

A felületes thrombophlebitis kezelése

SÁNDOR TAMÁS DR.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Sebészeti Klinika, Budapest

A felületes vénák gyulladással járó betegsége elsősorban az alsó végtagon alakul ki. A mindennapi gyakorlatban rendszeresen találkozunk vele, a szakkönyvek mégis kevés figyelmet fordítanak a kórképre, gyakoriságáról nincsenek megbízható adatok. A betegség általában jóindulatú, spontán meggyógyulhat, esetenként azonban makacsul elhúzódik, kiújulásra hajlamos, a mélyvénákra terjedhet, jelentős munkaképtelenséget okozhat.

A bőr alatt futó véna lumenét thrombus zárja el. A reaktív gyulladással járó folyamatban az ér fala (phlebitis), a környező szövetek, a nyirokerekek és az idegek (periphlebitis) egyaránt részt vesznek. A folyamat proximális és distalis irányban is terjedhet.

Szövettanilag a thrombus keletkezése után fokozatosan gyulladással járó sejtek és histiocyták árasztják el, majd a fibroblastok proliferációja, neoangiogenesis figyelhető meg, a thrombus a véna falához szorosan rögzül. A fibrosus retrakció lehetővé teszi a véna rekanalizációját, ami általában folyamatosan halad előre, de anatómiai és hemodinamikai károsodásokat okozhat.

Etiológia

Trauma. Az alsó végtagot ért zúzódás, sebfertőzés környezetében visszérgyulladás alakulhat ki.

Infekció. A környezet gennyes folyamata közvetlenül ráterjedhet a vénákra, a szervezetben kialakult pyogén góc pedig a véráram útján okozhat thrombophlebitist.

Malígnus betegség. Főleg hasnyálmirigy-daganatokhoz társulhat thrombophlebitis.

Fogamzásgátló tabletták, posztmenopauzális hormonpótlás. A kisebb ösztrogéntartalmú készítmények kisebb kockázatot is jelentenek.

Thrombophilia, vénás thromboembolia az anamnézisben. A leggyakoribb thrombophilias állapotok (Leiden-faktor, protrombin G20210A mutáció, hyperhomocysteinaemia) nemcsak mélyvénás thrombosisra, de felületes thrombophlebitisre is hajlamosítanak.

Iatrogén tényezők. A felső végtagon intimakárosító vagy paravénásan adott injekciók (kemoterápia, drog), infúziók, tartós kanülök, az alsó végtagon scleroterápia vezethet thrombophlebitishez.

Varicosus vénák. Felületes thrombophlebitis az esetek 80%-ában a tág, kanyargós vénákon alakul ki.

Rovarcsipés. Elsősorban szezonálisan, nyáron figyeltek meg rovarcsipések toxikus hatására kialakuló phlebitiseket.

Interdigitalis mycosis szuperinfekciója gyakran okoz felületes thrombophlebitist.

Hosszú repülőút. Nemcsak mélyvénás thrombosis, de felületes thrombophlebitist is okozhat.

Obesitas. A túlsúly és az elhízás különösen nőknél jelent kockázati tényezőt.

Életkor. Hatvan év felett több eset fordul elő, de érdekes módon ebben a korcsoportban kevesebb a szövődés.

Nem. A nőknél gyakoribban megfigyelt thrombophlebitis a terhesség során kialakuló varicositással magyarázható.

Diagnózis

A klinikai képet a klasszikus gyulladással járó jelek uralják. A gyulladt vénás szakasz kipirosodott, meleg, érzékeny, fájdalmas, mint kemény, nyomásérzékeny köteg tapintható. A károsodott vénaszakasz közvetlen környezetében lehet infiltráció, minimális ödéma. Járáskor a gyulladt vénaszakasz alatt fekvő izom megfeszülésére a fájdalom fokozódik. A regionális nyirokcsomók – szemben a lymphangitisszal – nem nagyobbak.

A végtagon jelentkező helyi, körülírt gyulladással járó változást általános tünetek kísérhetik: rossz közérzet, hőemelkedés, gyorsult süllýedés, leukocytosis, emelkedett CRP-szint.

Felületes thrombophlebitis vagy mélyvénás thrombosis (MVT)? A felületi visszérgyulladás nem okoz végtagduzzanatot, ödémát. MVT-nél mérhető körfogatkülönbség jön létre a két végtag között. Az MVT azonban az esetek kétharmadában latens formában alakul ki, a végtagon semmilyen klinikai tünetet nem találunk.

Nehéz a v. saphena parva thrombophlebitisének felismerése, mert a véna felső szakasza mélyen, a fascia alatt fut, a lábikra ilyenkor nyomásérzékeny, megduzzadhat, és a Homans-tünet (a lábfej dorsalflexiójára bekövetkező

lábikra fájdalom) is pozitív lehet, ami MVT gyanúját kelteti.

A klinikai megfigyelés általában elég a diagnózis felállításához. Ha azonban

- a tünetek atípusosak,
- perifériásan a végtagra kiterjedő ödéma alakul ki,
- a folyamat a v. saphena magna vagy parva felső szakaszára terjed,
- a beteg anamnézisében vénás thromboembolia szerepel,
- ismétlődő vagy „spontán” (kimutatható kiváltó ok nélküli) thrombophlebitisek jelentkeznek,

duplex ultrahangvizsgálatot és D-dimer-meghatározást kell végezni. Ezek a vizsgálatok a mélyvénák érintettségét megerősítik vagy kizárják.

A felületes thrombophlebitist ezenkívül *el kell különíteni* a cellulitist, a lymphangitist, az erysipelas, a tendinitist, a neuritist, az izomrostszakadást, a rupturált Baker-cisztát, a túltelődő varixot, a fokozott vénás distensio (fogamzásgátló tabletták hatása), a „nyugtalan láb” (éjszakai görcsök), valamint a hypokalaemia eseteitől.

Kezelés

A tüdőembólia veszélye csekély. A gyulladással járó vénafal görcsbe kerül, szorosan rátapad a thrombusra. *Rutin-szerűen alkalmazott antikoaguláns kezelésre nincs szükség.*

Régebben a konzervatív gondolkodás alapján, a tüdőembóliától való félelem miatt ezeket a betegeket lefektették, a gyulladás miatt antibiotikumokat adtak. Kiderült azonban, hogy már 2-3 napos fekvés is elősegíti a folyamat terjedését, MVT-t okozhat. Ezért a *fektetés hiba*, hospitalizáció sem szükséges.

Ezeket a betegeket megfelelően felhelyezett *rugalmas pólyával* vagy *megfelelő kompressziós gradienst biztosító elasztikus harisnyával mobilizálni kell.* A kompresszió gyorsan csökkenti a fájdalmat, a lokális duzzanatot, gátolja a thrombus és a gyulladás terjedését. Könnyebb a rugalmas pólyát viselni, mint az elasztikus harisnyát, különösen az akut szakban, a menetek nyomását ugyanis változtatni lehet. Ezzel szemben a kompressziós harisnyák nyomása állandó, felhúzásuk a gyulladás okozta érzékenység miatt nehéz. A pólyát egész nap kell viselni.

A betegek változatlanul folytassák napi tevékenységüket, kerüljék azonban a hosszan tartó állást, lefogatott lábbal való ülést. Helyes, ha a vénás keringés javítására éjszakára a végtagot felpolcoljuk vagy az ágy láb felőli végét megemljük.

Bakteriális fertőzés mint kiváltó ok ritkán fordul elő, ezért *antibiotikumok rutinszerű adása*, ami a mindennapi gyakorlatban elterjedt, *nemcsak felesleges, de káros is lehet.*

Gyógyszeresen gyulladá- és fájdalomcsillapító hatásuk miatt *nemsteroid gyulladásgátlók* adhatók. Az NSAID-készítmények széles skálájából elsősorban a *diclofenac-tartalmú* gyógyszereket kell választani.

A *venoaktív gyógyszerek (phebotonikumok)* hatása ebben az indikációban vitatott. A jelenleg folyó klinikai vizsgálatok evidenciákat eredményezhetnek. Az „A” besorolású készítmények (diosmin-hesperidin kombináció, kalcium-dobesilat, hidroxietil-rutozidok) lehetnek a kezelés támogatói.

Helyileg heparin-, hirudintartalmú kenőcsök, gyulladáscsökkentő gélek, borogatás alkalmazható. A sérülékeny bőrön át azonban könnyen jön létre kontakt szenzibilizáció. A legtöbb bajt a fenilbutazon, a perubalsam és a paraállású vegyületek okozzák.

Vannak, akik a thrombophlebitist a gyulladt véna fölé adott heparin quadlikkal kezelik. Az eljárás fájdalmas, az intracutan adott heparin bőrnekrozist okozhat.

A gyulladt vénában lévő thrombus proximalisan hosszabb lehet, mint a külsőleg tapintott elváltozás legmagasabb pontja. A thrombus tényleges kiterjedését duplex ultrahangvizsgálattal meg lehet állapítani. Ha az ascendáló folyamat a v. saphena magna beömlését megközelíti, *crosssectomiát* kell végezni. Ez a törzsvéna magas lekötését jelenti, közvetlenül a junctionál, valamennyi oldalig megszakításával együtt.

A crosssectomia ilyenkor különösen gondos műtéti technikát igényel. A junctiót óvatosan kell kipreparálni, nehogy a sebész maga préselje a thrombust a véráramba. Ha a v. saphena magna a beömlés előtt is kitöltött, először distalisan kell a vénát lekötöni. Ezt követően kell a vénán kis metszést ejteni és pozitív túlnyomásos lélegeztetés mellett, „visszavéreztetve” a thrombust a lumenből kihúzni. Csak eztán szabad a proximalis ligatúrát felhelyezni.

Ebben az esetben kis molekulatömegű heparint (LMWH-t) is kell adni, profilaktikus adagban, 10 napig.

LMWH adása csak akkor indokolt, ha a felületes phlebitis különösen vagy többszörösen veszélyeztetett betegen lép fel (például tartósan ágyban fekvés, dagantos betegség, thrombophilia, „spontán” thrombophlebitis esetén), vagy, ha a mélyvénákra terjedés veszélye jelentős.

A legújabb tanulmányok arra utalnak, hogy az MVT potenciális veszélyét alábecsültük. A felületes thrombophlebitishez egyidejűleg, akár 12–25%-ban, latens MVT társulhat. Az MVT ilyenkor főleg a perforáns vénák közelében alakul ki, de más szakaszokon, a perforánsoktól távol, sőt az ellenoldali végtagon is létrejöhet, ami a thrombophiliás állapottal magyarázható.

Ajánlások

Fontos az *American College of Chest Physicians (ACCP)* legfrissebb ajánlása. Ez a testület a legkiválóbb szakértők bevonásával, a tanulmányok és metaanalízisek szigorú értékelésével, a legújabb kutatási eredmények alapján, 4 évenként összesíti ajánlásait. Ezzel összhangban fogalmazta meg a *Magyar Thrombosis és Haemostasis Társaság* és a *Transzfuziológiai és Hematológiai Szakmai*

Kollégium, felkért szakértők bevonásával, a kezelés irányelveit.

- Elsőként minden esetben a gyógyszeres kezelés választható a sebészivel szemben (1B szintű ajánlás).
- A saphenofemorális junctiótól távol eső, kis szakaszt érintő felületi thrombophlebitis esetén antikoaguláns kezelésre nincs szükség (1C szintű ajánlás).
- Spontán thrombophlebitis esetén LMWH ajánlott, profilaktikus adagban, 4 hétig (2B szintű ajánlás).
- Az NSAID-kezelést nem szabad antikoaguláns kezeléssel kombinálni (2B szintű ajánlás).

A thrombophlebitis különleges formái

Varicophlebitis

A varicosus vénák egy-egy szakaszán könnyen jön létre gyulladás. A körülírt tágulatokban az áramlás lelassul, a vér örvénylik, a véna fala is károsodott, mindez elősegíti a thrombus kialakulását. A tágult véna tömötté válik, felette a bőr vöröses-lividen elszíneződik. A nagyobb tömegű thrombus fájdalmasabb, tovaterjedése könnyebb a billentyűhiba miatt. Gyakran krónikus vénás elégtelenségben, trauma után vagy veszélyeztetett terhes nőknél az ajánlott fekvés során alakul ki.

A beteg láztalan, legfeljebb hőemelkedése lehet, szemben a hasonló tünetekkel, de borzongással, hidegrázással, magas lázzal járó erysipelasszal.

A konzervatív kezelés mellett gyors segítséget jelent, különösen, ha tömeges thrombus alakul ki, az *ambulanter végzett incisio és a thrombus exprimálása*. Ez azonnal enyhíti a feszülő fájdalmat.

Az ambuláns thrombectomia során helyi érzéstelenítésben, 11-es szike hegyével, a bőrön áthatolva kis incisiót ejtünk a thrombotizált vénán, a thrombust lefelé és felfelé exprimáljuk. A szegmentált véralvadék eltávolításához több incisio szükséges. A thrombust csak a folyamat kezdetén lehet eltávolítani, amíg a vérrög nem rögzült. Sutura nem szükséges. Rugalmas pólyát 1 hónapig viseljen a beteg. A beavatkozás a panaszokat gyorsan enyhíti, a phlebitis lefolyását meggyorsítja. Residualis pigmentáció, ami a phlebitis után gyakran megfigyelhető, sokkal ritkábban alakul ki, ha a thrombust exprimáljuk.

Egyesek akut varicophlebitisben varicectomiát végeznek. Nem bizonyított azonban, hogy az akut állapotban végzett műtét kevesebb szövődménnyel jár, és hosszú távú eredményei jobbak, mint a konzervatív kezelést követően, második lépcsőben végzett radikális visszérműtét eredményei.

Thrombophlebitis a felső végtagon

A gyulladás ilyenkor ép vénákon keletkezik. Elsősorban intravénás injekció (paravénásan adott injekció, a véna falát irritáló, tömény oldat) okozza, vagy katéterek, tartós kanülálás (karvénák, centrális vénák) következtében

jön létre. Aminosavak, intravénás lipidoldatok, hypertoniás glükózoldatok, kemoterápiás készítmények ismeretlen thrombogen hatásúak.

Égő fájdalom, bőrvörösség már az injekció beadása alatt jelentkezik, majd érzékeny köteg, beszűrődés alakul ki, nemegyszer láz kíséretében, különösen ismételt injekciók után.

Ha a phlebitist kanül tartja fenn, a kanült azonnal el kell távolítani és bakteriológiai tenyésztésre kell küldeni. Láz, septicus állapotban a tenyésztés eredményének megfelelő, célzott antibiotikus kezelés szükséges. Helyileg gyulladáscsökkentő, fájdalomcsillapító kenőcsök, borogatás alkalmazható. NSAID-gyógyszerek hatásosak. A kart felpolcoljuk, nyugalomba helyezzük.

A kiváltó ok megszüntetésével a gyulladás is hamar megszűnik, postphlebitises köteget azonban néha hónapokon át lehet tapintani.

Sebészeti beavatkozásra (beolvadás esetén: feltárás, szövetelhalásnál: necrectomia) szerencsére ritkán kerül sor.

A kórházi phlebitisek kialakulása megelőzhető gondos, szövetkímélő vénapunkcióval, az endothelkárosító injekciók kerülésével, az irritáló oldat beadása után a véna átöblítésével, az infúziós idő csökkentésével.

A katéter okozta axillaris thrombosis profilaxisa LMWH-val csak halmozott kockázati tényezők egyidejű fennállása esetén indokolt.

Ájánlások (ACCP és magyar irányelvek alapján):

- antikoaguláns kezelés nem szükséges (1C szintű ajánlás),
- orális diclofenac vagy más NSAID-gyógyszer adása javasolt (2B szintű ajánlás),
- helyileg diclofenac- vagy heparingél ajánlott 2 hétig vagy a panaszok megszűntéig (2B szintű ajánlás).

Thrombophlebitis suppurativa

Gennyes thrombophlebitis napjainkban szerencsére ritkán fordul elő. Drogfüggő fiatalokon, súlyos, égett betegeken találkozhatunk a kórképpel. Veszélye, hogy bacteraemiát, szepszist, endocarditist okozhat. A célzott antibiotikus kezelés mellett ilyenkor sürgős sebészi feltárás, drénezés szükséges, a suppuráló vénát excindálni kell. A sebet nyitva kell kezelni, később szekunder varrat vagy bőrátültetés lehetséges.

Thrombophlebitis migrans

A felületes vénák kisebb-nagyobb szakaszára lokalizált olyan thrombophlebitis, amely váltakozó időközökkel, „migrálóan”, a test más és más területén, hullámokban jelentkezik. Elsősorban középkorú férfiakon az alsó végtag külső vagy elülső oldalán alakul ki, néha szimmetrikusan. Ritkábban lokalizálódik a lábhátra, a felső végtagon, a mellkasfalra, valamint a nyakra. Az egyes hullámok között hetek, hónapok telhetnek el. A tünetek gyorsan elmúlnak, és a visszamaradó kis bőrpigmentátság is rövid idő alatt felszívódik. Soha nem okoz tüdőembóliát.

A visszatérő, migráló thrombophlebitis mindig valamilyen *alapbetegség kísérő jelensége*. Ilyenkor tehát a hátterben lévő alapbetegséget kell keresni. Elsősorban a következő lehetőségekre gondoljunk:

- paraneoplasziás szindróma részeként alakul ki a folyamat: főleg pancreas(farok)-, tüdő-, ovarium-, prostata-daganatot, leukémiát kell keresni;
- Buerger-kór (a perifériás pulzusokat mindig tapintani kell);
- fogamzásgátló tabletták szedése;
- thrombophilia.

Ritkábban csatlakozik thrombophlebitis migrans a következő kórképekhez: köszvény, kollagén betegségek, autoimmun betegségek.

Mondor-betegség

Ez az anterolateralis mellkasfal subcutan vénáinak szklerotizáló thrombophlebitise.

A gyulladás a v. thoracoepigastrica, a v. thoracica lateralis és a v. epigastrica superior közül általában egy vénát érint, de előfordul, hogy mindhárom vénára kiterjed. A folyamat sohasem érinti az emlő belső kvadránsait.

Mondor-betegség nőknél háromszor gyakrabban alakul ki, mint férfiakon. Minden életkorban előfordul, leggyakrabban a 30–60 éves korcsoportban találkozunk vele.

A kórkép *létrejöttében* a vénát ért közvetlen *trauma*, a nyomás miatt stagnáló vér játszhat szerepet. Egyesek szerint az emlő ismétlődő mozgása, az összehúzódó és ellazuló pectoralis izmok mentén vezet a vénák megnyúlásához és relaxációjához.

Mások szerint a *szoros melltartó*, a fűző vagy a *hónalj rendszeres borotválása* okozza a betegséget.

A betegek egynegyede közvetlenül a thrombophlebitis kialakulása előtt *emlőműtéten* – általában mastectomián és axillaris dissectión – esett át.

A *klinikai képre* jellemző a hirtelen kezdet, a lineáris, thrombotizált vénás köteg megjelenése a mellkas oldalsó felszínén. A köteg a submammalis redőn és a bordaíven túl a hasfalra is ráterjedhet vagy érinti az emlő külső kvadránsait.

Kezdetben a véna vöröses és érzékeny, majd fájdalomtalan, tömött, fibrosus köteggé alakul, mint *vasfonál* („en fil de fer”) húzódik a mellkasfalra és a hasfal felső részén („steel wire phlebitis”). A köteg különösen szembetűnő, ha az emlőt megemeljük vagy a kart abdukáljuk.

Általános tünetek nincsenek. A kórképet kitágult tejjelvezetektől, bőrmetsztázisoktól kell elkülöníteni.

A v. dorsalis penis is kialakulhat nagyon ritkán Mondor-betegség, hirtelen keletkezik, mint csaknem fájdalomtalan, indurált köteg. A patomechanizmus ismeretlen.

A *kezelés* tüneti. NSAID-készítmények, fájdalomcsillapítók adhatók, helyileg pedig gyulladáscsillapító kenőcsöket, borogatást lehet alkalmazni. Antibiotikumok, kortikoszteroidok, antikoagulánsok adása felesleges és káros.

A betegség jóindulatú, spontán gyógyul, a köteg 3 hét alatt eltűnik, csak ritkán fordul elő, hogy 6 hónapon át tapintható. A phlebitis nem migráló jellegű, nem újul ki.

A Mondor-betegség *jelentősége*, hogy 3–10%-ban *emlőcarcinoma csatlakozik hozzá*. Ezenkívül a kórkép a szervezetben megbújó *okkult carcinomára utalhat*. Ezért ezeket a betegeket meg kell figyelni. Az emlőket rendszeresen meg kell vizsgálni, mammográfiát, tumormarkermeghatározásokat kell végezni.

Thrombophlebitis ritka kórképekben

Thrombophlebitis v. dorsalis penis: általában trauma, ismételt sérülés okozza.

Behçet-szindróma: iridocyclitis, hypopyon, száj- és nemiszerv-ulcusok, thrombophlebitis, arthritis, meningialis, gastrointestinalis tünetek.

Hughes–Stovin-szindróma: felületes thrombophlebitis, a. pulmonalis aneurysma, gynecomastia.

Kohlmeier–Degos-szindróma: felületes thrombophlebitis, arteritis, malignus atrophias papulosis.

(Sándor Tamás dr.,
Budapest, Kútvölgyi út 4., 1125
e-mail: dr.sandor.tamas@t-online.hu)

Budapesten, a Moszkva téren

színvonalasan kialakított rendelők bérelhetők a Budamed Egészségközpontban.
Érdeklődni *Fazekas Annánál*, a 06-30-257-9762-es telefonszámon lehet.