

GHIDUL
pacientului



Tromboza venoasă

Prevenție și tratament



Editura Medicală Antaeus

2007

Tromboza venoasă

Prevenție și tratament

Dr. Ruxandra Jurcuț
Institutul de Boli Cardiovasculare
„Prof. dr. C. C. Iliescu”, București

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

JURCUȚ, RUXANDRA

Tromboza venoasă: prevenție și tratament / Ruxandra Jurcuț. -
București: Editura Medicală Antaeus, 2007
ISBN 978-973-88434-4-8

616.12

Dr. Ruxandra Jurcuț

TROMBOZA VENOASĂ. PREVENȚIE ȘI TRATAMENT

Colecția **Ghidul pacientului**[®]

Coordonator proiect: Dr. Ciprian Jurcuț

Grafica: Ciprian Jurcuț

Layout: Ioan Andrei 

ISBN 978-973-88434-4-8

Puteti accesa colecția **Ghidul Pacientului**[®] și afla alte informații utile pe site-ul:

www.ghidulpacientului.ro

© Editura Medicală Antaeus

Reproducerea integrală sau parțială a textului, tabelor sau figurilor din această carte este posibilă numai cu acordul prealabil al Editurii Medicale Antaeus.

Drepturile de distribuție în țară și străinătate aparțin în exclusivitate Editurii Medicale Antaeus.

Editura Medicală Antaeus

email: editura.antaeus@gmail.com

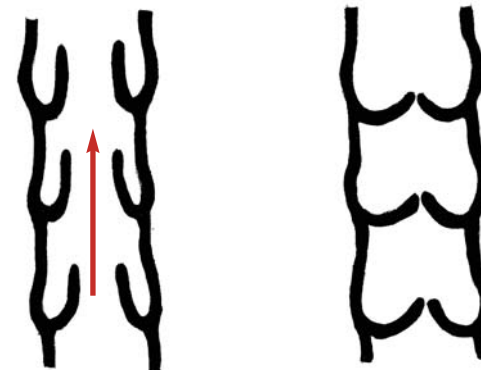
Această publicație reprezintă o sursă de informare generală pentru dumneavoastră, dar nu poate substitui un consult medical. Pentru întrebări despre sănătatea dumneavoastră, tratament și alte aspecte ale îngrijirii, discutați cu medicul de familie sau cu un medic specialist.

CE SUNT VENELE?

Sângele circulă în permanență prin vasele sangvine în întregul corp. Sângele oxigenat este pompat de către inimă în artere, iar după ce hrănește diversele organe, se întoarce la inimă prin vene. De aici el va fi împins către plămâni, unde se încarcă din nou cu oxigen, se reîntoarce la inimă și reintră în circulația ce deservește organele.

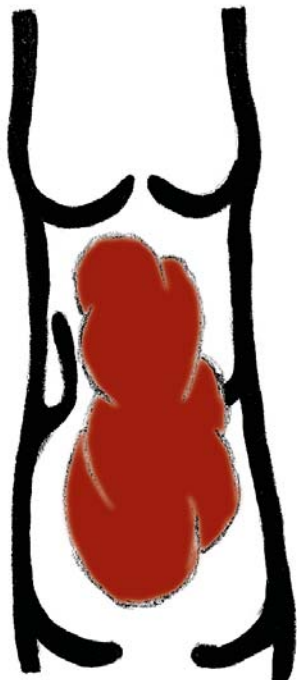
Spre deosebire de circulația la nivelul arterelor, care se produce activ ca urmare a acțiunii pompei inimii, întoarcerea sângelui către cord prin sistemul venos este mai degrabă pasivă, fiind controlată de mai mulți factori: contracția mușchilor de la nivelul brațelor și picioarelor, sistemul de valvule din interiorul venelor. În plus, circulația în vene are loc la presiune scăzută, astfel încât riscul de încetinire a fluxului de sânge și de formare de cheaguri este mult mai mare decât la nivelul arterelor.

Venele pot avea o localizare profundă (între organe, mușchi etc.) sau superficială (vene pe care le putem uneori vedea sub piele).



Aspect normal al venelor cu valvule deschise, permițând întoarcerea normală a sângelui către inimă (stânga), respectiv închise (dreapta).

CE ESTE TROMBOZA VENOASĂ?



Interiorul venei este blocat de prezența unui cheag de sânge, care nu permite circulația normală a sângelui.

Tromboza venoasă este o boală în care circulația sângelui în vene este blocată din cauza formării unui cheag de sânge (denumit în termeni medicali tromb).

Cel mai frecvent această tromboză se localizează la nivelul venelor din membrele inferioare (gambe, coapse), dar ea poate să apară în anumite condiții și la nivelul membrelor superioare (brațe) sau în alte localizări.

În funcție de tipul de vene în care apare cheagul de sânge (trombul), afecțiunea se numește tromboză venoasă superficială sau tromboză venoasă profundă.

TROMBOZA VENOASĂ SUPERFICIALĂ

Tromboza venoasă superficială (TVS) presupune apariția unui cheag de sânge în venele superficiale.

Datorită poziției superficiale a venelor, se poate observa cu ușurință pe traiectul acestui vas o porțiune roșie, inflamată, în vecinătatea chegului format. Astfel, poate fi vizualizat traseul venei ca un cordon roșu, tumefiat, sensibil la atingere, chiar dureros. Acest fenomen poate apărea în mai multe situații: pe un teren de vene varicoase la nivelul venelor membrelor inferioare, după puncții venoase repetate sau perfuzii prelungite la nivelul unor vene superficiale, în prezența unei boli neoplazice (când apare de obicei în episoade repetate).

Tromboza venoasă superficială, deși este un fenomen neplăcut pentru pacienți, este în general mai puțin periculoasă decât tromboza venoasă profundă. Este în primul rând importantă diferențierea corectă a celor două, un consult medical fiind deci obligatoriu.

Tratamentul TVS se face de obicei prin aplicarea locală de căldură umedă și administrarea de antiinflamatoare nesteroidiene, fie pe cale orală (pastile) fie local (unguente). În TVS pot fi utilizate și unguente pe bază de heparinoide (Lasonil®, Lioton®, Heparthrombin® etc.), care se absorb transdermic și pot avea un efect de topire a trombului din vena superficială și de reducere a edemului din jur. Este însă important să se pună inițial diagnosticul corect de TVS, deoarece aceste unguente nu sunt eficiente în tromboza venoasă profundă!

În cazuri mai rare, de TVS extinse, medicul poate decide că este necesar tratament cu anticoagulante orale.

TROMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ

Tromboza venoasă profundă (TVP) este rezultatul blocării circulației venoase profunde de către un cheag.

Formarea acestui tromb poate avea mai multe cauze principale:

- **Staza venoasă:** sângele înaintea cu viteză extrem de scăzută, datorită lipsei contracțiilor musculare (exemplu: în caz de imobilizare prelungită) sau prin compresia în amonte a venei (exemplu: în prezența unei tumori);

- **Leziunea peretelui venos:** în urma leziunii venei, reacția de reparare a acesteia include formarea unui cheag de sânge, al cărui volum poate însă crește suficient de mult încât să blocheze complet circulația sângelui (exemplu: lezarea în cursul unei intervenții chirurgicale);

- **Tendința la coagulare spontană a sângelui:** există afecțiuni care conduc la o tendință anormală a sângelui de a se coagula spontan. Acestea pot fi boli primare (se numesc trombofilii), sau pot fi secundare altor boli (exemplu: cancer) ori tratamente (exemplu: anticoncepționale, tratamente hormonale, chimioterapie etc.).

Dacă sunt întrunite una sau mai multe din aceste condiții, există un risc crescut de a dezvolta TVP, și de aceea trebuie aplicate metode de prevenție a acesteia.

Fără profilaxie, incidența TVP apărută în spital este de aproximativ 10-40% la pacienții cu afecțiuni medicale sau la cei supuși unor intervenții de chirurgie generală și de 40-60% după intervențiile chirurgicale ortopedice majore (fractură de șold, proteză de șold sau de genunchi).

În Europa, decesele cauzate de evenimentele tromboembolice sunt de 3 ori mai multe decât suma deceselor prin cancer de sân, accidente rutiere și SIDA.

Alte denumiri pentru tromboza venoasă profundă

Veți mai auzi poate și alți termeni în legătură cu această boală:

- tromboflebită;
- flebită.

Cine are un risc crescut de apariție a trombozei venoase profunde?

Evaluarea riscului individual al pacienților începe cu identificarea factorilor de risc prezenți la fiecare pacient. La mulți pacienți există în același timp mai mulți factori de risc, iar riscul global trebuie stabilit ca un rezultat al cumulării lor și al afecțiunii actuale.



Cei mai importanți factori de risc pentru dezvoltarea TVP sunt:

- Intervențiile chirurgicale sau ortopedice
- Traumatismele (majore sau ale membrilor inferioare)
- Imobilizarea (>3 zile), parezele, imobilizarea unui membru în aparate gipsate
- Neoplaziile și tratamentul antineoplazic (hormono-, chimio-, sau radioterapie)
- Antecedentele de TVP
- Vârsta peste 40 ani
- Sarcina și perioada postpartum (după naștere)
- Tratamentele hormonale
 - Contraceptivele orale sau terapia de substituție hormonală pe bază de estrogeni
 - Modulatorii selectivi de receptori estrogenici (raloxifen, tamoxifen etc)
- Afecțiuni medicale acute
 - Insuficiența cardiacă sau respiratorie
 - Infarctul miocardic acut
 - Accidentul vascular cerebral
 - Bolile inflamatorii intestinale
 - Sindromul nefrotic
 - Sepsisul
- Afecțiuni ereditare sau dobândite ale coagulării sângelui (trombofilia)
- Obezitatea
- Fumatul
- Varicele la membrele inferioare
- Cateterizarea venoasă centrală

Bineînțeles, nu înseamnă că simplul fapt că aveți peste 40 de ani, că sunteți însărcinată sau că aveți varice vă va favoriza apariția unei TVP. Însă, dacă asociați mai mulți dintre acești factori, riscul de TVP crește proporțional!

Care este tabloul clinic al trombozei venoase profunde?

Semnele și simptomele clasice ale TVP includ:

- creșterea de volum (umflarea) membrului afectat;
- durere la acest nivel;
- piele caldă;
- culoare roșie a pielii sau piele decolorată la acest nivel;
- senzație de picior greu, obosit, de o singură parte.

În TVP, umflarea membrului este cel mai frecvent asimetrică (de exemplu o singură gambă), și nu are un motiv clar (amintiți-vă dacă ați avut un traumatism local, o înțepătură de insectă, o rană deschisă la acest nivel).

Aceste semne sau simptome pot apărea atât la nivelul membrilor inferioare (gambă și/sau coapsă) sau, mai rar dar posibil, la nivelul membrilor superioare (antebraț, braț).

Dacă aveți unul sau mai multe din aceste semne discutați cu medicul dumneavoastră, care vă va examina și vă va indica diverse examene pentru diagnostic.

Consultul medical este esențial, deoarece există și alte boli care pot avea simptome asemănătoare, și acestea pot fi diferențiate de TVP numai de către medic!

Complicațiile trombozei venoase profunde

Urmările TEV sunt dintre cele mai grave: de la complicații pe termen lung, invalidante și greu de tratat (sindrom posttrombotic și hipertensiune pulmonară) până la deces (prin embolie pulmonară).

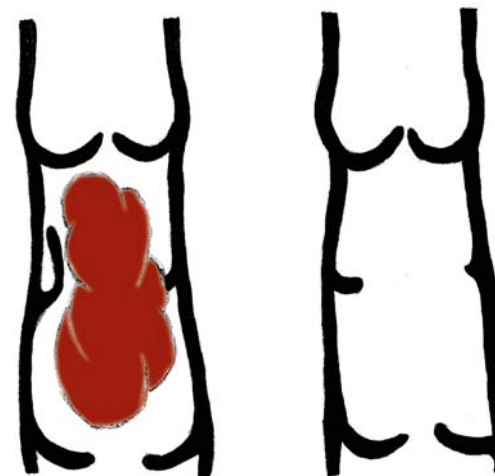
O complicație importantă și redutabilă a TVP este reprezentată de embolia pulmonară. Aceasta rezultă din migrarea cheagului de sânge de la nivelul venei către plămân, unde poate bloca una din ramurile arterei pulmonare, și, astfel, se întrerupe circulația sângelui în plămâni. Cele mai frecvente simptome ale emboliei pulmonare sunt:

- dispnee (lipsă de aer, respirație dificilă, sufocare);
- durere toracică (spontan sau când trageți aer în piept);
- tuse cu hemoptizii (scurpat sânge);
- respirație rapidă, puls rapid.

Embolia pulmonară se poate însă manifesta mai dramatic, prin sincopă (leșin) sau chiar moarte subită. De aceea este esențială prevenția migrării unui cheag de sânge în caz de TVP. Primul pas în această prevenție o reprezintă depistarea la timp a TVP și tratamentul său corect.

În cazul în care au avut loc unul sau mai multe episoade de embolie pulmonară, trombii din arterele pulmonare nu se mai dizolvă și fluxul de sânge de la nivelul lor este încetinit și chiar blocat. Se instalează astfel hipertensiunea pulmonară, care se manifestă prin dispnee (sufocare) la eforturi din ce în ce mai mici, dureri în piept, pierdere de cunoștință.

Deși nu este o complicație cu risc de deces, efecte foarte supărătoare are și sindromul posttrombotic. După un episod de TVP, prin distrucția valvulelor venoase, circulația sângelui în vene se desfășoară cu dificultate, iar membrul afectat poate rămâne umflat, eritematos. În timp se pot dezvolta leziuni de tip ulceros la nivelul pielii, care supurează.



După dispariția cheagului din interiorul venei, valvulele pot rămâne distruse, sângele circulă cu greutate și stagnează, apărând sindromul posttrombotic

Nu neglijați un picior sau un braț umflat, cu sau fără cauză aparentă! Mergeți la medic!

Metode de diagnostic

Ecografia vasculară

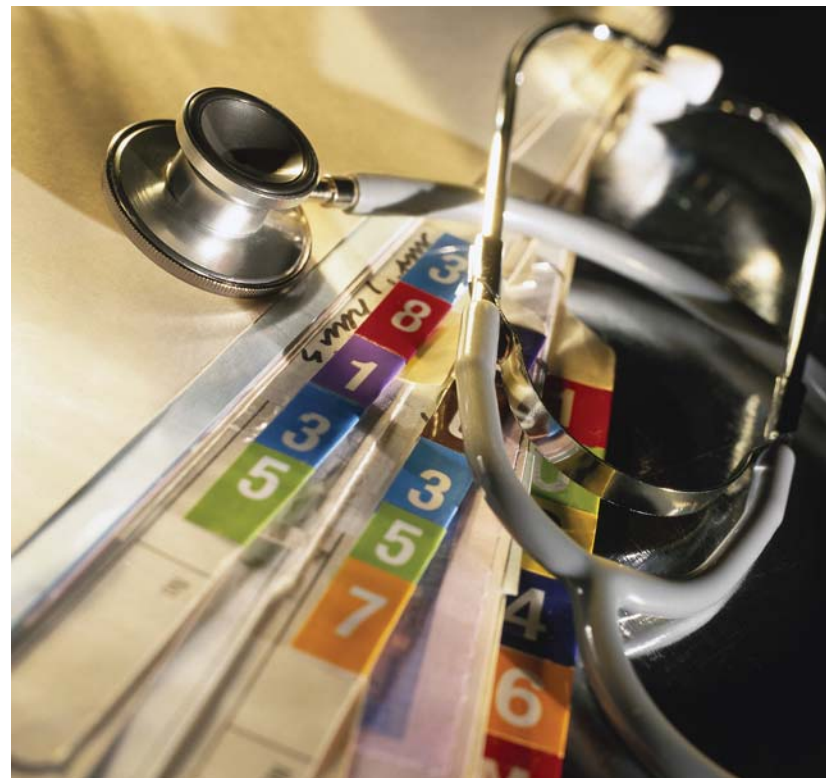
- este o metodă neinvazivă, cel mai frecvent utilizată în diagnosticul TVP.
- după plasarea de gel special pe pielea membrului afectat, medicul urmărește cu ajutorul unui transductor care emite și primește ultrasunete prezența unui tromb în vene și fluxul de sânge de la nivelul venelor (cu ajutorul Doppler-ului).
- medicul poate comprima intermitent membrul afectat pentru a studia efectul acestei presiuni asupra circulației sângelui în vene.
- fluxul sângelui în vene, anatomia acestora și eventual prezența de cheaguri este urmărită de medic pe ecranul ecografului.

Venografie (Flebografie)

- mai rar se evaluează circulația sângelui în vene după injectare de substanță de contrast în sistemul venos
- aceasta este o metodă invazivă (presupune introducerea de catetere în vene și injectare de substanță de contrast), ce utilizează razele X pentru urmărirea fluxului de sânge

Teste de laborator

- se pot doza mai multe substanțe care evaluează starea coagulării sângelui: D-dimeri, teste pentru prezența unei trombofilii, teste de coagulare ce verifică eficiența tratamentului anticoagulant



Mai rar se pot utiliza teste mai scumpe, de tipul imagisticii de rezonanță magnetică sau a tomografiei computerizate. Acestea sunt utile mai ales pentru evaluarea vaselor pulmonare dacă se suspicionează o embolie pulmonară.

Tot pentru diagnosticul emboliei pulmonare se mai pot utiliza:

- scintigrafia de ventilație/perfuzie.
- arteriografie pulmonară.
- tomografie computerizată spirală.

Tratamentul trombozei venoase profunde

Scopurile tratamentului TVP sunt:

- oprirea creșterii trombului deja format;
- împiedicarea migrării cheagului către plămâni;
- stoparea formării de alte cheaguri noi.

Principala metodă de tratament în TVP este reprezentată de medicamentele anticoagulante, care subțiază sângele și împiedică formarea de cheaguri.

Tratamentul anticoagulant poate fi:

INJECTABIL: se pot administra:

- **heparine nefracționate (heparină standard):** se administrează de obicei intravenos, în perfuzie continuă; necesită verificarea eficienței tratamentului prin analize de sânge repetate zilnic, și ajustarea dozelor în funcție de rezultatul acestora, sau
- **heparină fracționată** (heparină cu greutate moleculară mică, HGMM, de tipul enoxaparină - Clexane®, reviparină - Clivarine®, dalteparină - Fragmin®, nadroparină - Fraxiparine®, tinzaparină - Innohep®): sunt disponibile ca seringi preumplute și se administrează prin injectare subcutanată, la nivelul abdomenului sau umărului, de 2 ori/zi, în doza indicată de medic; nu necesită monitorizare prin analize de sânge și ajustare de doză. În cazul unui tratament prelungit, HGMM au avantajul că pot fi administrate chiar de pacient sau de un membru al familiei, acasă, după externare.



ORAL: după o primă etapă de administrare de heparine injectabile, și cu o perioadă de suprapunere, tratamentul este continuat cu anticoagulante orale (de tipul Sintrom®, Trombostop®, Acenocumarol®), pentru o perioadă ce variază între 3-6 luni și toată viața (în funcție de factorii de risc asociați și de severitatea bolii). Acest tratament trebuie luat zilnic, după o schemă indicată de medic și monitorizată regulat prin analize de sânge (INR și AP).

Precauții

- în timpul tratamentului anticoagulant pot apărea sângerări mici (de exemplu gingivale la periajul dinților), sau importante (în scaun, urină, hematoame importante): anunțați medicul imediat ce sesizați o hemoragie importantă.
- evitați traumatismele în timpul tratamentului anticoagulant.
- sunt interzise injecțiile intramusculare, deoarece cresc riscul de apariție a unui hematom în mușchi.
- în caz de tratamente stomatologice sau chirurgicale, anunțați medicul că urmați un tratament anticoagulant.
- în caz de sarcină, anunțați urgent medicul curant – anticoagulantele orale nu sunt indicate în sarcină, deoarece acest tratament poate fi nociv pentru făt (pot apărea malformații sau hemoragii severe).

Pentru mai multe informații legate de acest tratament, solicitați și broșura „Tratamentul anticoagulant oral” sau citiți informațiile prezentate pe www.ghidulpacientului.ro!

Dacă TVP se datorează unui tromb mare, extins în sistemul venos, sau dacă se însoțește de embolie pulmonară severă, se pot administra intravenos trombolitice, care pot topi cheagul de sânge. Datorită riscului lor crescut de sângerări, tromboliticele se administrează numai în situații foarte grave.

În cazul în care, în pofida tratamentului anticoagulant, cheaguri de sânge de la nivelul membrelor inferioare migrează către plămâni, se poate insera un filtru la nivelul venei cave inferioare, care funcționează ca o sită, ce permite trecerea sângelui, dar oprește cheagurile.

Dacă piciorul este umflat, se recomandă menținerea lui ridicată față de planul orizontal. Urmați cu strictețe tratamentul prescris de medic, chiar dacă vi se pare îndelungat! Riscurile de reapariție sau de complicație a unei TVP sunt importante, dar pot fi prevenite prin tratament corect!

Prevenția trombozei venoase profunde

Deoarece TVP necesită un tratament de lungă durată și se asociază cu multe complicații putând merge până la deces, este preferabil să se prevină apariția trombilor în sistemul venos. La pacienții care au factori de risc pentru apariția TVP (vezi “Cine are un risc crescut de apariție a trombozei venoase profunde?”), se pot lua măsuri preventive eficiente.

• Mobilizarea – exercițiile fizice

Chiar în condițiile unei imobilizări la pat după operații, fracturi sau din alte motive medicale, trebuie asigurată o mobilizare activă sau pasivă a membrelor inferioare. Soluțiile sunt: mobilizare cât mai precoce posibil după o intervenție, flexia și extensia repetată a gleznelor, genunchilor prin exerciții realizate chiar în pat.

• Ciorapii elastici

Ciorapii elastici exercită o presiune mai mare la nivelul gleznei decât spre genunchi, și astfel favorizează întoarcerea sângelui către inimă.

Ciorapii elastici (medicinali) pot fi procurați din farmacii. Există diverse tipuri, care acoperă întregul picior (cu sau fără chilot) sau doar gamba. Modelul și durata de purtare trebuie discutate cu medicul.

• Compresia pneumatică externă

În jurul piciorului și gambei este plasată o manșetă care exercită presiune intermitentă, mimând astfel presiunea musculară din timpul mersului și favorizând returul venos. Se utilizează la pacienții imobilizați îndelungat, mai ales în servicii de terapie intensivă.

• Heparina cu greutate moleculară mică

După intervenții chirurgicale sau ortopedice, după fracturi, dar și în cursul unor afecțiuni medicale acute (respiratorii, cardiace, boli infecțioase acute severe, afecțiuni oncologice etc.) sau la pacienți neurologici care asociază paralizii, este necesară prevenția TVP prin administrarea pentru o anumită perioadă de medicamente anticoagulante.

Cea mai utilizată modalitate profilactică este reprezentată de heparinele cu greutate moleculară mică (HGMM) de tipul enoxaparină - Clexane®, reviparină - Clivarine®, dalteparină - Fragmin®, nadroparină - Fraxiparine®, tinzaparină - Innohep®.

HGMM au multiple avantaje:

- se administrează cu ușurință, prin injecție subcutanată care poate fi efectuată chiar de către pacient sau un membru al familiei.
- o singură administrare pe zi pentru prevenția TVP.
- nu necesită monitorizare de laborator a acțiunii (vor necesita însă evaluarea numărului de trombocite în caz de tratament prelungit).

Durata administrării de HGMM în prevenția TVP depinde de tipul de intervenție sau de boală, de factorii de risc asociați. Administrarea de HGMM poate fi necesară de la câteva zile la câteva săptămâni, în funcție de indicația medicului; pot fi folosite pentru administrare de lungă durată Clexane®, Clivarine®, Fragmin® sau Fraxiparine®.

Observații

- Fiecare HGMM are proprietăți unice, de aceea NU se recomandă schimbarea lor între ele în timpul tromboprofilaxiei!
- În cazul în care pacientul are un risc crescut de sângerare, se preferă prevenția prin metode mecanice (mobilizare, ciorapi elastici, compresie pneumatică externă intermitentă).
- Aspirina nu este considerată un mijloc eficace de prevenție a TVP!

Călătoriile prelungite și TVP

Deși există controverse în jurul acestui subiect, călătoriile prelungite (peste 4-6 ore) în avion, autocar sau tren, pot conduce la stagnarea sângelui în sistemul venos al membrilor inferioare, crescând astfel riscul de TVP mai ales la pacienții care asociază și alți factori de risc.



De aceea, este important să se ia următoarele măsuri înainte de și pe parcursul călătoriei

- nu purtați ciorapi strâmți, care împiedică întoarcerea venoasă;
- în timpul călătoriei faceți mișcări active ale membrilor, chiar și din poziție așezat (de exemplu flexia și extensia gleznelor, genunchilor);
- beți multe lichide pe tot parcursul călătoriei.

Dacă asociați și alți factori de risc pentru TVP (de exemplu: TVP în antecedente, trombofilie cunoscută, chirurgie majoră recentă, imobilizare, sarcină) puteți lua și următoarele măsuri:

- purtați ciorapi elastici pe perioada călătoriei;
- se va administra o injecție subcutanată de HGMM cu 1-2 ore înainte de plecarea în călătorie, la indicația medicului (nu și dacă urmați deja tratament anticoagulant oral).

Aspirina nu este considerată un mijloc eficace de prevenție a TVP!

Bibliografie

1. **Ghid de prevenție a tromboembolismului venos.** D.Antonescu, L.Gherasim, D.Tulbure, Ruxandra Jurcut. Medicina Internă 2007; 5(1):23-39
2. **Prevention of venous thromboembolism.** Geerts WH, Pineo GF, Heit JA et al. Chest 2004; 126:3385-4005
3. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Prophylaxis of venous thromboembolism.** A National Clinical Guideline. Edinburgh SIGN 2002
4. **Diseases of the Veins. Cardiology Patient Page.** Beckman JA. Circulation 2002;106:2170-2172

Mod de administrare a heparinelor cu greutate moleculară mică

(Urmăriți imaginile ca exemplu pentru metoda de injectare a HGMM)



Injectia trebuie făcută în țesutul subcutanat (sub piele) la nivelul părții laterale a abdomenului, cu păstrarea distanței față de ombilic și de orice leziune prezentă. Dezinfectați pielea și lăsați să se usuce.



Ridicați filmul protector al ambalajului și scoateți capacul seringii



Formați un pli cutanat între degetul mare și arătător. Introduceți vertical acul pe toată lungimea sa în pliul cutanat. Mențineți pliul între degete pe toată durata injectării. Injectați lent substanța.



După injectare, scoateți acul și eliberați pliul cutanat. Dacă apare o picătură de sânge, apăsați câteva secunde-minute cu o compresă.



Acoperiți acul pentru a preveni riscul de înțepare al dumneavoastră sau al altor persoane.



Aruncați imediat seringă într-un coș de gunoi special.

Acest material a fost publicat cu sprijinul

