

Ανασκόπηση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης των κάτω άκρων

Κ. Μπαλάσκας¹, Κ. Μπότσιος¹, Α. Μαρίνης²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής και ² Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο», Πειραιάς

(Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(2):83-87)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα ανασκόπηση έχει σκοπό να υπενθυμίσει την διάγνωση και θεραπεία της Εν Τω Βάθει Φλεβοθρόμβωσης, η οποία είναι μαζί με την πνευμονική εμβολή, μια εκδήλωση της ίδιας διαταραχής, της φλεβικής θρόμβωσης.

Επίσης γίνεται εμφανής η σημασία χρησιμοποίησης επικαιροποιημένων αλγορίθμων για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση ασθενών με υποψία της νόσου.

Λέξεις ευρετηρίου: εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, κάτω άκρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (ΕΒΦΘ) και η οξεία πνευμονική εμβολή (ΠΕ) είναι δύο εκδηλώσεις της ίδιας διαταραχής, της φλεβικής θρόμβωσης [1, 2]. Η ΕΒΦΘ διαιρείται σε δύο υποκατηγορίες:

- Περιφερική φλεβική θρόμβωση, όπου οι θρόμβοι περιορίζονται στις εν τω βάθει φλέβες του γαστροκνημίου.
- Εγγύς φλεβική θρόμβωση στην οποία η θρόμβωση περιλαμβάνει τις ιγνυακές, μηριαίες και λαγόνιες φλέβες.

Η εγγύς φλεβική θρόμβωση είναι μεγαλύτερης κλινικής σημασίας διότι συνοδεύεται συχνότερα με την πνευμονική εμβολή.

Υπάρχουν μια σειρά από ερωτήσεις που προκύπτουν όταν ένας ασθενής υποψιαζόμαστε ότι πάσχει από ΕΒΦΘ κάτω άκρων. Αυτές εμπεριέχουν:

- Ποιά είναι η διαφοροδιάγνωση και ποιοι οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για ΕΒΦΘ;
- Ποιός είναι ο ιδανικός τρόπος να διαγνώσουμε ή να αποκλείσουμε την ΕΒΦΘ;
- Ποιά είναι η δόκιμη αρχική θεραπεία για την ΕΒΦΘ και τότε δεν συντρέχει λόγος εισαγωγής σε νοσοκομείο;
- Ποια είναι η ενδεδειγμένη μακροχρόνια θεραπεία για την νόσο (π.χ θεραπευτικές ουσίες, περίοδος χρόνου θεραπείας);

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα LITE (Longitudinal Investigation of Thromboembolism Etiology), η οποία συνδύασε κλινικές πληροφορίες από δύο προοπτικές

ομαδοποιημένες κλινικές μελέτες, την ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) και την CHS (Cardiovascular Health Study), προσδιόρισε την συχνότητα της συμπτωματικής εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής σε 21,680 συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 45 ετών οι οποίοι παρακολουθούνταν για 7,6 χρόνια [3]. Οι ακόλουθες παρατηρήσεις έγιναν:

- Η ηλικιακά τυποποιημένη συχνότητα της πρωτοεμφανιζόμενης φλεβικής θρομβοεμβολής ήταν 1.92 ανα 1000 ανθρωπο-έτη. Τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στους άνδρες από τις γυναίκες και αυξάνονταν με την ηλικία και στα δύο φύλα. Από τα 366 περιστατικά φλεβικής θρόμβωσης, τα περισσότερα από τα 191 περιστατικά δευτεροπαθούς φλεβικής θρομβοεμβολής συνυπήρχαν με περισσότερες από μια καταστάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν καρκίνο (48), κατάκλιση σε νοσοκομείο (52), χειρουργείο (42) και μεγάλο τραύμα (6). Σε 48 περιστατικά δεν υπήρχε προϋπάρχων τραυματισμός, χειρουργείο, ακινητοποίηση, ή διάγνωση καρκίνου.

ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Όταν εξετάζουμε έναν ασθενή με υποψία ΕΒΦΘ των κάτω άκρων, είναι σημαντικό να έχουμε υπ' όψιν ότι μια μειονότητα των ασθενών έχουν πράγματι την νόσο και θα χρειαστούν τελικά αντιθρομβωτική θεραπεία. Έτσι γίνεται εμφανή η σημασία χρησιμοποίησης επικαιροποιημένων αλγορίθμων για την αξιολόγηση των ασθενών με υποψία ΕΒΦΘ, συνεπικουρούμενους

αντικειμενικών εξετάσεων προς επιβεβαίωση της διάγνωσης. Οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι που συνδέονται με ΕΒΦΘ των κάτω άκρων που δεν θεραπεύονται (π.χ θανάσιμη πνευμονική εμβολή) αλλά και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι της αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν ΕΒΦΘ (π.χ αιμορραγία απειλητική για την ζωή), αποδεικνύουν την σημαντικότητα της ακριβούς διάγνωσης.

Οι παράγοντες κινδύνου για ΕΒΦΘ [4, 5] που αναφέρονται παρακάτω πρέπει να αναζητηθούν σε όλους τους ασθενείς:

- Ιστορικό ακινησίας ή παρατεταμένης νοσηλείας/παρατεταμένης κατάκλισης.
- Πρόσφατο χειρουργείο
- Παχυσαρκεία
- Προηγούμενα επεισόδια φλεβικής θρομβοεμβολής
- Τραύμα των κάτω άκρων
- Κακοήθεια
- Χρήση αντισυλληπτικών p.os ή ορμονοθεραπεία
- Εγκυμοσύνη ή λοχεία
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ιστορικό

Τα κλασικά συμπτώματα της ΕΒΦΘ περιέχουν οίδημα, πόνο και ερύθημα του πάσχοντος άκρου. Δεν υπάρχει αναγκαστική σχέση ανάμεσα στο σημείο των συμπτωμάτων και την περιοχή της θρόμβωσης.

Ένα πλήρες ιστορικό θρόμβωσης συμπεριλαμβάνει την ηλικία έναρξης και θέσεις των προγενεστέρων θρομβώσεων. Ο ασθενής πρέπει να ερωτηθεί προσεκτικά σχετικά με τις πρόσφατες συνθήκες πιθανής πρόκλησης θρόμβωσης, όπως χειρουργικές διαδικασίες, νοσοκομειακή περίθαλψη, τραύμα, εγκυμοσύνη, καρδιακή ανεπάρκεια και ακινησία. Οι γυναίκες θα πρέπει να ερωτηθούν σχετικά με το αν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά ή ορμονικά υποκατάστατα καθώς και το γυναικολογικό τους ιστορικό. Η παρουσία υποτροπιάζουσας απώλειας εμβρύου στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο υποδεικνύει την πιθανότητα μιας κληρονομικής θρομβοφιλίας ή παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα μπορούν να τα προκαλέσουν και ορισμένα φάρμακα όπως η υδραλαζίνη, η προκαΐναμίδη και οι φενοθιαζίνες.

Οικογενειακό ιστορικό

Ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό ΕΒΦΘ είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς ένα αποδεδειγμένο

ιστορικό ΕΒΦΘ σε έναν ή περισσότερους πρώτου βαθμού συγγενείς κάτω από την ηλικία των 50 ετών υποδηλώνει την παρουσία ενός κληρονομικού ελαττώματος και/ή μια αυξημένη ευαισθησία για θρομβοεμβολική φλεβική νόσο [6].

Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση [7, 8] μπορεί να αναδείξει μια ψηλαφητή χορδή (αντικατοπτρίζοντας μια θρομβωμένη φλέβα), πόνο στη κνήμη ή στο μηρό, αμφίπλευρο οίδημα ή διόγκωση, διαφορά στην κνημιαία διάμετρο, ζεστό, ερύθημα και/ή επιφανειακή φλεβική διαστολή. Κατά την γενική φυσική εξέταση ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στο φλεβικό σύστημα, στα άκρα (π.χ αναζήτηση σημείων επι πολλοίς ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωσης), το στήθος, την καρδιά, τα ενδοκοιλιακά όργανα και το δέρμα (π.χ νέκρωση του δέρματος, δικτυωτή πελιδνώση). Επίσης μπορεί να υπάρχει άλγος και ευαισθησία στο μηρό κατά την πορεία των κεντρικών φλεβών. Μπορεί ακόμα να αναδειχθεί κατά την φυσική εξέταση συμπτώματα θρομβώσεως της ηπατικής φλέβας (σύνδρομο Budd Chiari), όπως ο ασκίτης και η ηπατομεγαλία, ή οίδημα εξαιτίας νεφρωσικού συνδρόμου. Η υπερπηκτικότητα συνοδευόμενη με το νεφρωσικό σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί ως θρόμβωση των νεφρικών φλεβών, η οποία είναι συνήθως ασυμπτωματική εκτός εάν συνδυαστεί με πνευμονική εμβολή.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Η αρχική εργαστηριακή εκτίμηση σε ασθενείς με ΕΒΦΘ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει γενική εξέταση αίματος και μέτρηση αιμοπεταλίων, έλεγχο πήκτικότητας (π.χ χρόνο προθρομβίνης, μερικώς ενεργοποιημένο χρόνο θρομβοπλαστίνης), εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας και γενική εξέταση ούρων. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου σε άνδρες μεγαλύτερους της ηλικίας των 50 ετών διότι οποιαδήποτε ανωμαλία στην μέτρηση θα πρέπει να διερευνηθεί διεξοδικά λόγω πιθανής υποβόσκουσας κακοήθειας.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφοροδιάγνωση ασθενών με πιθανή ΕΒΦΘ περιλαμβάνει μια ποικιλία διαταραχών όπως μυοσκελετικός τραυματισμός και η φλεβική ανεπάρκεια [9,10]. Το εύρος των διαταραχών που μπορούν να μιμηθούν ΕΒΦΘ με αρνητική φλεβογραφία είναι οι εξής[9]:

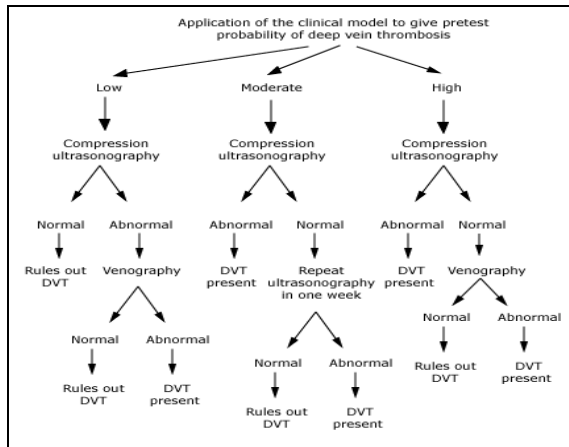
- Μυϊκή θλάση, συστροφή του κάτω άκρου— 40 %

- Οίδημα σε παράλυτο κάτω άκρο — 9 %
- Λεμφαγγειίτιδα ή λεμφική απόφραξη — 7 %
- Φλεβική ανεπάρκεια — 7 %
- Ιγνυακή (Baker) κύστη — 5 %
- Κυτταρίτιδα — 3 %
- Ανωμαλία του γόνατος — 2 %
- Άγνωστοι λόγοι — 27%
- Διάγνωση της ΕΒΦΘ

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΒΦΘ

Ένας αριθμός επεμβατικών και μη επεμβατικών ελέγχων είναι εφικτός (π.χ φλεβογραφία με σκιαγραφικό, πληθυσμογραφία αντιστάσεων [11], υπερηχογραφία συμπίεσης, έλεγχος Δ-διμερών).

□ Στις περισσότερες περιπτώσεις η μη επεμβατική εξέταση εκλογής είναι η υπερηχογραφία συμπίεσης [12] σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο επεισόδιο πιθανής ΕΒΦΘ, όπως φαίνεται στον παρακάτω αλγόριθμο:



- Μια αρνητική δοκιμασία Δ-διμερούς (d-dimers) μπορεί να είναι ανεπαρκής να αποκλείσει ΕΒΦΘ σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ενώ δεν είναι όλες οι ανιχνεύσεις Δ-διμερούς (d-dimers) παθογνωμικές για την εξέταση. Παρ' όλα αυτά επίπεδα Δ-διμερούς (d-dimers) < 500 ng/mL κατά ELISA ή αρνητική SimpliRED ανίχνευση, σε συνδυασμό με μικρή κλινική πιθανότητα στην κλίμακα Wells ή άλλη μη επεμβατική εξέταση αρνητική μπορεί να είναι χρήσιμη στον αποκλεισμό ΕΒΦΘ χωρίς την ανάγκη υπερηχογραφικού ελέγχου.
- Κλίμακα Wells [13]: Υπάρχουν κι άλλες κλίμακες υπολογισμού διαθέσιμες όπως η κλίμακα Hamilton [14] και η κλίμακα AMUSE [15], όμως η κλίμακα Wells φαίνεται πως είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη:

Pretest probability of deep vein thrombosis (Wells score)

Clinical feature	Score
Active cancer (treatment ongoing or within the previous 6 months or palliative)	1
Paralysis, paresis, or recent plaster immobilization of the lower extremities	1
Recently bedridden for more than 3 days or major surgery, within 4 weeks	1
Localized tenderness along the distribution of the deep venous system	1
Entire leg swollen	1
Calf swelling by more than 3 cm when compared to the asymptomatic leg (measured below tibial tuberosity)	1
Pitting edema (greater in the symptomatic leg)	1
Collateral superficial veins (nonvaricose)	1
Alternative diagnosis as likely or more likely than that of deep venous thrombosis	-2
Score	
High probability	3 or greater
Moderate probability	1 or 2
Low probability	0 or less
Modification:	
This clinical model has been modified to take one other clinical feature into account: a previously documented deep vein thrombosis (DVT) is given the score of 1. Using this modified scoring system, DVT is either likely or unlikely, as follows:	
DVT likely	2 or greater
DVT unlikely	1 or less

Adapted from Wells, PS, Anderson, DR, Bormanis, J, et al, Lancet 1997; 350:1795 and Wells, PS, Anderson, DR, Rodger, M, et al. N Engl J Med 2003; 349:1227.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΒΦΘ

Πρωταρχικός σκοπός της θεραπείας της ΕΒΦΘ είναι η πρόληψη και/ή η αντιμετώπιση των κάτωθι επιπλοκών [16]::

- Πρόληψη περαιτέρω επέκτασης του θρόμβου
 - Πρόληψη της οξείας πνευμονικής εμβολής
 - Μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης θρόμβωσης
 - Θεραπεία της μαζικής λαγονομηριαίας θρόμβωσης με οξεία ισχαιμία του κάτω άκρου και/ή φλεβική
 - Περιορισμό ανάπτυξης όψιμων επιπλοκών όπως μεταθρομβωτικό σύνδρομο, χρόνια φλεβική ανεπάρκεια και χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση.
- Η αντιθρομβωτική θεραπεία σε ασθενείς με πρόσφατη ΕΒΦΘ είναι απαραίτητη δεδομένου ότι στο 50% περίπου των ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία θα εμφανισθεί θανατηφόρος πνευμονική εμβολή, μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες από την εγκατάσταση της ΕΒΦΘ.

Αρχική θεραπεία

Οι ακόλουθες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της οξείας φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου είναι σύμφωνες με τις οδηγίες του Αμερικανικού Κολλεγίου Ιατρών Θώρακα (ACCP) 2012 [17,18], καθώς και με τις οδηγίες της Βρετανικής Επιτροπής Προτύπων στην Αιματολογία (British Committee for Standards in Haematology) το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών

(American College of Physicians) την Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών (American Academy of Family Physicians) και την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία / Αμερικανικό Κολλέγιο Καρδιολογίας (American Heart Association/American College of Cardiology

- Ασθενείς με ΕΒΦΘ ή πνευμονική εμβολή πρέπει να αντιμετωπίζονται με ΧΜΒ ηπαρίνη, το fondaparinux, μη κλασματοποιημένη ενδοφλέβια ηπαρίνη, ή διορθωμένη δόση υποδόριας ηπαρίνης (Grade 1A) Σε σύγκριση με την κλασματοποιημένη ηπαρίνη , η ΧΜΒ ηπαρίνη και το fondaparinux προσφέρουν τα μέγιστα οφέλη της βολικής δοσολογίας, της εξωνοσοκομειακής θεραπείας και χαμηλότερα ποσοστά πρόκλησης θρομβοκυτταροπενίας λόγω ηπαρίνης. Εάν το άμεσο κόστος προς τους ασθενείς δεν είναι ανασταλτικός παράγοντας προτείνεται προς χρήση η ΧΜΒ ηπαρίνη και το fondaparinux έναντι της κλασματοποιημένης ηπαρίνης. (Grade 1A)
- Όταν χρησιμοποιηθεί μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, η δόση πρέπει να είναι ικανή ώστε να παραταθεί ο μερικός χρόνος θρομβοπλαστίνης (aPTT) 1,5 έως 2,5 φορές του χρόνου ελέγχου, ή το άνω όριο του φυσιολογικού εύρους του aPTT. (Grade 1B)
- Η θεραπεία με ΧΜΒ ηπαρίνη , fondaparinux, ή μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη πρέπει να συνεχισθεί για τουλάχιστον 5 ημέρες ενώ η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές βιταμίνης Κ θα πρέπει να επικαλύπτεται με ΧΜΒ ηπαρίνη , fondaparinux, ή μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη για τουλάχιστον 4 με 5 ημέρες (Grade 1A). Αν έχει επιλεγεί ως θεραπεία το rivaroxaban τότε δεν είναι αναγκαία η συνχορήγηση.
- Για τους περισσότερους ασθενείς η βαρφαρίνη θα πρέπει να ξεκινά ταυτόχρονα με ηπαρίνη, με δόση από του στόματος περίπου 5 mg/ημέρα. Σε ηλικιωμένους και σε άτομα υψηλού κινδύνου αιμορραγίας ή ατροφικά, εξασθενημένα, ή άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ή ηπατική νόσο, η δόση έναρξης πρέπει να είναι μειωμένη. Η ηπαρίνη μπορεί να διακοπεί την πέμπτη ή εκτη ημέρα εάν το INR είναι εντός θεραπευτικών ορίων για δύο συνεχείς ημέρες.
- Οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Κολλεγίου Ιατρών Θώρακα συστήνουν την συχνή μέτρηση αιμοπεταλίων για πιθανή ανάπτυξη θρομβοκυτταροπενίας. Η συχνότητα και ο χρόνος μέτρησης εξαρτάται από την κλινική κατάσταση του

ασθενή. Η ηπαρίνη θα πρέπει να διακοπεί εάν συνβεί ένα από τα ακόλουθα: μια απότομη ή παρατεταμένη πτώση των αιμοπεταλίων ή εάν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 100,000/microL.

- Η χρήση θρομβολυτικών παραγόντων, χειρουργικής θρομβεκτομής, ή διαδερμικής μηχανικής θρομβεκτομής θα πρέπει να εξετασθεί για την θεραπεία του φλεβικού θρομβοεμβολισμού. Οι ασθενείς με αιμοδυναμικά ασταθή Π.Ε ή μαζική λαγονομηριαία θρόμβωση αλλά και οι χαμηλού κινδύνου για αιμορραγία, είναι οι κατάλληλοι υποψήφιοι για τέτοιου είδους θεραπεία.
 - Η τοποθέτηση φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα συνιστάται όταν υπάρχει αντένδειξη ή αποτυχία της αντιπηκτικής αγωγής σε έναν ασθενή υψηλού κινδύνου ή με εγγύς φλεβική θρόμβωση ή Π.Ε (Grade 1C). Επίσης συνιστάται σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενους θρομβοεμβολισμούς παρ'όλη την ενδεδειγμένη αντιπηκτική αγωγή, για χρόνιο επαναλαμβανόμενο εμβολισμό με συνοδό πνευμονική υπέρταση και ταυτόχρονη χειρουργική αποκατάσταση πνευμονικής εμβολεκτομής ή πνευμονικής θρομβωενδαρτηρεκτομής.
 - Η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές βιταμίνης Κ θα πρέπει να παρατείνουν το INR στο 2,5 (όρια : 2,0 έως 3,0) (Grade 1A). Εάν η χρήση ανταγωνιστών βιταμίνης Κ αντεδίκνυται ή είναι άβολη για τον ασθενή τότε μακροχρόνια θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί με ΧΜΒ ηπαρίνη, fondaparinux, ή rivaroxaban.
- Διάρκεια θεραπείας
- Η διάρκεια της αντιθρομβωτικής θεραπείας ποικίλει ανάλογα με την κλινική κατάσταση όπως και με τις κλινικές τιμές και προτιμήσεις του ασθενή.
- Ασθενής με πρωτοεμφανιζόμενο θρομβοεμβολικό σύμπτωμα στο πλαίσιο ενός αναστρέψιμου ή περιορισμένου χρόνου παράγοντα κινδύνου (π.χ τραύμα, χειρουργείο) θα πρέπει να λαμβάνουν αγωγή για 3 μήνες.
 - Ασθενείς με ιδιοπαθές πρωτοεμφανιζόμενο θρομβοεμβολικό επεισόδιο θα πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή για τουλάχιστον 3 μήνες. Ακολούθως όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται για την σχέση κινδύνου / όφελος για μακροχρόνια θεραπεία.
 - Απεριόριστη θεραπεία προτιμάται σε ασθενείς με πρώτο απρόκλητο επεισόδιο εγγύς ΕΒΦΘ οι οποίοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επαναλαμβανόμενης φλεβοθρόμβωσης και χαμηλότερο κίνδυνο από την μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή.

• Ασθενείς με απρόκλητο μεμονωμένο πρωτοεμφυζόμενο επεισόδιο άπω ΕΒΦΘ, 3 μήνες αντιπηκτικής θαραπείας, αντί για μακροχρόνια, φαίνεται οτι είναι αρκετή.

Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένου σταδίου κακοήθειας θα πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή μακροχρόνια ή μέχρι τη λύση της κακοήθειας.

Η γενική διαχείριση του οξέως επεισοδίου ΕΒΦΘ

είναι εξατομικευμένο. Όταν η αντιπηκτική αγωγή έχει ξεκινήσει και τα συμπτώματα του ασθενούς έχουν υποχωρήσει (π.χ άλγος, οίδημα) τότε συνιστάται πρώιμη κινητοποίηση

Κατα την αρχική κινητοποίηση και για τα δύο πρώτα χρόνια μετά απο ένα επεισόδιο ΕΒΦΘ, η χρήση ελαστικών καλτσών διαβαθμισμένης συμπίεσης συστήνονται προς αποφυγή του μεταθρομβωτικού συνδρόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goodacre S. In the clinic. Deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2008; 149:ITC3.
2. Lechner D, Wiener C, Weltermann A, et al. Comparison between idiopathic deep vein thrombosis of the upper and lower extremity regarding risk factors and recurrence. *J Thromb Haemost* 2008; 6:1269.
3. Cushman M, Tsai AW, White RH, et al. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in two cohorts: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. *Am J Med* 2004; 117:19.
4. Alikhan R, Cohen AT, Combe S, et al. Risk factors for venous thromboembolism in hospitalized patients with acute medical illness: analysis of the MEDENOX Study. *Arch Intern Med* 2004; 164:963.
5. Zöller B, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Age- and gender-specific familial risks for venous thromboembolism: a nationwide epidemiological study based on hospitalizations in Sweden. *Circulation* 2011; 124:1012.
6. Bezemer ID, van der Meer FJ, Eikenboom JC, et al. The value of family history as a risk indicator for venous thrombosis. *Arch Intern Med* 2009; 169:610.
7. Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2005; 143:129.
8. Qaseem A, Snow V, Barry P, et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146:454.
9. Hull R, Hirsh J, Sackett DL, et al. Clinical validity of a negative venogram in patients with clinically suspected venous thrombosis. *Circulation* 1981; 64:622.
10. Gorman WP, Davis KR, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Swollen lower limb-1: general assessment and deep vein thrombosis. *BMJ* 2000; 320:1453.
11. Huisman MV, Büller HR, ten Cate JW, Vreeken J. Serial impedance plethysmography for suspected deep venous thrombosis in outpatients. The Amsterdam General Practitioner Study. *N Engl J Med* 1986; 314:823.
12. Birdwell BG, Raskob GE, Whitsett TL, et al. The clinical validity of normal compression ultrasonography in outpatients suspected of having deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1998; 128:1.
13. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997; 350:1795.
14. Subramaniam RM, Chou T, Heath R, Allen R. Importance of pretest probability score and D-dimer assay before sonography for lower limb deep venous thrombosis. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 186:206.
15. van der Velde EF, Toll DB, Ten Cate-Hoek AJ, et al. Comparing the diagnostic performance of 2 clinical decision rules to rule out deep vein thrombosis in primary care patients. *Ann Fam Med* 2011; 9:31.
16. Tamariz LJ, Eng J, Segal JB, et al. Usefulness of clinical prediction rules for the diagnosis of venous thromboembolism: a systematic review. *Am J Med* 2004; 117:676.
17. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133:454S.
18. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e419S.

Review

Review of current diagnostic and therapeutic approach to deep venous thrombosis of the lower extremity

K. Balaskas¹, C. Botsios¹, A. Marinis².

¹ Department of General Practice and ² First Department of Surgery, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

(*Scientific Chronicles* 2013;18(2):83-87)

ABSTRACT

This review is intended to recall the diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis, which is along with pulmonary embolism, a manifestation of the same disorder of venous thrombosis.

The importance of using updated algorithms for the evaluation and cure of the patients with suspected disease, It is obvious.

Keywords: deep venous thrombosis, lower extremity