

Genezen van trombose ?

Spreekuur van de
Verpleegkundig Specialist in het
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam

Inhoud

- Introductie
- Opzet vasculaire poli binnen OLVG
- Rol Verpleegkundig Specialist (VS) bij patiënten met trombose
- Doel spreekuur van VS
- Casuïstiek

CBO Richtlijn Veneuze Trombo-Embolie 2009

ACCP Guidelines 2012

Website Vasculaire Geneeskunde AMC

www.LAREB.nl

Farmacotherapeutisch Kompas

www.drugs.com/drug_interactions.html



Opzet vasculaire poli OLVG 2005

- versnipperde zorg
- achterblijven OLVG

Rol & doel Verpleegkundig Specialist (VS) bij patiënten met trombose

- acut optredende aandoening
- brede range leeftijden
- duidelijk aanspreekpunt voor patienten als collega's

Inhoud spreekuur

- < 2-3 weken op poli
- vragen beantwoorden, uitleg anatomie, anamnese, lichamelijk onderzoek
- bijwerkingen ?
- vervolgspraken bv x-thorax, aanvullend lab, coloscopie
- deelname aan IDEAL studie

Vragen/opmerkingen patiënten

- angst voor CVA/MI
- kans op PE
- wanneer aanmeten steunkous
- duur behandeling
- stollingsonderzoek
- sporten, sauna, bewegen

Prevalentie DVT/PE OLVG 2014

Uitgesplitst in

- DVT : 90
- PE : 36

Casus 1

Mw K, 30 jaar
diep veneuze trombose links
half april 2013

Casus 1

- uitlokkende factor ? immobilisatie ? ziek geweest ? lange vliegtreis gemaakt ?
- medische voorgeschiedenis?
- medicatie gebruik?
- familie anamnese ?
- stabiel gewicht ? goede eetlust ? afkeer voedingsmiddelen ? dysfagie ? heesheid ? nachtzweeten ? moe ? veranderd defaecatiepatroon ?

Vervolg casus 1

- eind maart enkelbandletsel waarvoor tape en minder mobiel geweest
- slikt de anticonceptiepil
- roken sporadisch
- familie anamnese: DVT-, oma maligniteit (locatie onbekend, overleden 35^e)
- advocate, relatie, kinderen-, kinderwens korte termijn-, fietst elke dag 40 km, sport-

Wat hebben we ?

- 30 jarige vrouw
- VG enkelbandletsel waardoor tijdelijk inmobiel
- pilgebruik en incidenteel roken

diagnose/advies?

Diagnose casus 1:

- uitgelokte DVT
- na trauma en immobilisatie
bij pilgebruik en roken

zonder b symptomen

behandeling?

Behandeling casus 1

3 maanden acenocoumarol

overwegen staken de pil, alternatieve
anticonceptie

advies stop roken

Casus 2

Mijnheer K, 79 jaar zelfverwijzing SEH
sinds woensdag een pijnlijk been links, begon bij
de hiel, trok door naar boven. Heeft been hoog
gelegd in de hoop dat klachten zouden weggaan.
Donderdag was been slanker, alleen voelde wel
heel hard aan
VG van oa bovenbeensamputatie rechts ivm
arterieel vaatlijden

Anamnese casus 2

- is rolstoelgebonden maar alleen buitenshuis
- recent ziek geweest -, vliegreis gemaakt-, doorgemaakt trauma-.
- roken: 18 jaar geleden gestopt, ruim 40 packyears
- flinke medische voorgeschiedenis, w.o. COPD, arterieel vaatlijden, diabetes mellitus 2, bovenbeensamputatie rechts met fantoompijn, hypercholesterolemie
- medicatie gebruik: simvastatine, metformine, ascal, omeprazol, temazepam, ventolin
- familie anamnese : dochter van 51 met DVT en longca
- sociaal : 2 jr weduwnaar, 2 dochters, geheel zelfstandig ADL en huishouding, 3x p/wk zwemmen, 5 x p/w tafeltennis

Vervolg anamnese

- bewust 15 kg afgevallen met een dieet bij goede eetlust, geen afkeer bepaalde voedingsmiddelen, dysfagie -, heesheid-, dyspneu-, hoesten + met wit sputum, nachtzweeten-, moe beetje, veranderd defaecatiepatroon-, afwijkingen testikels-

Lichamelijk onderzoek

niet zieke man, adipeus, rolstoelgebonden

sat 97% bij kamerlucht, RR 135/75, P 75/min, T 37.0

hoofd/hals: geen lymfeklieren palpabel in hals en oksel

cor: zachte tonen, souffle niet te beoordelen

pulm: VAG bdz, piepende rhonchi eindexpiratoir

abd: zeer fors, normale peristaltiek, wisselende tympanie, souffles
ntb, hepatomegalie-

extr: st na onderbeensamputatie rechts, links oedeem tot
halverwege tibia, strakke kuit +, pijn bij knijpen-, kuit rood en
warm, afwezige pulsatie a tibialis, cap refill niet vertraagd

Probleemstelling/diagnose

- 79 jarige man met uitgebreide VG wv t belangrijkste is zijn amputatie van het andere been. Geen uitlokkende factoren bekend, geen andere klachten
- echo duplex liet DVT zien → idiopatische diep veneuze trombose, indicatie 6 maanden behandelen

Conclusie/vervolg casus 2

geen duidelijke b symptomen
aanvullend lab en x-thorax
tijdelijk stop ascal
steunkous

Vervolg casus 2/steunkous

- 60% van de patiënten met een eerste DVT krijgt binnen twee jaar klachten (25% ernstig) van een posttrombotisch syndroom, hetgeen met 50% is te reduceren met een steunkous De kousen geven een druk gradiënt aflopend van enkel naar kuit.
- gevaar bij onze patiënt is verliezen van de functie van zijn enige been
- PTS maar behouden been, 2 ´kwaden´, daarom eerst teendrukmeting (was 0,62 mmHg, doel 0,70 mmHg) en vervolgens advies steunkous met lagere druk (klasse 2, 23/32 mmHg).
- advies observeren goede doorbloeding

Vervolgonderzoek casus 2

X-thorax: geen bijzonderheden

lab:	Hb	7,3	mmol/l(8,5-11,0)
	Ht	0,34	l/l (0,40-0,50)

overige waarden geen bijzonderheden, verder
vervolgen, bij persisterende afwijkingen echo
bovenbuik

Vervolg casus 2

- Hb licht dalende, echo abdomen behoudens steatosis hepatis gb
- patiënt voelt zich goed
- wordt vervolgd, ip antistolling tot half april as

Casus 3

mw K, 52 jaar

begin september via HA op SEH met sinds 7 dagen pijn in de rechterbeen in de knieholte

echo duplex is gemaakt → DVT v poplitea rechts waarna op SEH voor opmaken beleid

Vervolg casus 3

verslag SEH:

geen immobilisatie, geen lange vluchten, loopt met rollator, maar ligt zeker geen dagen op bed

niet afgevallen, geen bloed of slijm bij de ontlasting, geen hematurie, niet kortademig, geen hemoptoë, roken van 13^e tot week geleden, 15 sig/dag

- VG: psychose, legionella pneumonie met respiratoire insufficiëntie, slikproblemen. Lichte restparese en coördinatieproblemen handen en benen, waardoor beperkte zelfstandige mobiliteit, fijne motoriek, dysartrie en lichte slikstoornissen.

Vervolg 2 casus 3

- medicatie: omeprazol, acetylsalicylzuur, anti-depressivum en anti-psychoticum
- familie anamnese: negatief voor DVT, moeder longca (overleden, 76e), vader perifere arterieel vaatlijden
- sociaal: alleenstaand, kinderen-, goed contact zuster en vader, woont zelfstandig (3 hoog), 1 x per week hulp huishouding

Aanvullende informatie

patiënte heeft geen nieuwe klachten van gewichtsverlies, nachtzweeten, veranderd defaecatiepatroon, gebrek aan eetlust, vermoeidheidsklachten of dyspneu

geen bijzonderheden bij het lichamelijk onderzoek aan hart, longen, abdomen, klieren

rechter been warm kuit, niet dik, wel wat dikke enkel, pijnlijk bij palpatie in knieholte

plan: 6 maanden antistolling bij idiopatische DVT

Aanvullend onderzoek

X – thorax gb

Hb	9,3	(7,5 - 10,0	mmol/l)
L	8,4	(4,0 - 10,0	x 10 ⁹ /l)
T	217	(150 - 400	x 10 ⁹ /l)
CRP	17	(- 10	mg/l)
Na	141	(135 - 147	mmol/l)
K	4,4	(3,5 - 5,0	mmol/l)
Ca	2,56	(2,15 - 2,65	nmol/l)
Alb	40	(35 - 50	g/l)
LDH	141	(- 247	IU/l)
γGt	40	(- 38	IU/l)

Vervolg

half september: opname ivm cellulitus tgv ulcus wv behandeling, temp 38,3 met sinds meerdere weken een slecht helend wondje aan dorsale zijde van de rechter enkel ter hoogte van de achillespees. Heeft steunkous wel gedragen

bij lichamelijk onderzoek gb behalve difuus niet vurig erytheem en zwelling geheel been en met name het bovenbeen iets groter dan links, niet gespannen, voelt iets warmer dan links. Ter hoogte van r-achillespees droog wondje met korst

in t lab gb behalve CRP 128 (- 10 mg/l)

knapt snel en gaat na kort verblijf revalidatie afdeling naar huis

Vervolg mw K, 52 jaar, idiopatische DVT

half nov: sinds 3 dagen toenemende zwelling hals met daarbij forse benauwdheid bij platliggen. Heeft dan het idee dat er iets op luchtpijp drukt. Geen koorts gehad. Wel wat keelpijn. Tevens toenemend last van verslikken, zowel bij eten als drinken. Soms dysfagie, stemverandering -, soms last van hoesten zonder sputum, geen hemoptoë, geen pijn vastzittend aan ademhaling, overige tractus anamnese niet bijdragend week geleden grieprik gehad.

Lichamelijk onderzoek

Niet acuut ziek ogende, niet dyspnoeïsch ogende vrouw. Supraclaviculair links 1 lymfeklier palpabel, drukpijnlijk. submandibulair/mentaal forse vaste zwelling, diffuus, niet duidelijk losse lymfklieren, drukpijnlijk ++
hart, longen en abdomen gb

extremiteiten: gehele rechterbeen meer gezwollen dan links. Tevens licht erythemateus en voelt warm aan. Rechterkuit iets gespannener dan links. Geen inguinale of axiale lymfadenopathie.

Probleemstelling

in 2 maanden na diagnose DVT
zwellling in hals met palpabele
klieren, benauwdheidsklachten
en toename verslikken

Vervolg diagnostiek

lab nog steeds licht verhoogd CRP, goed Hb en ook verder geen bijzonderheden

17-11 CT Uitgebreide necrotiserende lymfklierpakketten supraclaviculair beiderzijds en mediastinaal met compressie op de arteria carotis communis links en op de ventrale bronchiën rechts met daarbij kleine luchtwegpathologie in het parenchym zichtbaar rechts = longcarcinoom met uitzaaiingen

- mw K wil geen behandeling
- stop acenocoumarol en over op LMWH en pijnstilling

Beloop

16-01 CT scan: nog meer uitgebreide klierpakketten dan in november, nu met centrale necrose en compressie op de carotis, arteria pulmonalis rechts, jugulares beiderzijds
nieuwe focale afwijking met centrale necrose in de linker bijnier, d.d. metastase

24-02 aanvullende RT

Casus 4

dhr B 56 jaar

14-10 ha pijn linker arm, tromboflebitis NSAID

11-11 toename klachten, naast pijn gezwollen arm en kortademig en pijn bij inademing

VG

lues

2007 HIV+

1999 DVT (recidief 2006)

Anamnese

- klachten arm zijn nooit geheel weggeweest na 1^e bezoek HA en waren spontaan opgetreden, trauma arm-, wondjes-
- ophoesten bloed- wel wat wit sputum , dyspneuklachten wisselend in intensiteit, palpitations-, niet ziek geweest, koorts-, defpatroon gb, nachtzweeten +, gewicht stabiel, goede eetlust
- buitenlandse reizen -, saunabezoek +
- rookt 20 shag/dag, 36 packyears, alc -, drugs incidenteel cocaïne/joint
- zus 30^e DVT (idiopatisch), vader hersenca (overleden 58^e), tante 58^e darmca

Vervolg casus 4

- homoseksueel, geen vaste partner, wel wisselende contacten, kinderen-, werkt in hotel, geen excessief armgebruik
- medicatie: atripla, naproxen

vertelt dat hij bij de vorige trombose vroegtijdig is gestopt met de acenocoumarol aangezien hij de prikken door de trombosedienst erg hinderlijk vond

Vervolgonderzoek

lichamelijk onderzoek geen bijzonderheden behalve een gezwollen, pijnlijke en rode elleboogplooï links met voelbare, verharde streng, zichtbare vaattekening li bovenarm

longen klinken schoon

lab: alleen verhoogd CRP (105 mg/l)

Ecg: normaal

X-thorax: geen infiltraten, geen pleuravocht

echo duplex: trombose v subclavia links

mogelijk ook PE, antistolling minimaal een jaar

DVT v subclavia/venetekening



Abbildung: Verstärkte Venenzeichnung an der rechten Thoraxvorderwand als kompensatorischer Umgehungskreislauf nach einer länger zurückliegenden Obstruktion der Vena subclavia

Vervolg casus 4

- klachten linker arm bijna verdwenen, overstrekken +
- nu rechts pijn door vp
- alleen toename nachtzweeten bij wrs NSAID, verder geen klachten

optie NOAC → combinatie atripla (emtricitabine/efavirenz/tenofovir) ?

overleg Lareb, site, apotheker, behandelaar

switch medicatie Dabigatran 110 mg 2 dd

Casus 4 vervolg

05-12 opnieuw klachten, nu rechter arm
→ echo tromboflebitis onder NOAC
terug op LMWH en acenocoumarol,
mogelijk 'levenslang'

discussie te lage dosering of toch
interactie ?

Casus 5

Mijnheer W, 45 jarige man,
sinds 2 weken acuut ontstane
hemoptoë (bloed ophoesten)

Wat willen we weten ?

- klachten traden spontaan op, nooit eerder gehad, sinds 2 wkn ophoesten bloed en ademhalingsrelateerde pijn
- niet ziek geweest, geen vliegreis gemaakt, nergens anders klachten gehad, sport veel, heeft vriendin, 2 kinderen
- blanco VG / geen medicatie / rookt, 12 sig/dag, 7 packyears
- vader < 40e 2 x DVT, oom aantal x DVT en PE, andere oom longca 52^e (beiden vaders kant)
- dyspneu +, hoesten + met max 2 x dag bloed, verder wit sputum, stabiel gewicht met normale eetlust, afkeer voedingsmiddelen-, moe- dysfagie- heesheid -, nachtzweeten-, veranderd defaecatiepatroon -, afwijkingen testikels -

Lichamelijk onderzoek

niet acuut ziek ogende man, geen dyspneu, niet pijnlijk

SAT:94, Ah:10-14, RR:125/80, P:90, Temp:37,4,

hoofd/hals: geen bijzonderheden. Geen lymfadenopathie in alle lymfklierstations

cor: normale 1^e en 2^e toon, zonder souffles

thorax: pijnlijk spiertje is drukopwekbaar, kloppijn thoracaal - ventraal zit pijn laag op het sternum, niet drukopwekbaar

pulm: normaal ademgeruis bdz, bijgeluiden-

abd: Normale peristaltiek, wisselende tympanie, geen druk of loslaatpijn, soepele buik. Geen souffles

extremiteiten: geen zwellingen, roodheid of oedemen, soepele kuiten

Wat hebben/weten/doen we ?

45 jarige man, roker, met blanco VG, spontaan ontstane klachten van ophoesten bloed en pijn bij ademhaling zonder dyspneu zonder en uitlokkende factoren

CT –thorax → diagnose idiopatische longembolie (PE) waarvoor 6 maanden antistolling

Vervolg casus 5

aanvullend lab :gb

advies stop roken

vervolgen

begeleiden bij staken antistolling

Casus 6

Mw R, 56 jaar

Tot moment presentatie volledig gezond, totaal geen klachten, VG 2013 schouder ruptuur, roken-, familie anamnese: moeder schildklierca, vader 1x DVT bij CVA,
Soc: gehuwd, 2 gezonde kinderen, psychiater

Chronologisch beloop

- **24-12** HA tromboflebitis re onderbeen wv AB (koorts-)
- **01-01** SEH CHI: toename klachten met verstreping naar bovenbeen, t 37° AB opgehoogd
- **04-01** poli CHI: veel pijn, minder fit, veel pijnstilling nodig, langgerekte smalle lijn ca 15 cm zichtbaar, koorts-, wondjes-, palpabele klieren lies-
- **14-01** poli CHI: veel pijnklachten, mn links, uitwendig geen tekenen van infectie, streng voelbaar → echo duplex: tromboflebitis bdz
- **27-01** SEH INT: sinds 1 dag weer AB ivm progressieve klachten, t 37,6° echo duplex → Diepe veneuze trombose rechts en de kuitspierven en tromboflebitis gehele rechter been

Vervolg beloop

14-02 opname interne in verband met progressieve pijn rechter voet en linker elleboogplooi, ontstaan na staken LMWH

Tenen rechter voet paars verkleurd

Lichamelijk onderzoek opname

RR125/85mmHg, P 95/min, Temp:37,4° C, Sat:95% bij kamerlucht,
ademfrequentie10-14/min

Niet zieke, erg pijnlijke patiënte

Hoofd hals: supraclaviculair rechts tweetal lymfeklieren palpabel.

Hart, longen, abdomen: gb

Extremititeiten: been rechts: evident paars, beiderzijds warm, perifere pulsaties beiderzijds palpabel, rechts minder makkelijk bij oedemateus been. Minimaal drukpijnlijk. Pitting oedeem. Tenen rechts cyanotisch.

Aanvullende uitslagen

Lab 14-02 LDH 625 IU/l (-247 IU/l), verder ga

X-thorax, mammografie en echo, echo hals, echo abdomen, CT hals en thorax

**UITSLAG: NIET KLEINCELLIG LONGCARCINOOM
(3B NSCLC ST) MET UITZAAIINGEN NAAR DE LYMFEEKLIJEREN**

Beloop

na herstart LMWH en bij diclofenac nemen
pijnklachten af, passende steunkous
twijfel geboden behandeling (12%)
ziet op tegen staken NSAID bij evt chemotherapie

12-03 poli beetje vermoeid en 2kg afgevallen, bij
fietsen lichte dyspneu, verder nog geheel geen
klachten, geestelijk zwaar, toename pijn linker
been

Deze week

Uitslag echo 12-03:

DVT links onder tinzaparine 0,5 cc sc

Beleid: ophogen tinzaparine 0,7 cc sc

Heeft besluit tav behandeling nu genomen

18-03 opname longgeneeskunde ivm inbrengen PICClijn en

19-03 1^e chemotherapie behandeling

23-03 toename bloedingen

Take home message

- Trombose kan iedereen overkomen
- Follow up is van belang
- Diagnose trombose heeft vaak grote impact



Vragen ?

