

AMBULANTNÍ LÉČBA HLUBOKÉ ŽILNÍ TROMBÓZY

MUDr. Zdislava Kasalová¹, MUDr. Zdislava Kasalová jr.²

¹II. interní klinika FNKV, Praha

²III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

S příchodem nízkomolekulárních heparinů na trh se otevírá nová možnost léčení hluboké žilní trombózy ambulantně. V článku jsou zmíněny základní body léčby: nízkomolekulární heparin a warfarin, správná kompresivní léčba a chůze od prvního dne léčby. Toto doporučení léčebného postupu bylo souhrnně prezentováno v srpnu 2004 na 7. sjezdu ACCP (American College of Chest Physicians on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy 2004).

Klíčová slova: hluboká žilní trombóza, nízkomolekulární heparin, kompresivní léčba, chůze.

OUTPATIENT TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS

Low-molecular heparin offer the new prospects for the outpatient treatment. The basic principles: of the modern clinical solution: low-molecular heparin, the relevant compressive therapy and the walking starting the first day of the treatment. The mentioned procedure originate in metaanalysis studies presented in the 7th Conference of American College of Chest Physicians on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence – Based Guidelines.

Key words: deep vein thrombosis, low-molecular heparin, compressive therapy.

Interní Med. 2006; 2: 58–61

Hluboká žilní trombóza je časté onemocnění, jehož incidence stále narůstá. Je to dáno prodloužením délky lidského života i zlepšením diagnostických metod. Stále častěji se s tímto problémem setkávají lékaři všech odborností a na všech úrovních. Určitým mezníkem v léčbě hluboké žilní trombózy byl příchod nízkomolekulárních heparinů na trh. Léčba se tak stává jednodušší, pohodlnější a bezpečnější a zároveň se otevírá možnost ambulantní léčby tohoto onemocnění.

Ambulantní léčba hluboké žilní trombózy ale zprvu měla, a na některých pracovištích dosud má, své odpůrce. Jejich hlavním argumentem je obava z masivní plicní embolie. K té může dojít samozřejmě i za hospitalizace, ale v tom případě je větší naděje na včasný lékařský zásah, zatímco v domácích podmínkách může být tato komplikace fatální. V 90. letech proběhlo několik studií, které dokazují, že ambulantní léčba je nejen stejně účinná a bezpečná jako léčba za hospitalizace (3, 4), ale je i levnější. Metaanalýza těchto studií prokázala dokonce nižší výskyt fatální plicní embolie při ambulantní léčbě (obrázek 1), výskyt komplikace léčby – závažného krvácení byl srovnatelný (obrázek 2). Metaanalýza týchž studií dokázala i dostatečnou účinnost ambulantní léčby – výskyt recidivy trombózy byl dokonce nižší než při léčbě za hospitalizace (obrázek 3).

V současné době by měla být léčba jakéhokoliv onemocnění vedena podle zásad medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine – EBM). Tato doporučení jsou rozdělena do několika kategorií. Jednak podle míry zobecnění na doporučení závazná, platná pro většinu pacientů (I.), a doporučení vhodná v individuálních případech (II.) a dále podle míry věrohodnosti na doporučení potvrzená metaanalýzami či

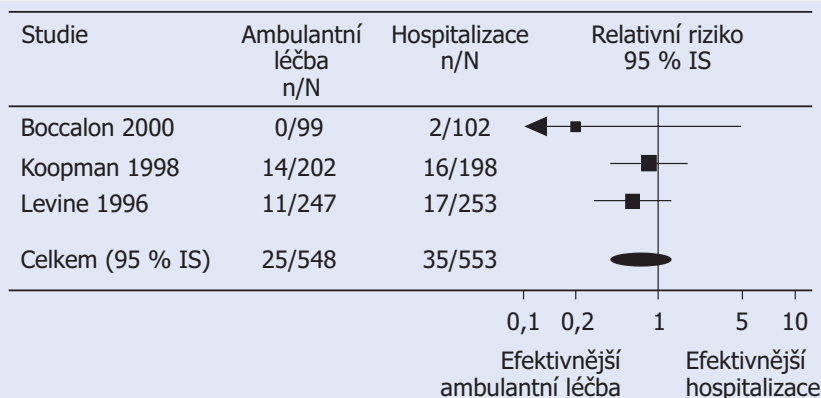
randomizovanými studiemi s konzistentními výsledky (A), doporučení na základě randomizovaných studií s nekonzistentními výsledky (B) a doporučení na základě observačních studií (C). Přehledně je tento systém uveden v tabulce 1. V případě hluboké žilní trombózy byla doporučení léčebných postupů sou-

hrnně prezentována v srpnu 2004 na 7. sjezdu ACCP (American College of Chest Physicians) (2).

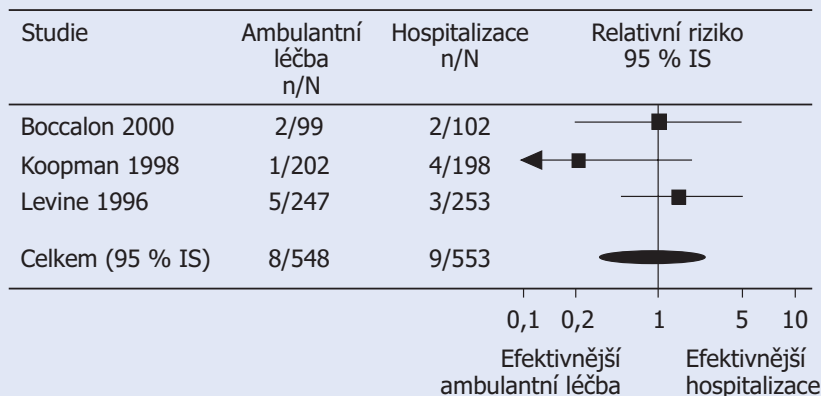
Léčebný postup

Ambulantní léčba hluboké žilní trombózy zahrnuje: 1. léčbu nízkomolekulárním heparinem (I.A.

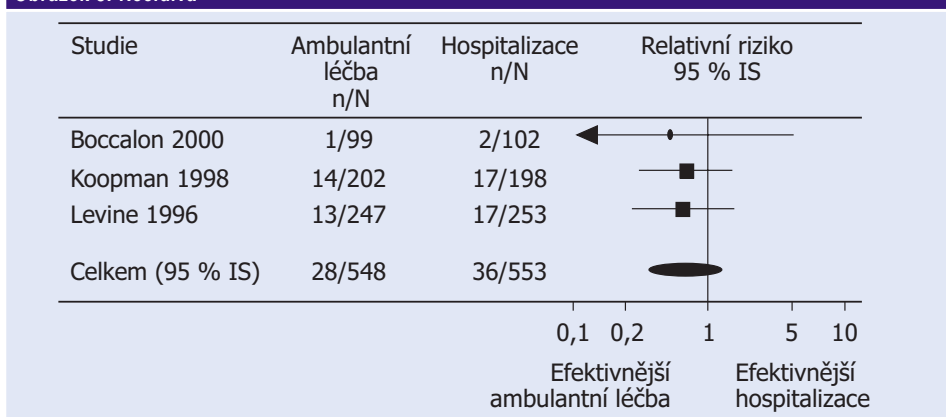
Obrázek 1. Fatální plicní embolie



Obrázek 2. Závažná krvácivá komplikace



Obrázek 3. Recidiva



dle ACCP), 2. kompresivní léčbu, 3. chůzi a 4. léčbu warfarinem.

1. Nízkomolekulární heparin lze podávat 1–2x denně podle typu preparátu, je třeba dbát na správné dávkování podle hmotnosti pacienta. Důležité je přísně subkutánní podání, optimálním místem je břišní řasa v úrovni pupku. V případě intramuskulár-

ní aplikace dochází k jiné resorpci nízkomolekulárního heparinu a zvyšuje se riziko krvácení.

2. Stejně důležitá jako léčba heparinem je v případě hluboké žilné trombózy správná kompresivní léčba. Ta má jednak efekt analgetický a protiedematózní, a hlavně urychluje průtok hlubokým žilním systémem a tím i rekanalizaci. Podle práce Blattera

Tabulka 1. Kategorie doporučení podle medicíny založené na důkazech

Podle míry zobecnění

I. závazná doporučení platná pro většinu pacientů

II. doporučení vhodná v individuálních případech

Podle stupně věrohodnosti

A) doporučení na základě metaanalýz nebo randomizovaných studií s konzistentními výsledky

B) doporučení na základě randomizovaných studií s nekonzistentními výsledky

C) doporučení na základě observačních studií

a Partsche kompresivní léčba významně zlepšuje kvalitu života pacientů zejména rychlejším ústupem bolesti a otoku (1). Ta má být zajištěna punčochami II. či III. kompresivní třídy (I.A. dle ACCP). Prvních několik dní léčby kompresivní punčochy nosí pacient trvale, tedy i v noci, svléká je pouze na sprchování. V rámci prevence posttrombotického sy má pacient nosit kompresivní punčochu alespoň po dobu 2 let od trombózy (I.A. dle ACCP). Ve správné kompresivní punčošce odpovídající velikosti a kvality má pacient cítit úlevu.

3. Na rozdíl od zažitého dogmatu, podle kterého byli – a na některých pracovištích dosud jsou – pacienti s hlubokou žilní trombózou imobilizováni na lůžku, je nyní doporučena mobilizace pacienta dle jeho možností a tolerance (I.B. dle ACCP). V prvních dnech je žádoucí chůze kolem 2 km denně, což představuje běžné přecházení po bytě, postupně lze vzdálenost přidávat (5).

4. Na léčbu nízkomolekulárním heparinem navazuje léčba warfarinem. Ten by měl být podáván od prvního dne současně s LMWH (I.A. dle ACCP). Při správném dávkování by mělo INR být 2–3 (I.A. dle ACCP). Až po stabilizaci INR je ukončena léčba nízkomolekulárním heparinem.

Kdy lze a kdy nelze léčit trombózu ambulantně?

Nezbytná je dobrá compliance. Pacient musí umět pochopit princip choroby a její léčby. Musí vědět, jak postupovat, pokud se objeví komplikace. Další podmínkou je zajištění aplikace injekce v domácích podmínkách – buď samotným pacientem či rodinnými příslušníky. Samozřejmě tak léčíme pouze pacienty, kteří dávají ambulantnímu postupu přednost před hospitalizací. Ambulantně pak nelze léčit pacienty, u nichž je compliance nedostatečná, pacienty se symptomatickou plicní embolií či s masivní ileofemorální trombózou a osoby s vyšším rizikem krvácení (při hepatopatii, vředové chorobě apod.). Relativní kontraindikací ambulantní léčby je ileofemorální trombóza, která představuje větší riziko embolie. Pokud pacient v takovém případě přesto na ambulantní léčbě trvá, lze situaci řešit negativním reverzem.

Co je třeba udělat před aplikací první injekce nízkomolekulárního heparinu?

U pacientů, u nichž zahajujeme ambulantní léčbu trombózy, musíme provést kompletní interní vyšetření. Při něm se zaměříme na pátrání po případné malignitě či krvácivých stavech. Dále provedeme odběr krve na krevní obraz včetně trombocytů, koagulační vyšetření (INR, APTT) a základní biochemická vyšetření (renální funkce, jaterní testy). Poté si pacient po edukaci sám aplikuje první injekci LMWH ještě v ordinaci, pod dohledem sestry.

Co musí mít pacient, když opouští ordinaci?

Samozřejmostí je kompletní lékařská zpráva, která obsahuje přesný rozpis aplikace LMWH a dávkování warfarinu včetně plánu další kontroly INR. Dále musí být uveden postup v případě komplikací, telefonní číslo, na které se může pacient kdykoliv obrátit v případě nejasností a termín další kontroly. Pacient je vybaven receptem na nízkomolekulární heparin a warfarin. V současné době je třeba pro zvýšení úhrady nízkomolekulárního heparinu zdravotní

pojišťovnou na zadní stranu receptu uvést, že hluboká žilní trombóza byla potvrzena sonograficky! Pacient odchází z ordinace s dokonalou bandáží elastickým obinadlem a s poukazem na kompresivní punčochu (správnou velikost a typ – II. či III. kompresivní třídy).

Na co je třeba myslet?

Při absenci zjevných rizikových faktorů trombózy (trombofilie, cestování, operace, úrazy, malignita) je třeba pátrat po etiologii trombózy. Provádíme tedy onkoskrining (vyšetření per rectum, UZ břicha, vyšetření stolice na okultní krvácení, u žen gynekologické vyšetření, u mužů PSA). Dále pátráme po přítomnosti vrozených trombofilních stavů.

Závěr

Správně prováděná ambulantní léčba hluboké žilní trombózy je stejně bezpečná a účinná, pro pacienta velice pohodlná a navíc levnější než léčba za hospitalizace. Asi jedinou nevýhodou je potom podstatně větší pracovní zatížení ambulantního lékaře. Není problém, jak léčit trombózu ambulantně, ale koho tímto způsobem léčit. Lze předpokládat, že takto léčených osob bude s postupem času přibývat.

MUDr. Zdislava Kasalová
II. interní klinika FNKV
Šrobárova 50, 100 34, Praha 10
e-mail: kasalova@fnkv.cz

Literatura

1. Blatter W, Partsch H. Leg compression and ambulation is better than bed rest for the treatment of acute deep venous thrombosis. *Int Angiol* 2003; 22: 393–400.
2. Büller HR, et al. Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126, 3: 401S–428S.
3. Koopman MMW, et al. Treatment of Venous Thrombosis with Intravenous Unfractionated Heparin Administered in the Hospital as Compared with Subcutaneous Low-Molecular-Weight Heparin Administered at Home. *NEJM* 1996; 334: 682–687.
4. Levine M, et al. A Comparison of Low-Molecular-Weight Heparin Administered Primarily at Home with Unfractionated Heparin Administered in the Hospital for Proximal Deep-Vein Thrombosis. *NEJM* 1996; 334: 677–681.
5. Partsch H, Kechavarz B, Kohn H, Mostbeck A. The effect of mobilisation of patients during treatment of thromboembolic disorders with low-molecular-weight heparin. *Int Angiol* 1997; 16: 189–192.