

THROMBOPHLEBITIS SUPERFICIALIS V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D.

Ambulance dermatologické angiologie, Brno

Povrchová tromboflebitida (thrombophlebitis superficialis – TS) byla donedávna považována za benigní onemocnění, často se vyskytující na terénu varikózně změněných žil. Správná diagnostika a adekvátní a včasné zahájená terapie může v mnoha případech vést k rychlému ústupu potíží. Naopak TS kmenových žil v blízkosti perforátorů bérce a safenofemorální a safenopopliteální junkce představují zvýšené riziko rozvoje hluboké žilní trombózy a plicní embolie.

Klíčová slova: thrombophlebitis superficialis, klinický obraz, diagnostika, terapie.

Med. Pro Praxi 2006; 4: 188–189

Thrombophlebitis superficialis (TS) představuje poměrně běžné onemocnění, vyskytuje se asi u 1 % obyvatel. Ve věku 20 let se asi 2 % lidí setkala s tímto onemocněním, ve věku 70 let je to již asi 23 % (1). U pacientů s rozvinutými varixy je riziko výskytu TS u 20–50 % případů (14).

Etiologie

Jako nejčastější etiologické příčiny rozvoje TS se uvádějí poruchy toku a stáza krve v žilním systému a postižení endotelu žilní stěny. Stále více se však do popředí dostává i souvislost s trombofilními stavy. Rizikový je zvláště deficit přirozeně se vyskytujícího antikoagulantu – antitrombinu III (4, 6). Další častou trombofilii je heterozygotní mutace koagulačního faktoru V (Leidenská mutace) (3, 11). Trombofilní stavy hrají zvláště významnou roli u tromboflebitid, které nejsou vázané na varikózně změněné žíly. V těchto případech lze prokázat trombofilii až u 50 % jedinců (11).

K rizikovým faktorům pro výskyt TS je nutné uvést mimo výskyt varixů také věk nad 60 let, obezitu, imobilizaci, kouření a výskyt povrchové tromboflebitidy nebo flebotrombózy v anamnéze (4). Riziko rozvoje TS je zvýšené v období těhotenství, šestinedělí, při léčbě vysokými dávkami estrogenů a kontraceptivy (14). Nezřídka se setkáváme i s projevy TS pod místem strangulace kompresivní bandáží nebo nesprávně aplikovanou kompresivní punčochou.

Klinický obraz

TS se většinou vyskytuje na varikózně změněných žilách (varicophlebitis). Může však postihovat i nevarikózně změněné žíly (thrombophlebitis superficialis vulgaris). Příčinou rozvoje tohoto typu TS je často trombofilie, zánětlivý stav, autoimunitní onemocnění, asociovaná nádorová onemocnění nebo úraz (11). Ve vzácných případech (např. po kanylaci žíly nebo po skleroterapii) může dojít k rozvoji septické tromboflebitidy. Toto onemocnění představuje velmi zá-

važnou komplikaci, neboť v žíle dochází k tvorbě mikroabscesů s následným rizikem embolizace do oběhu (12). Pod lehce odlišným klinickým obrazem probíhá migrující tromboflebitida (thrombophlebitis migrans), která bývá většinou lokalizována na extenzorových a zevních stranách končetin, bývá poměrně povrchově uložená a postihuje žilní úseky v rozsahu do 10 cm. Lokalizace žilního onemocnění se často mění. Tyto zánětlivé změny žilní stěny mnohdy provázejí maligní onemocnění nebo fokální infekce (1, 13). Atypickým klinickým obrazem TS je morbus Mondor, kdy dochází nejčastěji v oblasti v. thoracoepigastrica k tvorbě podélně uloženého, tuhého provazce v oblasti přední strany hrudníku, ke zvýraznění klinického obrazu dochází po elevaci horní končetiny (1). V případě této TS je nutné vyloučit karcinom mammy, většinou se však jedná o benigní postižení (12).

TS je charakterizována zánětlivou reakcí žíly (phlebitis) a jejího okolí (periphlebitis), provázenou úplnou nebo částečnou trombotickou okluzí povrchových žil. Klinicky je hmatatelná infiltrace v oblasti žíly, nad ní je patrný erytém, na dotek je kůže teplá, postižená oblast je bolestivá, pohmatem se bolestivost zesiluje. Zvláště rozsáhlé TS a TS lokalizované kolem kloubů limitují nemocného v chůzi pro svou bolestivost. Otok se vyskytuje u TS spíše v okolí postižené žíly. Povrchová tromboflebitida nebývá provázena febriliemi, výjimku tvoří septická tromboflebitida, kdy je onemocnění provázeno septickými teplotami. Nehledě na typ TS dochází po odeznění akutních příznaků v některých případech zcela k ústupu zánětlivé reakce a k rekanalizaci žíly. U některých pacientů však přetrvávají po odeznění TS hyperpigmentace anebo reziduální vazivové změny žíly, event. s kalcifikací.

Diagnostika

Diagnóza TS se dá v mnoha případech velmi snadno stanovit na základě typického klinického obrazu. Dle posledních studií se však stále ví-

ce objevují u poměrně vysokého procenta pacientů (23–36 % dle různých autorů) současně i projevy flebotrombózy, čímž se zvyšuje i riziko rozvoje plicní embolie (3, 11). Příčinou je přechod trombu v místech perforátorů na bérce nebo v oblasti safenofemorální a safenopopliteální junkce. V některých případech je však zachycena trombotická okluze bez návaznosti na lokalizaci TS, dokonce i na kontralaterální končetině (9). Z toho důvodu je nutné u pacientů s kmenovou tromboflebitidou, zvl. ascendentní nebo lokalizovanou v místě ústí vena saphena magna a parva, provést vždy duplexní sonografické vyšetření k vyloučení hluboké žilní trombózy.

V případě TS, která se rozvíjí na nevarikózně změněné žíle je vhodné vyšetření trombofilii (antitrombin III, mutace koagulačního faktoru V). V případě migrující flebitidy je vhodné vyloučení fokální infekce, autoimunitního a nádorového onemocnění.

Terapie

Léčba většiny nemocných s TS je možná ambulantně. Výjimku tvoří septické flebitidy, které vždy vyžadují intenzivní terapii za hospitalizace. V případě koincidence TS a flebotrombózy záleží na lokalizaci a rozsahu postižení hlubokého žilního systému a samozřejmě na dostupnosti lékařské péče a compliance pacienta, zda zvolíme ambulantní léčbu nebo léčbu za hospitalizace.

Terapie nekomplikované TS, postihující distální úseky velké safény (VSM – vena saphena magna) a postranní větve VSM

Základem léčby TS v této lokalizaci je aplikace kompresivní bandáže (16). Správná komprese ovlivňuje žilní systém několika způsoby. Zevní tlak vede k redukci žilní dilatace. Ve vzpřímené poloze komprese zrychluje ortográdní tok krve a snižuje žilní reflux (15). Aplikace krátkotažných obinadel vede ke snížení žilní hypertenze (2). Kompresivní léčba ovliv-

ňuje výrazně i mikrocirkulační parametry – snižuje kapilární filtraci a zvyšuje reabsorpci a lymfatickou drenáž a současně ovlivňuje lokální protizánětlivý účinek, stimuluje fibrinolýzu, zvyšuje lokální obsah kyslíku ve tkáních. Tento účinek pak nepřímo ovlivňuje ústup bolesti a má pozitivní vliv na ústup zánětlivé reakce (2, 8, 15, 18). K aplikaci komprese nejčastěji používáme krátkotažná obinadla. Tento typ obvazu je typický vyšším pracovním tlakem oproti obinadlům dlouhotažným. Díky nízkému klidovému tlaku může být aplikován na končetině i několik dnů, není nutné jej sundávat na noc. Cílem správné kompresivní bandáže je vytvořit dostatečný odpor lýtkovým svalům a stimulovat činnost žilné svalové pumpy. Síla komprese pod obvazem by měla simulovat fyziologický tlakový gradient v žilním systému, tedy maximum tlaku distálně, proximálně tlak pod bandáží klesá (10). Aplikaci kompresivní bandáže začínáme za prsty, pokračujeme přes patu, výška bandáže je závislá na rozsahu TS. Kompresivní bandáž by měla vždy být aplikována v dostatečném rozsahu proximálně nad místo TS, nikdy nesmí být zakončena v místě TS nebo těsně nad ní. K vytvoření dostatečného tlaku pod kompresivním obvazem je nutná aplikace 2 kompresivních obinadel šíře 8 a 12 cm k bandáží do podkolenní a 1 obinadla šíře 8 cm a 3 obinadel šíře 12 cm k bandáží do třísla. Obvaz vždy aplikujeme při dorsální extenzi nohy, abychom předešli tvorbě nežádoucích záhybů a následné strangulaci končetiny. Pod místem strangulace je zvýšené riziko progresu flebitidy. Z toho důvodu je vhodné na místo nártu a podkolenního kloubu a na oblast flebitického postižení končetiny aplikovat pod bandáž ještě polstrovací vatový obvaz, který vede k rovnoměrnému rozložení tlaku pod kompresivním obvazem. Aplikace kompresivních elastických punčoch je vhodná až po odeznění akutních zánětlivých projevů. Mobilizace pacienta je nedílnou součástí léčby. Pohyb s kompresí zlepšuje funkci žilně-svalové pumpy a zvyšuje již výše uvedený vliv komprese na žilní systém.

Celkově i lokálně lze aplikovat nesteroidní antiflogistika k potlačení zánětlivé reakce. Obdobně lze využít i některých venofarmak s popsaným antiflogistickým a antiedematózním účinkem (14). Velmi dobře se osvědčuje v těchto případech lokální aplikace heparinu. Absorbce heparinu při lokální aplikaci závisí na typu nosiče a koncentraci heparinu. Z tohoto pohledu se nejlépe jeví aplikace liposomálního heparinu. Účinnost tohoto přípravku se sou-

časně aplikovanou kompresí je dle některých studií srovnatelná svým účinkem na ústup otoku, bolesti a délky trombu s celkově podávaným nízkomolekulárním heparinem (LMWH) u pacientů s TS (5,7). Aplikace antibiotik v léčbě tohoto typu TS je neopodstatněná.

Terapie TS v povodí proximálního úseku VSM a VSP (vena saphena parva – malá saféna), septická TS

V případě lokalizace TS v povodí VSM na stehně a v lokalizaci blízko safenofemorálního a safenopopliteálního ústí je nutná aplikace terapeutické dávky LMWH s následnou antikoagulační léčbou alepoň po dobu 6 týdnů, pokud není prokázána žilní trombóza (4). V případě ascendentní TS je indikována ligatura safenofemorálního ústí, aby se zabránilo progresi trombu a následná krátkodobá aplikace LMWH v profylaktické dávce po dobu 1–6 týdnů (4, 11, 17). Další léčebná opatření jsou obdobná jako v případě terapie nekomplikované TS, tedy aplikace kompresivní bandáže, mobilizace pacienta, terapie venofarmaky s prokazatelným protizánětlivým a antiedematózním účinkem.

V případě rozvoje septické TS je nutná ihned parenterální aplikace antibiotik, event. exstirpace infikovaného trombu a aplikace kompresivní bandáže (17).

Závěr

Terapie nekomplikované TS, postihující postranní větve kmenových žil, je možná v ambulanci praktického lékaře za dodržení zásad správné komprese, mobilizace pacienta a doporučené celkové a lokální léčby.

V případě postižení kmenových žil, zvláště v případech rozsáhlých TS v oblasti VSM na bérce a vždy při TS v povodí VSP a proximálních úseků VSM, je zvýšené riziko přechodu trombu do hlubokého žilního systému s následným rozvojem flebotrombózy nebo koincidence flebotrombózy bez návaznosti na postižení povrchového žilního systému. V těchto případech je nutné důsledné vyšetření žilního systému obou dolních končetin duplexní sonografií, sledování průběhu onemocnění a terapie na specializovaném angiologickém pracovišti. Jen tak lze zabránit rozvoji závažné komplikace, plicní embolie.

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D.
Ambulance dermatologické angiologie
Jamborova 22, 615 00 Brno
e-mail: zuz.navratilova@seznam.cz

Literatura

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H. Dermatología a venerología. Martin 2001: 757–759.
2. Coleridge Smith PD. The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an international task force. Phlebology 1999; 14(Suppl. 1): 30–34.
3. Gillet JL, Perrin M, Cayman R. Thrombotic Recurrence after Superficial Thrombophlebitis of the Lower Limbs. Journal of Phlebology 2002; 2: 103–110.
4. Gloviczki P, Yao JST. Handbook of Venous Disorders. London 2001: 179–183.
5. Górski G, Szpiński P, Michalak J, Marianowska A, Borkowski M, Trochimczuk M, Brotniak J, Šárník S, Seménka J, Wilkowski D, Noszczyk W. Liposomal Heparin Spray: A New Formula in Adjunctive Treatment of Superficial Venous Thrombosis. Angiology 2005; 56: 9–17.
6. Hanson JN, Ascher E, De Pippo P, Lorensen E, Scheinman M, Yorkovich W, Hingorani A. Saphenous vein thrombophlebitis: a deceptively benign disease. Journal of Vascular Surgery 1998; 27: 677–680.
7. Katzenschlager R, Ugurluoglu A, Minar E, Hirschl M. Liposomal Heparin-Spraygel with Subcutaneous Low Molecular Weight Heparin in Patients with Superficial Venous Thrombosis. A Randomised, Controlled, Open Multicentre Study. Journal für Kardiologie 2003; 10: 375–378.
8. Lentner A, Wienert V. Influence of Medical Compression Stockings on Venolymphatic Drainage in Phlebologically Healthy Test Persons and Patients with Chronic Venous Insufficiency. International Journal of Microcirculation 1996; 16: 320–324.
9. Lutter KS, Kerr TM, Roederscheimer LR, Lohr JM, Sampson MG, Cranley JJ. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. Surgery 1991; 110: 42–46.
10. Navrátilová Z. Ulcus cruris – diagnostika a léčba. Interní medicína pro praxi 2003; 5: 184–189.
11. Perrin M, Gillet JL. A review of superficial thrombophlebitis of the lower limbs. Phlebology 2002; 69–732.
12. Puchmayer V, Roztočil K. Praktická angiologie. Praha 2003: 174–176.
13. Puchmayer V. Trombophlebitidy. Praktická flebologie 1999; 8: 13–14.
14. Raake W, Binder M. Liečba povrchovej trombophlebitidy. Seprátny výťažok z Hämostaseologie 2002; 22: 149–1535.
15. Reichardt LE. Venous Ulceration: Compression as the Mainstay of Therapy. JWOCN 1999; 26: 39–47.
16. Seyček J. Zásady optimální léčby zánětů povrchových žil. Praktická flebologie 2003; 12: 34–37.
17. Slezák V, Šefránek V, Tomka J, Molčan T, Dulka T, Kotzmann L. Stratégia liečby povrchovej trombophlebitidy dolných končatín. Praktická flebologie 1996; 5: 99–100.
18. Švestková S. Kompresivní terapie žilních onemocnění. Praktická flebologie 1998; 7: 20–21.