

Transmurale werkafspraken diagnostiek en behandeling Diep veneuze trombose

Dit document is een samenwerkingsafpraak met de eerste lijn voor patiënten met een diep veneuze trombose. Dit document is gebaseerd op de CBO-concensus “Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van en arteriële trombose”, 2017.

Doelstelling document en werkafpraak

- Adequaat, efficiënt en snel stellen van de diagnose DVT
- Voorkomen van complicaties op korte termijn
- Voorkomen van recidieven en complicaties op lange termijn (m.n. post-trombotisch syndroom)
- Afspraken vastleggen over de taken in de eerste- en tweedelijns en over de taken van betrokken hulpverleners (huisartsen, internisten, dermatologen, radiologen, trombosedienst, SEH)
- Uniforme behandeling van patiënten met diep veneuze trombose

Inleiding:

Een diepe veneuze trombose (DVT) is een veneuze afsluiting in een perifeer vat. Een DVT van het been, betreft een VTE die boven de poplitea loopt. Voor onder de poplitea geldt dat er gesproken wordt over een kuitvene trombose. Er kan onderscheid worden gemaakt in DVT *zonder* uitlokkend moment (unprovoked) en *met* uitlokkend moment (provoked).

Risicofactoren voor ontwikkelen van DVT zijn onder andere:

- recente operatie
- recent trauma
- immobilisatie
- zwangerschap
- postpartum
- recente start van hormonale preparaten (waaronder orale anticonceptie)
- maligniteit
- erfelijke stollingsstoornissen

Differentiaal diagnostische overwegingen bij een in omvang toegenomen been:

- DVT
- Decompensatio cordis
- Infectieus (cellulitis, erysipelas)
- Hypostatisch (veneuze insufficiëntie, chronische dermatitis)
- Geruptureerde Bakerse cyste
- Posttraumatisch (bloeding, myogeen etc.)
- Overigen (bijv. lymfoedeem, obstructie/ruimte innemend proces)

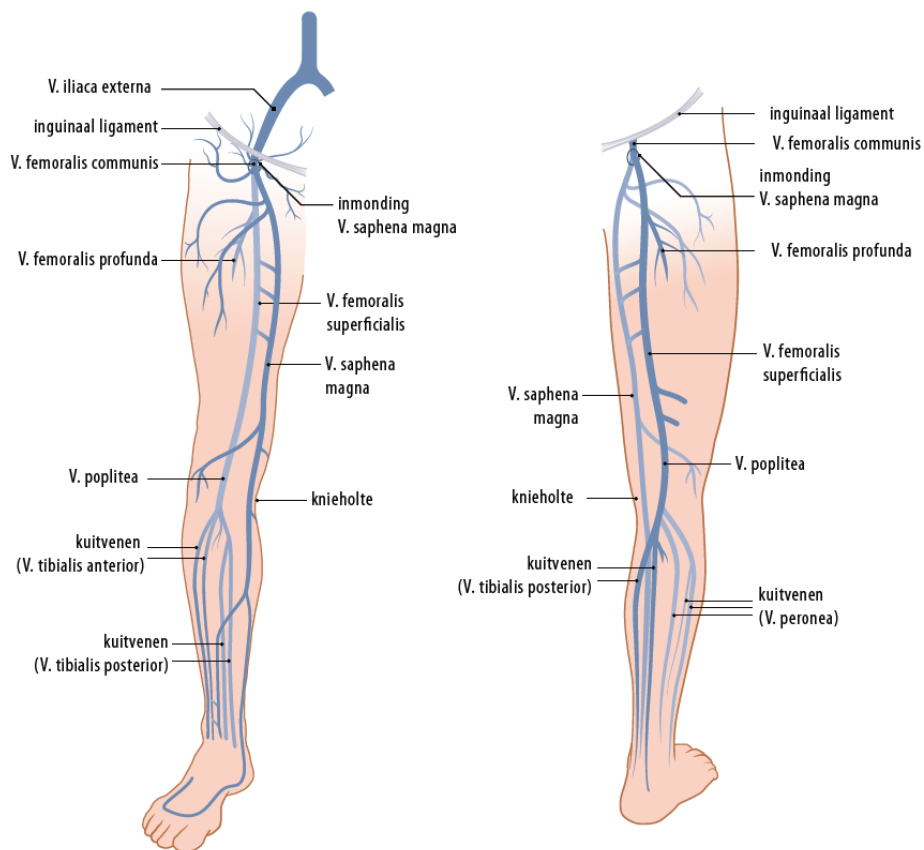
Definities:

Diep veneuze trombose been: trombose vanaf de vena poplitea of hoger.

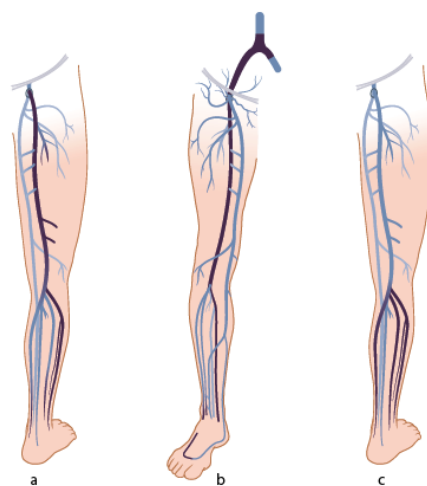
Kuitvenetrombose: (Diepe) kuitvenetrombose trombose van de vena peroneus, tibialis posterior of tibialis anterior zonder uitbreiding in proximale venen.

Kuitspiervenetrombose: trombose van vena gastrocnemicus of vena soleus

Oppervlakkige tromboflebitis: trombose van de oppervlakkige venen waaronder vena saphena magna of parva.



Bron: de Vries *et al*, NTVG 2015



FIGUUR Schematische weergave van de veneuze anatomie van de onderste extremit. (a) Proximale diepe veneuze trombose, (b) bekkenvenetrombose en (c) geïsoleerde kuitvenetrombose.

Bron: de Vries *et al*, NTVG 2015

Huisarts:

Eerstelijns beslisregel (Oudega et al.). Deze regel vervangt in de 1^e lijn de Wells score. Met deze diagnostische regel schat de huisarts de kans op trombose in. Het kan de start zijn van een verwijzing in verband met een mogelijk trombosebeen.

Klinisch gegeven	score
mannelijk geslacht	1
gebruik hormonale anticonceptie	1
aanwezigheid maligniteit (< 6 mnd curatief)	1
operatie ondergaan laatste maand	1
afwezigheid van een trauma	1
uitgezette venen van het been	1
kuitomvang verschil ≥ 3 cm	2

score ≤ 3 : verricht D-dimeertest

score ≥ 4 : geen D-dimeertest nodig

score ≤ 3 én D-dimeertest negatief: DVT onwaarschijnlijk

score ≥ 4 óf D-dimeertest positief: mogelijk DVT, verwijs naar afdeling radiologie voor een echo duplex

Bij een patiënt met verdenking op een DVT hanteert de huisarts de eerstelijns beslisregel DVT (NHG) en bepaalt bij een score ≤ 3 de D-dimeer.

Bij een score ≥ 4 óf bij positieve D-dimeertest en score ≤ 3 volgt de huisarts onderstaand proces.

Bij een patiënt met verdenking op een trombosebeen kan de huisarts een echo Duplex aanvragen :

- Maandag t/m donderdag van 8.00 tot 16.30 uur en vrijdag 8.00-14.00 via de radiologie (**DECT telefoon 058 286 3535**)
- Maandag tot donderdag van 16.30 tot 23.00 uur, vrijdag vanaf 14.00 uur tot maandag 8 uur en op feestdagen via de dienstdoend radioloog (**DECT telefoon 058 286 6666**)

De echo Duplex is mogelijk tot maximaal 16.30 uur. Indien de patiënt niet voor deze tijd in het ziekenhuis kan zijn, vindt de echo de volgende dag plaats. De huisarts geeft patiënt alvast een gift Fraxodi op basis van lichaamsgewicht. (0,6 cc <70 kg, 0,8 cc > 70 kg) of een DOAC.

Bij twijfel of overleg kan de huisarts *24 uur per dag* contact opnemen met de dienstdoende internist (**DECT telefoon 058 – 286 3838**).

De huisarts spreekt met de patiënt een vervolgbeleid af in geval de echo geen afwijkingen laat zien. Een oppervlakkige tromboflebitis wordt in principe behandeld in de eerste lijn.

Radioloog:

- Bij een patiënt met een negatieve echo gaat de patiënt terug naar de huisarts.
- Herhaling van een negatieve echo na 5-7 dagen is alleen noodzakelijk wanneer er toch een sterke klinische verdenking is op een DVT of bij een twijfelachtige uitslag. Radioloog geeft hierover advies bij de uitslag.
- Bij een patiënt met een positieve echo met een DVT of kuitvenetrombose licht de radioloog de patiënt in en belt van ma-vrij tussen 8-17 uur met de dienstdoende internist (3838). De internist beoordeelt of patiënt op de poli interne gezien kan worden of verwijst patiënt door naar de SEH. Buiten kantoortijden wordt de dienstdoende SEH-arts (3112) ingelicht.
- Bij een echo met een oppervlakkige tromboflebitis licht de radioloog de patiënt in en verwijst hem terug naar de huisarts voor behandeling in de eerste lijn.

Behandeling van DVT en kuitvenetrombose (ip in tweede lijn):

Medicamenteus:

- Eerste keus DOAC (voorkeur binnen MCL voor rivaroxaban en apixaban)
- Alternatief bij contra-indicaties. LMWH of acencoumarol
- Patienten met maligniteit: LMWH of DOAC (voorkeur apixaban)
- Zwangeren: LMWH

Duur: provoked en kuitvenetrombose → 3 maanden. Unprovoked → minimaal 3 maanden. Sterk overwegen langdurig

Niet medicamenteus:

Compressietherapie via dermatoloog of flebologieverpleegkundige.

- Steunkous heeft drukklasse 3, tenzij patiënt cardiale, long, reumatische problemen heeft of DM, in dat geval drukklasse 2.
- Afspraak bij internist: na 4-6 weken
- Na aanmeten van steunkous trombose controle bij dermatoloog + duplex na 1 jaar.
- Bij klachten van post-trombotisch syndroom: duur steunkous verlengen
- (post-trombotisch syndroom: in begin mild: stuwing, oedeem; op de langere duur: hypodermatitis en risico op ulcus cruris venosum)

Behandeling van oppervlakkige tromboflebitis (i.p. in eerste lijn):

Behandel patiënten met een spontane oppervlakkige tromboflebitis:

- Bij OVT van tenminste 5 cm
- Bij OVT dichtbij de crosse (binnen 3 cm onder liesplooï of onder knieholte)
- Te overwegen bij: eerder DVT, ernstige symptomen, recente OK en maligniteit

Voorkeur met Fondaparinux 1 dd 2,5 mg s.c. gedurende 45 dagen.

Als alternatief kan een LMWH worden toegediend in een hoog profylactische dosering gedurende 30-45 dagen, zoals fraxiparine 1dd 5700EH s.c.

Het gebruik van DOAC's bij tromboflebitis is off label.

Overweeg daarnaast een compressieve bandage of compressiekous.

Behandeling en follow-up van een oppervlakkige tromboflebitis gebeurt in principe in de eerste lijn.

Acties huisarts bij diagnose van DVT

- De huisarts behandelt de patiënt als geen trombose wordt vastgesteld
- Als er wel een trombose is, dan is de therapeutische taak van de huisarts beperkt.
- De huisarts verricht DOAC controles volgens advies brief internisten. De patiënt is geïnstrueerd over de afspraken die er zijn.

De werkafspraken is aangepast tijdens de Kwaliteitscyclus Interne geneeskunde en Dermatologie, versie 2023.