Dokumenttyp	Ansvarig verksamhet	Organisation	Version
Vårdrutin	Områdesledning vårdkvalitet	Region Värmland	7
Dokumentägare Eric Le Brasseur Medicinsk utvecklingsledare och specialist i allmänmedicin	Fastställare Henrik Svensson T.f. biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2024-12-02	Giltig t.o.m. 2026-12-02

Handläggning i öppenvård vid misstanke om DVT och SVT i nedre extremitet

Gäller för: Bild- och funktionsdiagnostik, Hjärt- och akutmedicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad, Sjukhuset Torsby, Slutenvården Sjukhuset Arvika, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Misstanke om djup ventrombos

Enligt nationella riktlinjer är **ultraljud** förstahandsmetoden för utredning på misstanke om djup ventrombos (DVT) i benen. Undersökning utförs primärt från ljumske till och med knäveck och kan kompletteras längre perifert. Patient som har utretts med ultraljud och där DVT har uteslutits, behöver i regel inte besöka akutmottagning.

Vid stark misstanke och kvarstående symtom trots negativa fynd vid ultraljudsundersökning ska ny undersökning göras 7–10 dagar senare.

Flebografi används endast i mycket få fall som kompletterande metod.

Handläggning

Vid misstanke om DVT ska allmänläkare remittera patienten direkt till ultraljud.

Ring alltid röntgenavdelningen för bokning av akut ultraljud:

- Arvika (010-83) **122 99**
- Säffle (010-83) **811 25**
- Torsby (010-83) **473 69**
- Karlstad (010-83) **917 19**
- Kristinehamn (010-83) **862 62**

Röntgenremissen ska innehålla relevant anamnes, inklusive kroniska diagnoser såsom diabetes och eventuell överkänslighet mot läkemedel, särskilt kontrastmedel. Läkemedelslistan i Cosmic ska vara aktuell.

På remissen ska också anges vilket telefonnummer patienten anträffas på.

Patienten ska informeras om att hen vid negativt fynd inte behöver träffa läkare efter undersökningen. Informera patienten att möjlighet finns att kontakta sin vårdcentral följande vardag vid behov.

Undersökningsresultat

- Om misstanken om *DVT bekräftas* hänvisas patienten av röntgenläkare till akutmottagningens medicinsektion.
- I de få fall där *ultraljud är inkonklusivt* hänvisas patienten av radiolog till akutmottagningen efter ultraljudsundersökning. I Säffle och Kristinehamn hänvisas patienten till remitterande vårdcentral.

Handläggning under jourtid, kväll och natt

Patient med misstänkt DVT ska bedömas men behöver i allmänhet inte utredas med ultraljud kväll eller natt.

Om undersökningen kommer till stånd först nästa dag, och den kliniska misstanken är stark, bör blodförtunnande behandling övervägas. Till i övrigt friska personer med normal njurfunktion och utan känd förhöjd blödningsbenägenhet ge engångsdos lågmolekylärt heparin, till exempel injektion Fragmin 200 E/kg kroppsvikt subkutant. Diskutera med medicinjour vid tveksamhet.

I de fall ultraljudsundersökningen sker nästa dag ombeds patienten ringa till aktuell röntgenmottagning nästkommande morgon för tidsbokning.

Akut ultraljud kan vid misstanke om DVT göras i Karlstad på helger, samt till stor del även i Arvika och Torsby dagtid under helger. I Arvika och Torsby finns en organisation med länsjour/beredskap där tjänstgörande röntgenolog i beredskap för Arvika och Torsby kan nås via Region Värmlands växel (010-83) **150 00.**

Misstanke om ytlig ventrombos (SVT)

Tromboflebit i ytlig ven, superficiell venös trombos (SVT) drabbar i 60-80 % av fallen vena saphena magna och i 10-20 % av fallen vena saphena parva. I cirka 80 % av fallen föreligger varicer.

Vid SVT beräknas samtidig DVT föreligga vid 15-20 % och lungemboli vid 4-8 % av fallen (distala små tromboflebiter ej inräknade).

Förhöjd risk

Risken för samtidig djup ventrombos är förhöjd vid ett antal olika tillstånd:

- Proximal och mer omfattande utbredning (på låret, mer än 10 cm i längd)
- Lokalisation mindre än 5 cm från mynning till djupa systemet-knäveck, ljumske
- Tidigare förekomst av DVT
- Trombofili
- Malignitet
- Östrogenbehandling, graviditet
- Avsaknad av varicer
- Samtidig ensidig bensvullnad

Migrerande eller återkommande tromboflebiter i både armar och ben är malignitetstecken.

Handläggning vid SVT

Ultraljud bör genomföras vid SVT med ökad risk för DVT enligt listan ovan.

Tag kontakt med röntgen telefonledes. Patienten kallas om möjligt till röntgenavdelningen samma dag.

På remissen ska anges vilket telefonnummer som patienten anträffas på.

Om ultraljudsundersökning inte går att ordna samma dygn och den kliniska misstanken är stark bör blodförtunnande behandling övervägas. Till i övrigt friska personer med normal njurfunktion och utan känd förhöjd blödningsbenägenhet ge engångsdos lågmolekylärt heparin, till exempel injektion Fragmin 200 E/kg kroppsvikt subkutant. Diskutera med medicinjour vid tveksamhet.

Undersökningsresultat

- Vid positivt fynd av SVT som är större än 10 cm eller ligger nära ingång till djupa systemet hänvisas patienten vidare till akutmottagningen från röntgenavdelningen
- Vid fynd av samtidig DVT handläggs patienten enligt rutinen för DVT

Behandling av SVT

För distala, begränsade SVT på underbenet räcker symtomatisk behandling med NSAID, lokalt eller per os om inga kontraindikationer föreligger. Alternativt kan Hirudoidsalva användas. Kompressionsstrumpa klass 1-2 rekommenderas.

Vid SVT med ökad risk för spridning till djupa systemet ska blodförtunnande behandling ges. Det finns ingen entydig behandlingsrekommendation.

Vid pågående cancersjukdom ska behandlingen individualiseras, ofta längre behandlingstid. Läkare som har ansvar för patientens grundsjukdom kontaktas för övertag av behandlingsansvar.

Före behandlingsstart ska prover ingående i provpaketet AK-prover beställas och bedömas.

Behandlingsförslag:

- Arixtra 2,5 mg 1x1 i 30-45 dagar, ***ej vid följande tillstånd:***
  - Graviditet och amning
  - eGFR <30 (försiktighet vid eGFR 30-50)
  - kroppsvikt <50 kg, vid tromboflebiter belägna nära konfluensen till det djupa systemet
  - upprepade tromboflebiter i närtid, aktiv cancersjukdom
- Xarelto 10 mg x 1 i 45 dagar om inga kontraindikationer föreligger
- LMH i fulldos under 1-2 veckor, (till exempel Fragmin 200 E/kg eller Innohep 175mg/kg) därefter halverad dos i ytterligare 4-6 veckor. Obs dosreduktion enligt FASS vid gravt nedsatt njurfunktion (eGFR <30)
- Kompressionsstrumpa bör användas

Uppföljning

Vid utbredd eller återkommande SVT bör malignitet uteslutas.

Vid återkommande SVT finns indikation för kärlkirurgisk åtgärd.

Överväg kontroll av TPK en vecka efter insatt LMH (för att upptäcka eventuell heparininducerad trombocytopeni)

Referens

Djup ventrombos - 1177 för vårdpersonal

Utarbetad av: Elisabeth Silfverbrand, Eric Le Brasseur