

Djup ventrombos, riktlinjer för handläggning, Region Gävleborg

Innehåll

Djup ventrombos, riktlinjer för handläggning, Region Gävleborg	1
Syfte och omfattning.....	1
Riktlinjer för omhändertagande av patienter med misstänkt djup ventrombos (DVT).....	1
Allmänt	1
Ansvar och roller	1
Beskrivning.....	2
Dokumentinformation	5

Syfte och omfattning

Riktlinjer för omhändertagande av patienter med misstänkt djup ventrombos (DVT).

Allmänt

DVT är en relativt svårdiagnosticerad sjukdom. Behovet av bilddiagnostik kan reduceras med sammanvägning av riskbedömning och D-Dimer-bestämning. För riskbedömning använder man Wells score, se tabell nedan. Patienterna kan då delas upp i två kategorier, de med låg sannolikhet och de med hög sannolikhet för DVT.

Ansvar och roller

Den remitterande läkaren har ansvar för att relevanta fakta, inklusive Wells score, finns på röntgenremiss.

Röntgenavdelningen ansvarar för diagnostiken samt att patienter med positivt fynd hänvisas till korrekt instans (medicinjouren).

Remitterande läkare har patientansvar vid negativt svar och vid positivt svar fram tills att patienten blivit omhändertagen på medicinakuten.

Medicinkliniken ansvarar för behandling av patienter med konstaterad djup ventrombos.

Beskrivning

Riskscoreevaluering:

(Wells et al J Thrombosis and Haemostasis 1:645-651)

Anamnes/kliniska fynd	Poäng
Aktiv tumörsjukdom (behandling under de senaste sex månaderna)	+ 1
Förlamning, nedsatt rörlighet eller gipsning av nedre extremitet	+ 1
Nyligen sängliggande mer än tre dagar eller större kirurgi inom senaste 12 veckorna	+ 1
Lokal ömhet djupa vensystemet	+ 1
Svullnad av hela benet (mät!)	+ 1
Underbenet mer än 3 cm tjockare än andra benet (mät 10 cm nedanför Tuberositas tibiae!)	+ 1
Pittingödem enbart i det symtomgivande benet	+ 1
Vidgade ytliga kollaterala vener (ej varicer)	+ 1
Tidigare dokumenterad DVT	+ 1
Annan diagnos minst lika sannolik som DVT	- 2

Sannolikhet för DVT:

	Låg sannolikhet	Hög sannolikhet
Siffrorna summeras:	< 2 poäng	≥ 2 poäng

För patienter som har låg klinisk sannolikhet, dvs. har under 2 poäng enligt Wells evalueringsinstrument, kompletterar man med en D-Dimertest om detta är praktiskt möjligt.

För primärvårdens del kan detta vanligen endast ske i de fall man kan avvakta svar på analys till kommande dag. Snabbtester på Hälsocentral för D-Dimer rekommenderas ej.

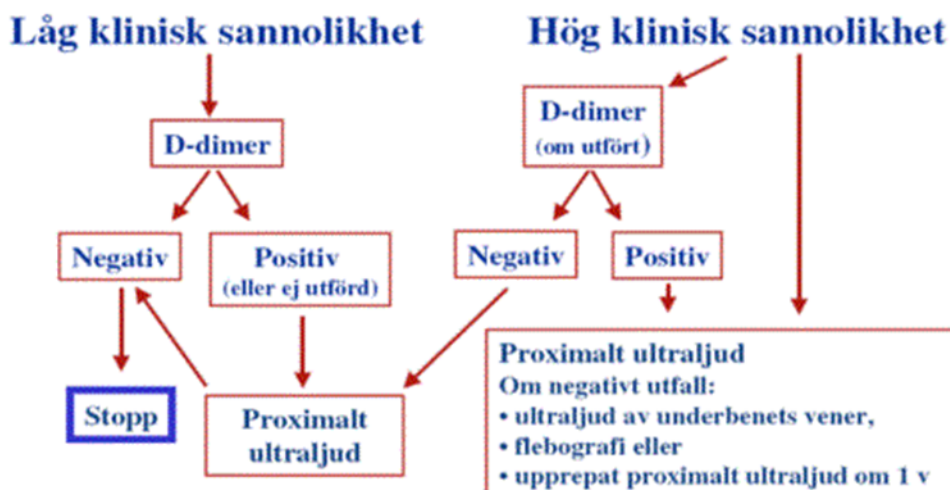
För patienter med låg sannolikhet för DVT där D-Dimertest utfaller negativt behövs ingen ytterligare åtgärd avseende DVT.

Remiss för ultraljud skrivs för patienter med hög sannolikhet för DVT samt för de med positivt D-Dimertest.

OBS Hänsyn bör tas till att Well's diagnostikstöd ej är utvärderat för patienter med P-piller, behandling med östrogen, graviditet, postpartum 8v.

Utredningsalgoritm vid misstänkt djup ventrombos (Socialstyrelsen 2004):

Djup ventrombos – diagnostisk algoritm



Algoritmen gäller i första hand polikliniska patienter men kan även användas för att underlätta bedömning av sjukhusvårdade patienter. Man får dock räkna med att oftare få falskt positiva D-dimer pga. flera samtidiga sjukdomar, t ex infektioner. Vid låg klinisk sannolikhet utesluter normal D-dimer med hög säkerhet aktuell DVT. Ultraljud eller andra objektiva metoder behöver då inte utföras. D-dimer har hög sensitivitet, men låg specificitet vid DVT. D-dimer analyseras enbart vid låg klinisk sannolikhet. D-dimer anses osäker vid symtom > 14 dagar.

För patienter med hög klinisk sannolikhet enligt Wells **kan Fragmin erbjudas** före ultraljudsundersökningen. Doser enligt nedan.

Ordinera Fragmin 200 E/kg subkutant en gång dagligen och använd engångssprutor enligt följande:

Vikt (kg)	Fragmin (endosspruta) 25 000 E/ml
46 – 56	10 000 E (0,4 ml)
57 - 68	12 500 E (0,5 ml)
69 – 82	15 000 E (0,6 ml)
> 82	18 000 E (0,72 ml)

Remissen för ultraljudsundersökningen skickas som elektronisk akutremiss, alternativt tas telefonkontakt med lokal röntgenavdelning, och därefter faxas remiss/alternativt remiss i hand på patienten om tid för undersökning kan meddelas direkt. Detta beroende på lokala förutsättningar på respektive ort i länet.

Glöm inte att ange telefonnummer som patienten direkt kan nås på om så erfordras.

Det är viktigt att det tydligt framgår på remissen vilken poäng patienten har erhållit när man gjort riskscore-evaluering enligt Wells.
Detta för att underlätta prioriteringen på röntgen.

Patenten förses även med en skriven **remiss till medicinjouren**, dit patienten kan komma att hänvisas efter undersökningen på röntgen, se nedan;

Om undersökningen utfaller positivt för DVT hänvisas patienten till medicinjouren för bedömning och inledning av behandling.

Om undersökningen är negativ hänvisas patienten tillbaka till inremitterande enhet.

Remitterande läkare bör ha instruerat patienten, innan remiss, vad som ska ske vid negativt utfall av UL (ställningstagande till andra differentialdiagnoser; erysipelas m.m.).

Om misstanken om DVT kvarstår en vecka efter initial undersökning ska patienten undersökas igen med ultraljud enligt flöde ovan. Om undersökningen då är svårtolkad eller misstanken stor, trots negativt ultraljud, kan flebografi utföras. Detta initieras normalt av röntgenläkaren.

Vid säkerställd DVT:

Medinakuten ansvarar utöver det akuta omhändertagandet för följande:

- Insättning av lämplig antikoagulantibehandling.
- Receptförskrivning för planerad behandlingstid med antikoagulantia.
- Planering av uppföljning.

Uppföljande enhet

- Fastställer behandlingstid med antikoagulantia.
- Genomför koagulationsutredning om man finner detta indicerat. I normalfallet ansvarar medicinkliniken för patienter som genomgår koagulationsutredning tills den är klar.

Remittent ansvarar för:

- All övrig uppföljning, inkluderande eventuell utredning av bakomliggande orsak.

Behandlingsansvar och ordinationsansvar för antikoagulantibehandling skiljer sig åt i länet och sker därför efter lokala rutiner, till dess en länsgemensam rutin skapats.

Lokal rutin Gällande Bollnäs/Söderhamn:

[Akuta ultraljuds- och datortomografiundersökningar Röntgen Bollnäs och Söderhamn \(09-507016\)](#)

Dokumentinformation

Dokumentet har framtagits i samråd mellan Medicin, Primärvård och Bild och funktionsmedicin och granskats av ÖL Granskare Lars Svennberg.