

Zakrzepica żył powierzchownych

Superficial vein thrombosis

Jolanta Neubauer-Geryk,
Leszek Bieniaszewski

Pracownia Fizjologii Klinicznej,
Centrum Symulacji Medycznej,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

STRESZCZENIE

Zakrzepica żył powierzchownych to zakrzepica dowolnego odcinka powierzchownego układu żył niezależnie od lokalizacji. W pracy przedstawiono różnorodność obrazu klinicznego, diagnostykę oraz leczenie.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 3, 99–101

Słowa kluczowe: zakrzepica żył powierzchownych, zapalenie żył, diagnostyka, leczenie

ABSTRACT

Superficial vein thrombosis is thrombosis of any part of the superficial vein system regardless of location. The work presents the diversity of the clinical status, diagnostics and treatment.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, vol 12, no 3, 99–101

Key words: superficial vein thrombosis, phlebitis, diagnostics, treatment

DEFINICJA I POSTACI ZAKRZEPICY ŻYŁ POWIERZCHOWNYCH

Zakrzepica żył powierzchownych (SVT, *superficial vein thrombosis*) to zakrzepica dowolnego odcinka powierzchniowego układu żył.

Obecnie SVT obejmuje także niektóre dotąd stosowane terminy, takie jak powierzchowne zapalenie żył (zwane również powierzchownym zakrzepowym zapaleniem żył), ropne zakrzepowe zapalenie żył (zwane również septycznym zakrzepowym zapaleniem żył).

■ SVT obejmuje również wiele aktualnych terminów, takich jak:

- zakrzepowe zapalenie żył jatrogenne (zakrzepica spowodowana wprowadzeniem cewnika, nakłuciem żyły — często

pobranie krwi — lub infuzją leku do żylnego),

- zakrzepica żył (zakrzepica obejmująca rozszerzone żyłki, zwykle w tkance podskórnej nóg),
- choroba Mondora (zakrzepowe zapalenie żył obejmujące żyły piersi lub grzbietową żyłę pracia),
- zespół Trousseau (wędrujące zakrzepowe zapalenie żył związane z chorobą nowotworową — zespół paranowotworowy).

W tabeli 1 wyszczególniono najczęstsze czynniki ryzyka zarówno SVT i zakrzepicy żył głębokich (DVT, *deep vein thrombosis*).

Najczęstszym czynnikiem ryzyka SVT kończyn dolnych są obecne, w 80–90% przypadków, żyłki.

Adres do korespondencji:

Dr hab. med. Jolanta Neubauer-Geryk
Pracownia Fizjologii Klinicznej,
Centrum Symulacji Medycznej,
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębowa 25, 80–204 Gdańsk, Poland
tel.: +48 58 349 11 89
e-mail: jolaneub@gumed.edu.pl

Tabela 1

Najczęstsze wspólne czynniki ryzyka zakrzepicy żył powierzchownych i głębokich

Czynniki ryzyka zakrzepicy żył powierzchownych
Zaawansowany wiek
Otyłość
Czynniki nowotwór
Wcześniejsze epizody zakrzepowo-zatorowe
Ciąża
Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalna terapia zastępcza
Niedawna operacja
Choroba autoimmunologiczna (szczególnie choroba Behçeta i choroba Buergera)
Trombofilia

OBRAZ KLINICZNY

Zakrzepica żył powierzchownych może przebiegać bezobjawowo. Jednakże częściej mamy do czynienia z pełnoobjawową zakrzepicą żył powierzchownych. Większość objawów SVT jest związana z zapaleniem otaczających tkanek, więc jej rozpoznanie jest stosunkowo łatwe. W badaniu przedmiotowym stwierdza się czerwone, wrażliwe, bolesne, wyczuwalne zgrubienia wzdłuż segmentów żył powierzchownych.

Z uwagi na to, iż inne patologie mogą naśladować SVT, wynik badania ultrasonograficznego potwierdza jednak obecność SVT w kończynach dolnych i górnych, pokazuje zakres SVT i pozwala na wykluczenie współistniejącej DVT.

Choroby, których obraz kliniczny jest podobny do zakrzepicy żył powierzchownych, przedstawiono w tabeli 2 [1].

Zakrzepica żył powierzchownych kończyn dolnych wiąże się z ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych ze względu na możliwość rozszerzenia na żyły głębokie. Wyniki badań

obserwacyjnych (*Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis [POST]* i *OPTimisation de l'Interrogatoire pour la Maladie thromboEmbolique Veineuse [OPTIMEV]*) wykazały, że 23% pacjentów, u których w badaniu przedmiotowym rozpoznano jedynie zakrzepicę żył powierzchownych, miało również DVT, często też w drugiej kończynie [2].

Bliskość czoła skrzepliny w zakrzepicy żył powierzchownych do odpiszczelowo-udowego połączenia (SFJ, *saphenofemoral junction*) od dawna jest akceptowana jako czynnik ryzyka powikłań, takich jak rozszerzenie do żył głębokich i zatorowość płucna (PE, *pulmonary embolism*). Przebieg żył powierzchownych i głębokich kończyny dolnej oraz umiejscowienie SFJ można prześledzić w atlasie anatomicznym.

LECZENIE

Obecnie nie osiągnięto konsensusu co do optymalnego leczenia pacjentów z objawową

Tabela 2

Choroby naśladujące zakrzepicę żył powierzchownych

Choroby naśladujące zakrzepicę żył powierzchownych
Zapalenie naczyń chłonnych
Przewlekłe zapalenie skóry
Róża
Zapalenie tkanki tłuszczowej
Rumień guzowaty
Borelioza
Skórne objawy zaburzeń immunologicznych lub reumatologicznych

SVT, która jest izolowana, czyli bez współistnienia DVT lub PE.

W leczeniu zakrzepicy żył powierzchownych kończyn dolnych operacja jest przeciwwskazana. To zalecenie jest zgodne z ostatnimi wytycznymi Brytyjskiego Komitetu ds. Standardów Hematologicznych [3].

W zakrzepicy żył powierzchownych, która jest związana z niewielką skrzepliną (definiowaną jako < 4–5 cm w obrazie ultrasonograficznym), leczenie polega na zastosowaniu elastycznych pończoch (od 7 do 14 dni) oraz niesteroidowych leków przeciwzapalnych — doustnie lub miejscowo.

W zakrzepicy żyły odpiszczelowej, w której czoło zakrzepu znajduje się w odległości do 3 cm od ujścia do żyły udowej, co jest uważane za równoważne z DVT z powodu wysokiego ryzyka progresji (10–70%) [2], leczenie polega na stosowaniu antagonistów witaminy K — INR 2–3 lub ewentualnie bezpośrednich

doustnych leków przeciwzakrzepowych przez 3 miesiące w dawkach terapeutycznych [4].

W zakrzepicy żył powierzchownych ze skrzepliną (> 4–5 cm długości, ale > 3 cm od ujścia do żyły udowej), w leczeniu stosuje się 2,5 mg fondaparinyksu raz na dobę przez 45 dni lub też pośrednie dawki heparyny drobnocząsteczkowej (HDCz) przez 4–6 tygodni [5, 6]. Zalecenia polskie z roku 2012 wskazują jako alternatywę dla fondaparinyksu stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej przez 45 dni (enoksaparyna 40 mg/dobę, dalteparyna 5 tys. j.m./dobę, nadroparyna 2850 j.m./dobę).

Ze względu na to, że zakrzepica żył powierzchownych w dużym odsetku przypadków wiąże się z ryzykiem rozwoju zakrzepicy żył głębokich, leczenie SVT ma na celu nie tylko zniesienie dolegliwości u pacjenta, ale też zapobieżenie powikłaniom, jakim może być rozwój żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Cosmi B. Superficial vein thrombosis: new perspectives and observations from recent clinical trials. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2017; 15(1): 32–35, indexed in Pubmed: [28212367](#).
2. Galanaud JP, Bosson JL, Genty C, et al. Superficial vein thrombosis and recurrent venous thromboembolism: a pooled analysis of two observational studies. *J Thromb Haemost.* 2012; 10(6): 1004–1011, doi: [10.1111/j.1538-7836.2012.04704.x](#), indexed in Pubmed: [22429908](#).
3. Tait C, Baglin T, Watson H, et al. British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the investigation and management of venous thrombosis at unusual sites. *Br J Haematol.* 2012; 159(1): 28–38, doi: [10.1111/j.1365-2141.2012.09249.x](#), indexed in Pubmed: [22881455](#).
4. Cosmi B. Management of superficial vein thrombosis. *J Thromb Haemost.* 2015; 13(7): 1175–1183, doi: [10.1111/jth.12986](#).
5. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, et al. CALISTO Study Group. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med.* 2010; 363(13): 1222–1232, doi: [10.1056/NEJMoa0912072](#), indexed in Pubmed: [20860504](#).
6. Décousus H, Bertolotti L, Frappé P. Spontaneous acute superficial vein thrombosis of the legs: do we really need to treat? *J Thromb Haemost.* 2015; 13 Suppl 1: S230–S237, doi: [10.1111/jth.12925](#), indexed in Pubmed: [26149029](#).