

Djup ventrombos

Innehållsförteckning

1	Handläggning av patienter med misstanke om djup ventrombos	1
1.1	Handläggning i normalfall	1
1.2	Diagnostik om bakomliggande orsaker	4
1.3	Dokumentfakta	5
	Du skall utredas för misstanke om blodpropp - djup ventrombos (DVT)	6

1 Handläggning av patienter med misstanke om djup ventrombos

Överenskommelse om samverkan. Medicinkliniken, USÖ, Klinikerna för medicin och geriatrik vid Karlskoga och Lindesbergs lasarett, Röntgenkliniken, Akutmottagningen USÖ samt vårdcentraler inom Hälsoval Region Örebro län och övrig primärvård.

Den beskriver ett patientflöde där patienterna i så stor utsträckning som möjligt kan handläggas helt i primärvården och där onödiga ultraljudsundersökningar och hänvisningar till AKM undviks.

1.1 Handläggning i normalfall

På vårdcentralen

Örebro: Patient skickas som akutfall till röntgen.

Karlskoga: Ring röntgen på 66162 innan patienten skickas (patient ska vara på plats på röntgen före kl 16.00).

Lindesberg: Ring röntgen på 85042 innan patienten skickas (patient ska vara på plats på röntgen före kl 16.00).

OBSERVERA

- **Blodprov för analys av D-dimer** tages på vårdcentralen. Patienten får med sig rör till röntgen
- **Röntgenremissen ska innehålla information om Wells score (se sidan 2)** samt att provrör för D-dimer följer med patienten till röntgen.

- **Patienten är informerad om att ultraljud ej kommer utföras om låg Wells score < 2 poäng och normal D-dimer** (ålderssannpassat referensintervall). Patienten blir hemskickad av Röntgenklinikens personal för uppföljning av inremitterande.
- Röntgenremissen kan, om den innehåller tydlig information, användas som remiss till AKM i de fall hänvisning från Röntgenkliniken till AKM blir aktuell.
- På remissen anges om patienten, oavsett resultat av D-dimer och ultraljudsundersökning ska hänvisas till AKM efter undersökning – i annat fall hänvisas patienten rutinmässigt enligt nedanstående.

Klinisk sannolikhetsbedömning

– empiri eller poängbaserat diagnosstöd

D-dimertest

Störst värde vid låg klinisk sannolikhet

- ej på gravida
- ej vid komplicerande sjukdomar (malignitet, inf/infektion, trauma/kirurgi, ≥ 70 år)

Poängbaserat diagnosstöd

(Wells 2003 - polikliniska patienter)

- Malignitet (under behandling senaste 6 mån eller palliation) 1
- Paralys/pares/gipsbehandling av benen 1
- Immobilisering ≥ 3 d eller kirurgi inom 4 v som krävt narkos/regional anestesi 1
- Ömhet/smärta längs djupa vener 1
- Helbenssvullnad 1
- Vadsvullnad ≥ 3 cm jfr med andra benet (mätt 10 cm nedom tuberositas tibiae) 1
- Pitting ödem i det symtomatiska benet 1
- Ytliga kollateralvener (ej varicer) 1
- Tidigare diagnostiserad DVT 1
- Alternativ diagnos minst lika sannolik -2

Låg sannolikhet <2 poäng
Hög sannolikhet ≥ 2 poäng

www.socialstyrelsen.se artikelnr 2004-123-36

Obligatoriska remissuppgifter

Klinisk sannolikhetsbedömning

Resultat av ev. D-dimertest

Njurfunktionsupplysning (om flebografi)
– ange njurfrisk eller kreatininvärde

Bilddiagnostisk utredning

Proximalt ultraljud (v femoralis/poplitea) samt riktat mot symtomatiskt område

Negativ undersökning utesluter DVT i kombination med endera:

- låg klinisk sannolikhet
- negativ D-dimertest
- upprepat proximalt ultraljud efter 1 v som också utfaller negativt

Negativt undersökning i kombination med hög klinisk sannolikt kräver:

- riktad us mot underbenets vener,
- flebografi eller
- upprepat proximalt ultraljud efter 1 v

Ur Socialstyrelsens riktlinjer för vård av blodpropp/venös tromboembolism 2004

OBS! Wells score/diagnosstöd är ej utvärderat för patienter med p-piller behandling med östrogen, graviditet, eller postpartum upp till 8 v.

På röntgenkliniken

1. Provrör för D-dimer skickas till kemlab.
2. **Patient med låg sannolikhet enligt Wells (< 2 p).**
 - a. Om negativ D-dimer görs inget ultraljud. Patienten återgår hem och följs upp av inremitterande.
 - b. Om positiv D-dimer görs ultraljud. Om negativt ultraljud, enligt 3b nedan. Om positivt ultraljud, enligt 3c eller 3d nedan.

3. **Patient med hög sannolikhet enligt Wells (≥ 2 p).** Om inremitterande bedömer att patienten ska till AKM oberoende av testresultat (exempelvis p g a uttalat status, helbenssvullnad, allmäntillstånd etc) anges detta på remissen. Vissa av dessa, fåtaliga, patienter kan vara lämpliga att skicka primärt till AKM för vidare diagnostik. Utöver dessa patienter:
- Om ultraljud negativt avseende DVT och *negativ* D-dimer – patienten återgår hem och följs upp av inremitterande. Kan vanligen avslutas avseende DVT-diagnostik.
 - Om ultraljud negativt avseende DVT och *positiv* D-dimer – patienten återgår hem och följs upp av inremitterande. Här får remitterande bedöma om ytterligare diagnostik, vanligen upprepat ultraljud inom 5-7 dagar, ska göras.
 - Om ultraljud positivt avseende DVT – patienten till AKM för handläggning.
 - Vid andra positiva ultraljudsfynd: fynd av Bakercysta eller tromboflebit begränsad till underbenet – patienten återgår hem och följs upp av inremitterande.
Vid andra distinkta fynd (enbart fynd av svullnad är inget distinkt fynd) såsom proximal tromboflebit, blödning, misstänkt tumör m fl – patienten hänvisas till AKM för handläggning. Vid tveksamhet gällande fyndets relevans och behovet av hänvisning till AKM kan läkare på Röntgenkliniken med fördel rådgöra med dagjour/mellanjour.

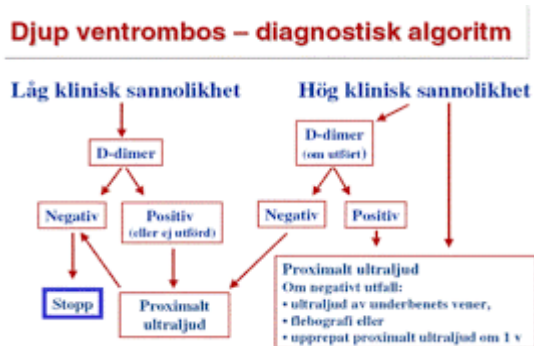
Om remissen inte innehåller uppgift om sannolikhetsgrad för DVT enligt Wells, så handlägger Röntgenkliniken patienten som om det vore hög sannolikhet.

Undantag från ovanstående:

- Vid låg sannolikhet för DVT och patienten bedöms kunna vänta på laboratoriesvaret kan ett negativt D-dimer räcka för att utesluta DVT. Patienten kan då initialt handläggas helt i primärvården. D-dimer måste analyseras inom 4 timmar. Om längre transporttid kan provet centrifugeras och frysas i väntan på analys. Provet kan också tas på kemlab när det är öppet. OBS att s.k. patientnära analys av D-dimer f.n. ej är en tillräckligt säker metod för att kunna rekommenderas.
- D-dimer är ett lämpligt prov för att utesluta, ej bekräfta förekomst av tromboembolism när det föreligger låg sannolikhet för t.ex djup ventrombos eller lungemboli. Vid starkare misstanke om tromboembolism är provet dock inte tillräckligt för att ensamt utesluta sådan diagnos. Hög frekvens falskt positiva prov kan förväntas på vid samtidig cancer, infektioner, reumatiska sjukdomar, hjärtsvikt, njursvikt, stroke eller andra svåra sjukdomar eller graviditet och postoperativt. D-dimer är heller inte validerat för diagnostik vid symptom som förelegat mer än cirka en vecka. *I dessa fall bör ej D-dimer tas utan man får förlita sig till andra diagnostiska metoder.* Normalintervaller för D-dimer stiger med åldern – åldersanpassat referensintervall anges numera i svarsrapporten från kem lag. För att förenkla för röntgen, ange gärna avsteg från att ta D-dimer i remissen.

3. Om D-dimer ej är taget och proximalt ultraljud är negativt avgör graden av trombosmisstanke fortsatta utredningsgången. Vid låg sannolikhet (enl Wells) kan utredningen avslutas. Vid hög sannolikhet för DVT (enl Wells) kan man upprepa proximalt ultraljud efter en vecka. Inremitterande tar beslut om nytt ultraljud skall göras efter 1 vecka. *Röntgenläkare kan i möjlig mån, informera remittent om detta i remissvar..*

Lågmolekylärt heparin (LMH): Om väntetiden till ultraljud bedöms för lång kan patienten få LMH på vårdcentralen i väntan på undersökning. Prov för D-dimer tages innan man ger LMH. Prov för D-dimer kan centrifugeras och frysas om det ej kan analyseras inom 4 timmar.



1.2 Diagnostik om bakomliggande orsaker

När diagnosen tromboembolism fastlagts ska man utreda eventuell bakomliggande orsak och ta ställning till koagulationsutredning. Det är inte visat att systematisk screening för malignitet är effektiv men det anges att bakomliggande cancer kan finnas i 10 % av fallen. Utfallet av anamnes och ett status samt enkla labprover får avgöra hur långt man ska utreda.

*Anamnes (malignitetssymtom, riskfaktorer som hereditet, hormonmedicinering, graviditet, operation, trauma, infektion, sängläge och längre resa senaste månaden).

Om riskfaktorer saknas ökar misstanken om occult malignitet, särskilt hos patienter över 50 års ålder. Blödning under pågående AK-behandling utreds som om patienten ej haft AK-behandling (motiveras av den ökade malignitetsrisken)

* Status:

- o allmäntillstånd
- o lymfkörtlar (lymfom)
- o tyreoida (tyreoideacancer)
- o bröstpalpation (mammarcancer)
- o cor/pulm BT.
- o buk

- o prostata (malignitet)
- o gynekologisk undersökning (corpus uteri/ ovariecancer)
- o lokalstatus

* Blodprov (blodsjukdom, myeloproliferativ sjukdom)

Riktad klinisk utredning med utgångspunkt från ovanstående. Ställningstagande till malignitetsutredning görs i primärvård om så ej redan skett på medicinkliniken.

Vid behov av **koagulationsutredning sker den på medicinkliniken** (patienter yngre än 50 år utan annan tydlig orsak)

1.3 Dokumentfakta

Gäller för: Medicinska kliniken USÖ, Klinikerna för medicin och geriatrik vid Karlskoga och Lindesbergs lasarett, Röntgenkliniken, Primärvården och Akutmottagningen USÖ samt vårdcentraler inom Hälsoval Region Örebro län och övrig primärvård.

Framtaget av:

Bertil Ugglå, överläkare Hematologi, Medicinkliniken, USÖ

Ingunn Granum, överläkare, specialist i akutmedicin, Akutkliniken, USÖ

Chariklia Lempessi, överläkare, allmän internmedicin, Medicinkliniken, USÖ

Jonas Uhlin, överläkare, Röntgenkliniken, Region Örebro län

Björn Strandell, distriktsläkare, Hälsovalsenheten, Region Örebro län

Granskat av:

Martin Johansson, överläkare, Kliniken för medicin och geriatrik, Lindesbergs lasarett

Håkan Lindvall, överläkare, Kliniken för medicin och geriatrik, Karlskoga lasarett

Du skall utredas för misstanke om blodpropp - djup ventrombos (DVT)

Utredningen börjar på vårdcentralen

- Din läkare skickar en remiss till närmaste röntgenavdelning med bedömning om Ultraljudsundersökning skall göras direkt eller efter analys av prov för blodpropp (d-dimer)
- Du skall ta prov för blodpropp (d-dimer) på vårdcentralen, du får med dig provröret som du lämnar in på röntgenmottagningen.

På röntgenmottagningen

- Vid låg misstanke om blodpropp så får du vänta ca 1 timme på att D-dimer provet analyseras akut på lab. Om det är normalt får du besked från röntgenpersonalen om du kan gå hem utan ytterligare undersökningar.
- Vid stark misstanke om blodpropp gör man både analys av d-dimer och ultraljudsundersökningen. Är dessa normala får du besked av röntgen om du kan gå hem eller om din läkare har bedömt att du behöver en ny undersökning av läkare på akutmottagningen.

Vid behov av uppföljning kontaktar du din vårdcentral – om du inte kommit överens med din vårdcentralsläkare om uppföljning på annat sätt.

Djup ventrombos (DVT)

DVT betyder att blodpropp har bildats i det djupa vensystemet

t.ex i benet vilket kan ge varierande besvär som ömhet svullnad ibland värmeökning.

Långvarigt sängläge eller stillasittande kan ofta vara en orsak.

P-piller och rökning liksom högre ålder ökar risken för blodpropp.

Om utredningen visar på djup blodpropp ger man i normalfallet blodförtunnade medicin under en period.

Tromboflebit (ytlig blodpropp på underbenet)

Ger ömhet rodnad och svullnad: Om den är belägen på underbenet räcker oftast behandling med receptfritt Hirudoid salva.