel Arnemo Duchens vetenskapliga arbete, som jämförde fondaparinux och LMWH för samma indikation ligger till grund för de rekommendationer vi gör. Amandas arbete utgör bakgrundsmaterialet, med några mindre modifieringar av terapigruppen. Här förekommer vägledning kring när antikoagulantia ska användas, baserat på storlek, läge och riskfaktorer, som används i PM på Emmaboda HC. Dessa faktorer har terapigruppen inte tagit ställning till, men det kan ses som vägledande.

Bakgrund

Tromboflebit innebär inflammation i den venösa kärlväggen i kombination med att en tromb bildats i ytliga vener och är ofta lokaliserat till nedre extremiteterna och i varikösa kärl. Symptomen för tromboflebit kan relateras till inflammation i den venösa kärlväggen och kan inkludera ömhet/smärta, svullnad, värmeökning, erytem och förhårdnad av det drabbade vensegmentet.

Tromboflebit är relativt vanligt. Den årliga incidensen varierar mellan studier men har rapporterats till mellan 1–6 per 1000 per år. Detta har tidigare uppfattats som ett godartat och självläkande tillstånd men på senare tid har det uppmärksammats att det är vanligare än man tidigare trott med tromboemboliska komplikationer vid tromboflebit. Prevalens och incidens för tromboemboliska komplikationer vid tromboflebit varierar kraftigt mellan studier men i en stor översiktsartikel från 2016 rapporterades en prevalens för samtida djup ventrombos på 18,1% och lungemboli på 6,9% vid diagnostillfället för tromboflebit. Majoriteten av studierna är dock ej utförda i en riktad primärvårdspopulation och de studier som finns i primärvården visar på lägre siffror. Trots detta är risken inte försumbar varför utbredd tromboflebit och de som har riskfaktorer för tromboembolism generöst bör utredas med ultraljud för att inte missa samtida djup ventrombos. Vid klinisk misstanke om djup ventrombos eller vid närhet till djupa systemet (mindre än 3 cm från safenofemorala eller safenopoplietala övergången) bör detta utredas som djup ventrombos.

Det finns inga validerade riskstratifieringsinstrument för tromboflebit, liknande Wells' score för djup ventrombos.

Diagnostik

Klinisk diagnos bygger på klassiska symptom så som rodnad, ömhet/ smärta, svullnad, värmeökning och förhårdnad av det drabbade vensegmentet

Utbredd tromboflebit (större än 5 cm), tromboflebit lokaliserade vid eller ovan knät och de som har riskfaktorer för tromboembolisk sjukdom bör generöst utredas med ultraljud för att inte missa samtida djup ventrombos (se flödesschema).

Behandling

Behandlingen av tromboflebit syftar till symptomlindring och att minska risken för progress i trombens utbredning, progress till djup ventrombos/lungemboli samt recidiv av tromboflebit.

Lokalbehandling

Tromboflebit mindre än 5 cm, framför allt i nedre extremiteter och i varikösa kärl, kan behandlas med symptomlindrande lokalbehandling med Hirudoidsalva eller NSAID-gel flera gånger dagligen till dess att symptomen gått i regress. Även patienter som är aktuella för antikoagulantia kan erbjudas symptomlindrande behandling som komplement. Det finns begränsad evidens för kompressionsstrumpor men kan provas i symptomlindrande syfte.

Antikoagulantia

Vad som är optimal behandling för alla SVT är bristfälligt studerat, men de med störst risk för tromboemboliska komplikationer bör ordineras antikoagulantia. Exempel på detta är tromboflebit större än 5 cm, tromboflebit lokaliserad vid eller ovan knät eller om patienten har riskfaktorer som till exempel avsaknad av varicer, tidigare djup ventrombos/lungemboli, aktiv cancer mm.

1. Fondaparinux (Arixtra) 2,5 mg x1 subkutant i 45 dagar.
Det som har bäst evidens för, framför allt vid större tromboflebit baserat på en stor randomiserad, dubbelblindad studie publicerad 2010 som påvisade en signifikant riskreduktion för tromboemboliska komplikationer. Observera att vissa riskpatienter tex gravida, aktiv cancer, nedsatt leverfunktion, låg vikt i stället bör erbjudas LWMH. Försiktighet till äldre, vid GFR 20–50 ml/min dosreduktion och kontraindicerat vid GFR <20 ml/min.
2. Rivaroxaban (Xarelto) peroralt 10 mg x1 i 45 dagar.
Peroral behandling kan upplevas enklare och har också lägst pris. 2015 publicerades en randomiserad non-inferiority studie

med högriskpatienter där man fann att Rivaroxaban 10 mg en gång dagligen i 45 dagar inte var sämre än Fondaparinux.

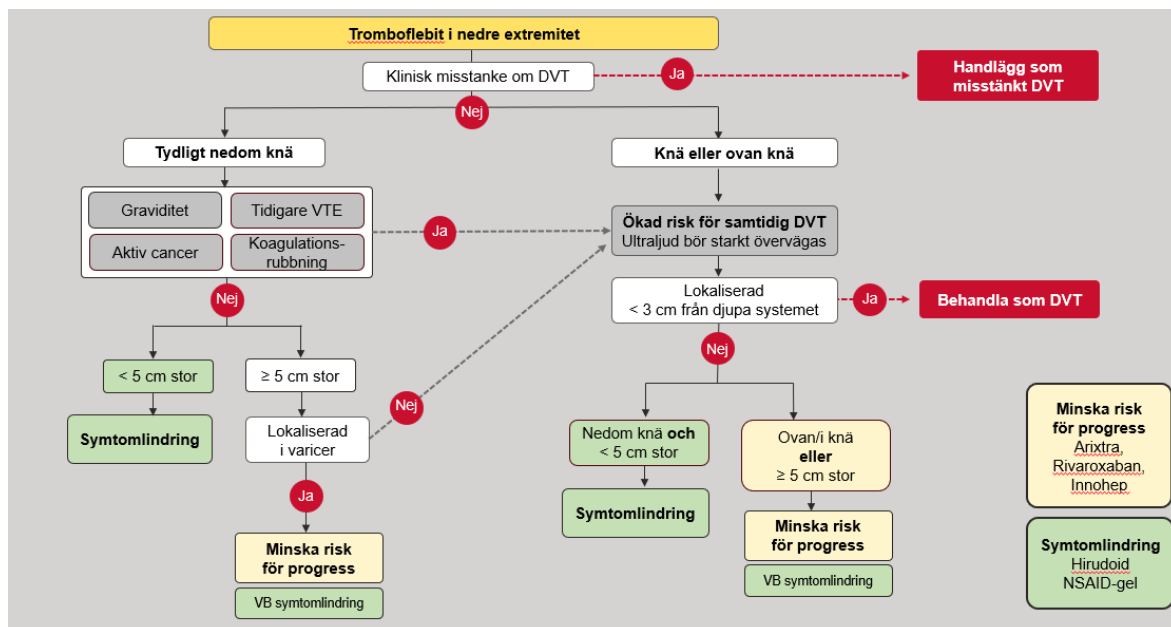
3. LMWH subkutant i fulldos (tex Innohep 175 E/kg x1) i 30 dagar.

Är den behandling som varit mest förekommande och där det tidigare fanns bäst evidens för. LMWH bör väljas vid vissa riskpatienter tex gravida, aktiv cancer, nedsatt leverfunktion, låg vikt. Observera att Innohep ej rekommenderas vid nedsatt njurfunktion med GFR <30 ml/min enligt FASS. I många andra regioners rekommendationer och Fass föreslås en successiv nedtrappning av dosen, och varierande behandlingsintervall. Vi föreslår behandlingsdos hela tiden, men att man avbryter efter 30 dagar eftersom detta är ett mer potent antikoagulantia än ovanstående alternativ.

Uppföljning

Patienten bör bedömas ånyo vid försämring eller utebliven förbättring. Kompletterande utredning med ultraljud, förlängd behandling och/eller byte till antikoagulantia kan då behöva övervägas utifrån kliniken. Efter att tromboflebit läkt ut kvarstår ofta en förhårdnad bindvävssträng som succesivt går i regress under loppet av månader och som ej kräver behandling. Patienter med tromboflebit har en framtida ökad risk för återinsjuknande i både ny tromboflebit och djup ventrombos/lungemboli

Flödesschema - förslag på handläggning vid tromboflebit i nedre extremitet.



(1-7)

Referenser

1. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):Cd004982.
2. Di Minno MN, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost. 2016;14(5):964-72.

3. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med*. 2010;363(13):1222-32.
4. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JI, Jersemann K, et al. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol*. 2017;4(3):e105-e13.
5. Lobastov K, Dubar E, Schastlivtsev I, Bargandzhiya A. A systematic review and meta-analysis for the association between duration of anticoagulation therapy and the risk of venous thromboembolism in patients with lower limb superficial venous thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024;12(2):101726.
6. Stevens SM, Woller SC, Kreuziger LB, Bounameaux H, Doerschug K, Geersing GJ, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2021;160(6):e545-e608.
7. UptoDate. Superficial vein thrombosis and phlebitis of the lower extremity veins: UptoDate; 2024 [updated 2024-01-29; cited 2024-05-20. Available from: https://www.uptodate.com/contents/superficial-vein-thrombosis-and-phlebitis-of-the-lower-extremity-veins?search=superficial%20thrombophlebitis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1628356339.