Patientinformation om venös trombos & lungemboli

Koagulationsmottagningarna, Karolinska Universitetssjukhuset

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Inledning 3

Vensystemet 3

Venös trombos 3

Orsak till blodpropp 4

Tillstånd med venös trombos 5
- Djup ventrombos i ben 5
- Djup ventrombos i arm 7
- Lungemboli 7
- Tromboflebit 8
- Muskelvenstrombos 9

Utredning efter trombos 9

Antikoagulantiabehandling 10

Kvarstående besvär 11

Råd vid antikoagulantia 12

Råd för att undvika nytt insjuknande 13

CAVE-lista 15

Inledning

Med den här skriften vill vi informera dig om blodproppar och besvara vanliga frågor om bakomliggande orsaker, olika typer av blodproppar samt behandling.

I slutet av skriften finns också information om vad man behöver vara observant på samt läkemedel som man bör undvika när man behandlas med blodförtunnande läkemedel.

Vensystemet

Det venösa kärlsystemets uppgift är att leda blodet från kroppens olika delar tillbaka till hjärtat. I flera av venerna finns venklaffar som bidrar till att blodflödet från armar och ben går i rätt riktning. När våra muskler arbetar underlättas också återflödet av blodet till hjärtat. Från hjärtats högra kammare leds det syrefattiga blodet ut i lungan via lungartären och dess allt finare förgreningar, där det syresätts.

Venös trombos (blodpropp i ven)

Blodlevringssystemet (Koagulationssystemet) är kroppens system för att stoppa blödning vid skador på blodkärlen. Det finns även system som hindrar att blodet levrar sig för mycket (koagulationshämmare) och ett system som löser upp blodlevringsklumpar och ”städar” upp i kärlet när skadan läkt.

I vissa situationer kan kroppen starta en process med överdriven aktivering av koagulationsfaktorer som leder till bildandet av en blodpropp (trombos) som kan hindra blodflödet i kärlet. Blodpropp i någon av kroppens vener kallas för venös trombos och förekommer hos cirka 160 per 100 000 invånare och år i Sverige.

Orsaker till blodpropp

Vanligtvis beror trombosen på en kombination av riskfaktorer.

FÖRVÄRVADE RISKFAKTORER

Tillfälliga risksituationer kan utgöras av perioder med stillasittande/sängläge (immobilisering) i samband med benbrott, gipsning, ortopediska eller kirurgiska ingrepp, vid sjukdom eller vid längre flygresa. Vid infektioner kan förutom immobilisering även inflammation, feber och intorkning bidra till högre trombosrisk. Främmande material i ett blodkärl, t.ex. katetrar, kan bidra till utveckling av blodproppar i anslutning till detta.

Graviditet innebär riskfaktor för trombos eftersom kroppen då producerar mer östrogen och förbereder sig med läkningsberedskap inför kommande förlossning.

Även en del läkemedel ökar trombosrisken, t.ex. östrogeninnehållande p-piller. Östrogen vid klimakteriebesvär ökar blodproppsrisken något.

Förvärvade riskfaktorer kan också vara mer eller mindre permanenta. Övervikt, ökande ålder och åderbråck ger ökad risk för

blodpropp, liksom förändring av blodkärlets funktion (t.ex. efter blödning eller efter genomgången tidigare blodpropp). Vissa sjukdomar ger en påverkan på koagulationen med ökad trombosrisk t.ex. cancersjukdomar, vissa njursjukdomar och inflammatoriska sjukdomar. Antifosfolipidantikroppssyndrom är ett sällsynt immunologiskt tillstånd som ökar blodproppsrisken.

ÄRFTLIGA TILLSTÅND

Brist eller nedsatt funktion i kroppens hämning av koagulationen kan i olika grad bidra till blodpropp. Vanligast är APC-resistens (= FV Leiden, dvs en mutation i anlaget för koagulationsfaktor V). Andra ärftliga tillstånd är protrombinmutation, antitrombinbrist, Protein S brist och Protein C brist.

Tillstånd med venös trombos

DJUP VENTROMBOS I BENET

Benet är den vanligaste lokalisationen för djup ventrombos. Särskilda riskfaktorer för att drabbas är påverkan på blodkärlen, t.ex. på grund av tidigare trombos eller skada på klaffar med försämrat blodåterflöde. Operation och immobilisering (gips, ortos, minskad aktivitet) särskilt vid fraktur i ben eller bäcken innebär en hög riskfaktor.

Symtomen varierar beroende på trombosens omfattning och lokalisation i benet. Ensidig bensvullnad, värmeökning, rodnad och värk/rörelsesmärta som kan vara omfattande vid blodpropp i lår eller bäckenven.

Djup ventrombos behandlas med blodförtunnande läkemedel, antikoagulantia. Behandlingstiden med antikoagulantia varierar från tre månader vid liten blodpropp och tillfällig riskfaktor till långtidsbehandling beroende av trombosens omfattning och hur risken för nytt insjuknande bedöms.

En del av behandlingen efter trombos i benet är användande av stödstrumpa dagtid som hjälper till att minska svullnaden. Vårdcentralen kan hjälpa till med utprovande av stödstrumpa. När det har gått några veckor och benet inte är lika svullet är det dags att prova ut en kraftigare strumpa, kompressionsstrumpa som ska användas för att hindra besvär med svullnad i benet. Strumpan behöver förnyas efterhand och används gärna under ett års tid eller så länge benet är svullet.

Utprovning av stödstrumpa

I övrigt rekommenderas högläge med benet i sittande och att undvika långvarigt sittande. Det går bra att röra sig fritt och påbörja träning i den utsträckning besvären tillåter.

DJUP VENTROMBOS I ARM

Det är ungefär samma riskfaktorer för arm som för bentrombos men armtrombos är mer sällsynt. Yngre vältränade kan i sällsynta fall få blodpropp i armen på grund av kompression av nyckelbensvenen mellan nyckelbenet och första revbenet. Intravenösa katetrar och pacemakerelektroder kan ge lokal irritation och orsaka blodpropp.

Symtomen vid armtrombos är ensidig armsvullnad, smärta eller domningskänsla, svaghet, rodnad och ökad venteckning på bröstkorgen.

Efter läkarundersökning med provtagning och ultraljud övervägs i vissa fall blodproppsupplösande behandling, s.k. trombolys. Vid inklämd nyckelbensven överväger man också kirurgisk behandling.

Behandlingstiden med blodförtunnande läkemedel är individuell beroende på omfattning och bedömda risker, vanligt är en behandlingstid om 3 månader.

LUNGEMBOLI

Vid djup ventrombos kan en del av blodproppen släppa och följa med blodströmmen upp till lungan. Det kallas lungembolisering. Om djup ventrombos emboliserar kan den som regel inte orsaka hjärtinfarkt eller stroke. Det beror på att det venösa blodet har

en utstakad bana och måste ta vägen in i lungan för att syresättas. Eventuell lungembolisering sker i regel före påbörjad antikoagulantiabehandling. När behandlingen mot djup ventrombos väl är påbörjad är embolisering sällsynt.

Vid lungemboli är de vanligaste symtomen plötslig oväntad andfåddhet, hjärtklappning, oro, ibland svimning, bröstsmärtor vid djupandning och hosta.

Efter påbörjad antikoagulationsbehandling minskar de akuta symtomen vanligtvis snabbt. Vanlig behandlingstid är 3–6 månader beroende på omfattning och riskfaktorer, vid upprepad eller mycket omfattande lungemboli övervägs tillsvidarebehandling.

Efter den inledande behandlingen kan det behövas stöd och rekommendationer om åtgärder för att återfå fysisk funktion och kanske hjälp att bearbeta det som hänt.

TROMBOFLEBIT

Tromboflebit innebär blodpropp i en ytlig ven. Riskfaktorerna för insjuknande är ungefär desamma som vid djup ventrombos. Åderbråck (varicer) ökar risken för tromboflebit. Perifera venkatetrar kan orsaka inflammation och tromboflebit. Vid stark riskfaktor kan tromboflebiten breda ut sig längs det ytliga kärlet och nå in i det djupa vensystemet så att det utvecklas en djup ventrombos. I dessa fall utreder man alltid extra ingående för att söka hitta den bakomliggande orsaken.

En begränsad ytlig blodpropp (några cm på underbenet eller underarmen) kan ofta behandlas enbart med salva Hirudoid® som syftar till att underlätta genomblödning och minska

omkringliggande inflammation.
Vid mer omfattande ytlig venös trombos (mer än 5 cm eller nära det djupa vensystemet) behandlar man under en period, ofta 2–6 veckor, med blodförtunnande behandling i form av lågmolekylärt heparin som ges som injektioner under huden. Denna typ av läkemedel har både blodförtunnande och antiinflammatorisk effekt på kärlet. Injektionsbehandlingen avslutas när symtomen har klingat av efter bedömning av husläkare.

MUSKELVENSTROMBOS

Blodpropp i underbenens muskelvener är relativt vanligt, symtom är ensidig smärta och svullnad över underben och framför allt vadmuskeln i ena benet. Muskelvenstrombos räknas inte som djup ventrombos men behandlingen är i regel densamma. Antikoagulantiabehandlingen avslutas dock tidigare, ofta räcker 6–8 veckors behandling.

Utredning efter trombos

Vid utredning av patienter med djup ventrombos eller lungemboli strävar man efter att förstå vilka faktorer som orsakat blodproppen. Ofta är orsaken uppenbar t.ex. genomgången operation eller gipsning. Hos många som insjuknar är orsaken inte lika uppenbar och hos vissa kommer vi inte att få veta vad som utlöste proppen. Det kan finnas en bakomliggande sjukdom t.ex. cancer. Vid nytillkomna symtom såsom nattliga svettningar, feber eller viktnedgång bör utredning göras via husläkare.

I de fall man inte ser en tydlig utlösande orsak till trombosutvecklingen görs ibland en koagulationsutredning. Det är främst patienter

som är yngre än 50 år som genomgår sådan utredning för att leta efter ärftliga och förvärvade riskfaktorer. Kombination av flera riskfaktorer, medfödda eller förvärvade, medför att trombosrisken ökar avsevärt.

Antikoagulantiabehandling

Vid djupare venösa tromboser och lungemboli behandlar man under en period med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia). Dessa läkemedel syftar till att stoppa proppbildningen och därigenom motverka att proppen växer eller lossnar och beger sig till lungan. Behandlingstiden varierar från ett par veckor vid tromboflebit till livslång vid återkommande tromboser eller allvarligt insjuknande med hög risk för återfall.

Det finns olika antikoagulantialäkemedel som används polikliniskt idag. Tidigare har tablettbehandling med Waran varit den gängse behandlingen och vid vissa tillstånd används Waranbehandling fortfarande. I andra situationer ges injektionsbehandling med lågmolekylärt heparin (Fragmin, Innohep, Klexane).

De olika DOAK (Diretverkande Orala AntiKoagulantia) preparaten (Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto) förskrivs frekvent då de har visat sig vara en smidig och säker tablettbehandling vid de flesta trombossituationer. DOAK läkemedel är beroende av att patienten har en tillfredsställande njurfunktion.

Antikoagulantia löser inte upp proppen, kroppen själv har en ”städfunktion”, s.k. fibrinolys, med den uppgiften. I många fall städas hela trombosen bort, i vissa fall kan små rester finnas kvar.

All antikoagulantiabehandling har som biverkan en ökad blödningsbenägenhet. Detta kan ibland ge problem med blåmärken och blödning från slemhinnor.

Kvarstående besvär

Vid blodpropp i ett ben kan det ibland finnas kvar trombosrester och det kan uppstå skador på venklaffarna. Klaffarnas uppgift är att verka för att blodet transporteras i rätt riktning när det pumpas i vener i ben och armar. I skadad venklaff kan det uppstå läckage. Det kan leda till venös insufficiens, dvs. svullnadtendens vilket i sin tur kan leda till kronisk bensvullnad, tyngdkänsla, åderbråck, ömtålig hud och värsta fall sår.

Man kan minska besvären genom att regelbundet träna benens muskler och undvika längre stillasittande. Det brukar också hjälpa att under dagtid använda kompressionsstrumpa för att minska svullnaden.

Vid kvarstående besvär med svullnad, tyngdkänsla och värk kan du tala med din husläkare och be om remiss för s.k. venös insufficiensutredning. Beroende av vad den utredningen visar kan i vissa fall kärlkirurgisk åtgärd lindra besvären.

När det gäller lungembolier försvinner dessa oftast helt utan att lämna några men. I sällsynta fall kvarstår dock små embolirester. Symtom vid s.k. kronisk lungemboli kan vara kvarvarande andfåddhet i situationer som man tidigare brukat klara av utan problem. Enstaka patienter kan få en reaktion med ökat motstånd i lungans kärl, detta är dock mycket ovanligt och sker nästan uteslutande om

man har drabbats av en stor lungemboli. Upplever man kvarstående tungandning efter lungemboli ska man diskutera sina besvär med behandlande läkare på specialistmottagning eller vårdcentral som utreder orsaken.

Råd till dig som behandlas med antikoagulantia

- Om du har frågor kring din behandling eller om det skulle uppstå ökad blödningsbenägenhet kontakta din vårdcentral eller mottagningen där du behandlas.
- För att förebygga blödning från tandköttet är det extra viktigt med regelbunden munvård med mjuk borste och försiktig användning av tandtråd eller dylikt.
- Vid torr väderlek och förkylning kan mjukgörande nässpray vara bra, sådan finns att köpa på apotek.
- Vid antikoagulantiabehandling bör du inte utsätta dig för onödig skaderisk, t.ex. vissa riskidrotter eller situationer. Skador kan leda till större och mer långdragna blödningar. Vid tveksamhet bör du diskutera situationen med din husläkare.
- Vissa läkemedel kan påverka behandlingseffekten av antikoagulantia så att blödningsrisken ökar. I slutet av denna skrift finns bifogat en förteckning på vanligt förekommande sådana läkemedel. Dessa läkemedel bör inte användas vid antikoagulantiabehandling. Fråga din husläkare eller specialistmottagning till råds om du har rekommenderats att ta något läkemedel som finns omnämnt i denna lista.

- Du ska direkt ta kontakt med sjukvården om det skulle uppstå en blödning, om symtomen ifrån benet förvärras, om du misstänker att du fått en propp i lungan eller om du upplever andra nytillkomna besvär.
- I samband med att du påbörjar antikoagulantiabehandling kommer du att förses med en bricka där läkemedlets namn framgår. Du ska alltid ha den brickan buren som ett halsband när du tar dessa läkemedel. Det möjliggör för sjukvårdspersonalen att ge dig rätt behandling vid eventuell blödning eller behov av operation om oturen skulle vara framme och du hamnar på sjukhus utan att kunna meddela dig, t.ex. efter en trafikolycka.

Råd för att undvika nytt insjuknande

- Optimera vikten.
- Undvik om möjligt immobilisering. Vid stillasittande är det bra att ta paus för bensträckare minst en gång per timme och att dessemellan aktivt röra på benen med jämna mellanrum.
- Kompressionsstrumpor vid svullna ben och långvarigt stillasittande.
- Intag av vatten eller liknande för att undvika intorkning, t.ex. vid varmt väder.
- Undvik kombinerade p-piller och även östrogenbehandling mot klimakteriebesvär
- Patienter med ökad trombosrisk kan, efter avslutad antikoagulan-

tiabehandling, ha nytta av injektioner med lågmolekylärt heparin /DOAK i anslutning till att de utsätter sig för ytterligare risk, t.ex. längre flygresor, kirurgiska eller ortopediska ingrepp eller gipsning. Informera därför om att du har haft en blodpropp vid kontakt med vården.

- Vid graviditet och förlossning kan det bli aktuellt med trombosprofylax. Kontakta specialistmödravården tidigt.
- Venös tromboembolism är ett tillstånd som ska utredas akut och behandling ska startas utan dröjsmål. Vid symtom från armar/ben där du misstänker ny venös trombos ska du söka närakut/akutmottagning och vid andnöd ska man söka direkt till akutmottagning.

Vy från Koagulationsmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

CAVE- lista

Läkemedel som bör undvikas vid antikoagulantia-behandling:

Analgetika och antiinflammatoriska preparat som är olämpliga vid antikoagulation, blödarsjuka och andra tillstånd med ökad blödningsbenägenhet:

Albyl minor, alganex, Alindrin, Alpoxen, Ardinex, Arthrotec, Arthrotec forte, Asasantin, Retard Aspirin,

Bamyl, Bamyl koffein, Barcan, Brexidol, Brilique, Brufen, Brufen Retard, Clopidogrel, Diklofenak, Diklofenak T,

Eeze, Eezeneo, Emotpin, Enantyum, Enaros, Felden, Ibumetin, Ipren,

Ketesse, Ketoprofen, Ketoprofen Retard, Magnecyl brus, Magnecyl koffein brus,

Nabumeton, Naprosyn Entero, Naproxen, Orudis, Orudis Retard, Plavix, Pronaxen Relifex,

Siduro Retard, Ticlid, Toradol, Tradil, Treo, Treo citrus, Treo comp, Trombyl, Vimovo, Voltaren

Även selektiva serotoninupptagshämmare kan öka blödnings-benägenheten hos en del patienter:

Cipralex, Cipramil, Citalopram, Fevarin, Fluoxetin, Fontex, Paroxetin, Paroxiflex,

Seroscand, Seroxat, Sertralin och Zoloft.

Förslag på mediciner mot smärta eller inflammation som kan användas vid ökad blödningsbenägenhet:

Analgetica
(mot smärta)

Paracetamol (Alvedon och Panodil)
Kodein (Citodon och Panocod)
Tramadol (Gemadol, Nobligan, Tiparol, Tradolan, Tramadol)
Morfin, Petidin etc. är endast olämpliga ur tillvänjningssynpunkt.

Antiflogistika
(mot inflammation)

Celebra, Arcoxia och Dynastat ger inte ökad blödningsbenägenhet men ska inte ges till patienter med ischemisk hjärtsjukdom.

Med lokalt verkande antiinflammatoriska salvor som t.ex. Algesal, Eeze, Flector, Ibumetin, Ipren, Orudis, Siduro och Voltaren är blödningsrisken sannolikt försumbar.

Förslag på medicin vid blödningar, undantaget urinvägsblödningar:

Tranexamsyra

Tablett Cyklo-f 500 mg (receptfritt), Tranon eller Cyklokapron (receptbelagt) för att före bygga eller minska blödningen.

Dosen är 20 mg/kg tre gånger per dag. Således tar en person som väger 50 kg två tabletter (1000 mg) tre gånger per dygn.

Förslag på lokala åtgärder vid blödningar från slemhinnor eller hud:

Cyklokapron injektionslösning eller brustabletter upplösta i vatten (receptbelagt).
Tranexamsyra mixtur, säljs som ”ex tempore-beredning” från apoteket (receptbelagt).
Stop-Hemo blodstillande vadd, suddar med kalciumalginat
Surgicel resorberbar väv.
Dessutom finns Gelfilm, Gelfoam, Spongostan och Spongostan analtampong.

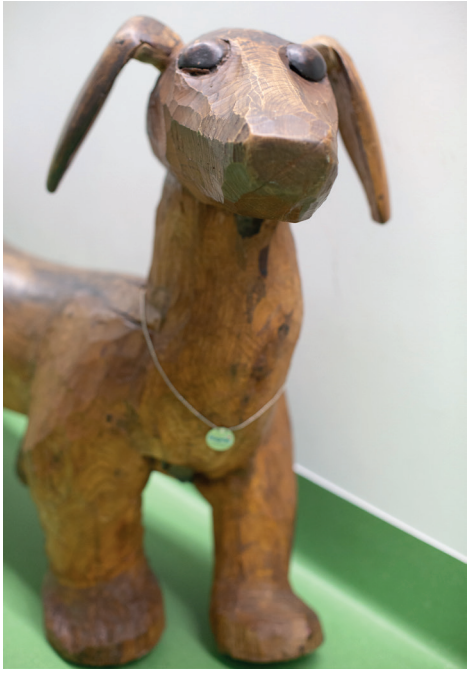
Blödning från munnen:

Sköljning med Cyklokapron – späd 5 ml ampull av injektionslösningen med lika stor mängd vatten (det blir 10 ml) och skölj med i två minuter, spotta sedan ut.
Därefter ska man inte äta närmaste timmen.
Kan upprepas varannan timme.
Alternativt kan man lösa upp en brustablett i vatten och skölja munnen med lösningen.

Blödning från näsan:

Använd blodstillande vadd eller liknande.
Alternativt kan man fukta en kompress med Cyklokapron lösning.
Kom ihåg att torra slemhinnor spricker lätt, särskilt vintertid.
Använd luftfuktare, ställ in blomkrukor eller vattenbaljor i de rum du vistas i.
Fenazon APL nässalva kan också vara bra (receptfritt).

Anteckningar



Taxen på Koagulationsmottagningen i Solna.

Den här informationsbroschyren är framtagen av Koagulationsmottagningarna på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna.

Författare av broschyren är specialistläkare Anna Eelde, sjuksköterskorna Britt Marie Underwood, Ann Westergaard och bitr. överläkare Julieta Bomfim.

Texten har faktagranskats av bitr. överläkare Eva Lotta Hempel, överläkare Anna Ågren, specialistläkare Natali Karandyszowska, överläkare Maria Magnusson, sjuksköterskor Malin Svennefalk, Elsa Olsson och Petra Elfvinge.

Foto - Linnéa Jonasson Bernholm.

Layout K. Duchnowska, Medicinsk Bild

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Kaogualationsmottagningarna
Karolinska Universitetssjukhuset
www.karolinska.se

VI ÄR EN DEL AV
REGION STOCKHOLM