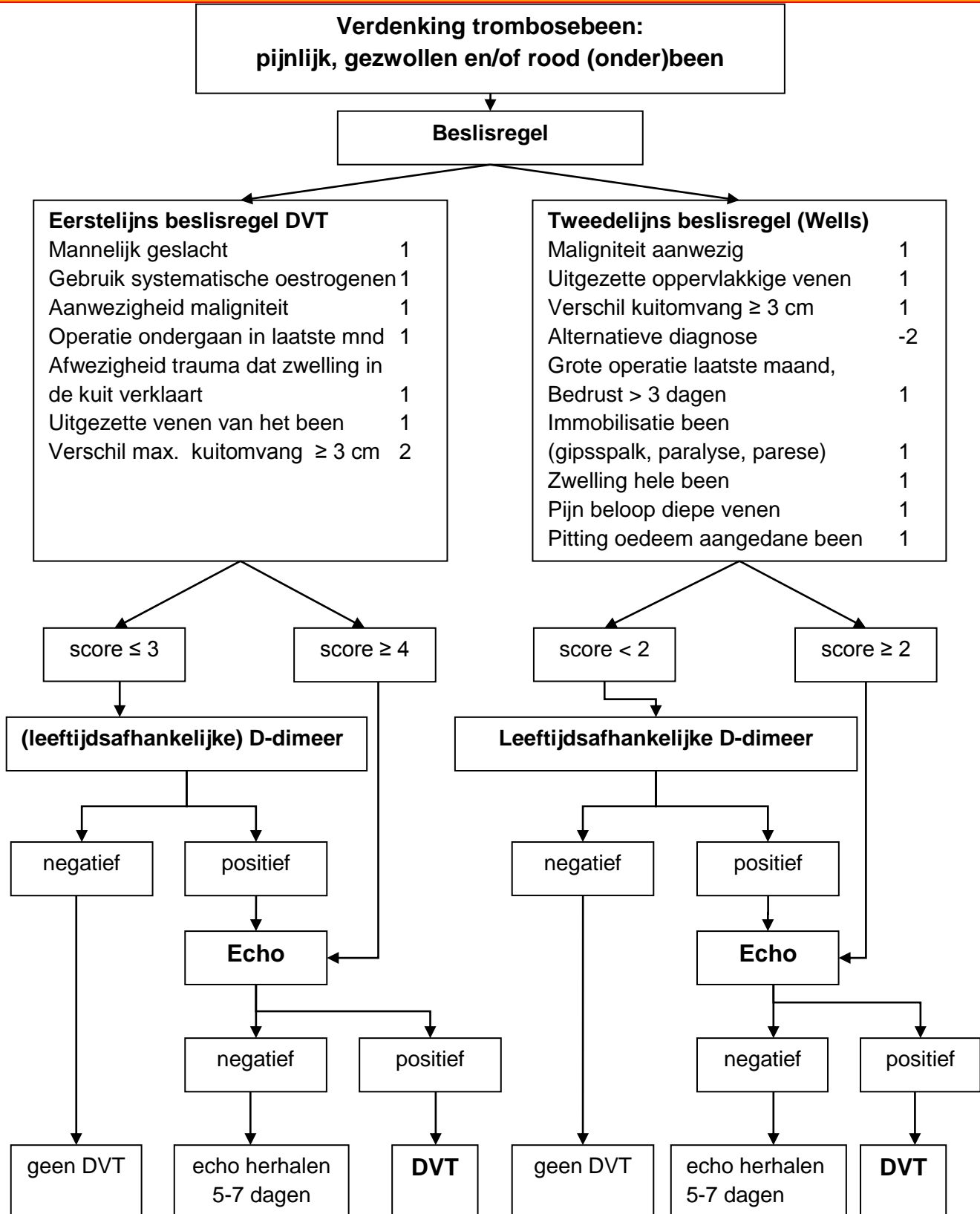


Diep Veneuze Trombose van het been

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Diagnostiek Diep Veneuze Trombose van het been¹



¹ Bij verdenking longembolie → verwijzen naar de SEH

*NB. Indien de leeftijdsafhankelijke D-dimeer wordt gehanteerd dan geldt:
Een D-dimeer is bij patiënten ≤ 50 jaar positief boven de 500 µg/L.
Bij patiënten > 50 jaar geldt dat een D-dimeer positief is boven de: leeftijd x 10 µg/L.*

Logistiek

- Een voorwaarde van gebruik van de beslisregels is dat de huisarts dezelfde dag moet kunnen beschikken over de uitslag van een D-dimeer bepaling;
- De huisarts geeft bij de aanvraag aan of hij/zij zelf behandelt, of dat de huisarts dit overlaat aan de 2^e lijn;
- Indien aangevraagd op werkdagen voor 15.30 uur kan de patiënt bij het uitvoerend laboratorium wachten op de uitslag van een D-dimeerbepaling. Bij de regionale ziekenhuizen en Diagnostiek voor U kan een eventuele echo bij een positieve D-dimeer direct worden verricht. Het uitvoerend laboratorium geeft dit door bij de radiologische afdeling;
- Vooruitlopend op een eventuele behandeling met een DOAC of cumarinederivaat wordt tegelijkertijd met de D-dimeer de CKD-EPI bepaald;
- Als er tijdelijk geen echodiagnostiek voor handen is, en er is een hoge verdenking DVT en een positieve D-dimeer → start alvast met antistolling tot diagnostiek mogelijk is. Bij contra-indicatie voor antistolling direct verwijzen naar de SEH.

Beleid bij diepe veneuze trombose van het been

Medicamenteuze behandeling

Voor de meeste patiënten met een DVT geldt dat er een (lichte) voorkeur bestaat voor behandeling met DOAC's t.o.v. cumarinederivaten. De behandelend arts beoordeelt samen met de patiënt op basis van gebruik en veiligheidsprofiel de keuze voor een DOAC of voor een cumarinederivaat. Zie bijlage 1 voor doseringsadviezen.

Zie voor meer informatie de RTA antistolling.

a. DOAC's

- Maak in overleg met de patiënt een keuze voor een van de middelen op grond van de nierfunctie; de noodzaak eerst 5 dagen te starten met LMWH-injecties voordat effectief met de DOAC wordt gestart; de noodzaak de dosering aan te passen na 7 of 22 dagen, de doseringsfrequentie (1- of 2 maal daags);
- Als er tijdelijk geen echodiagnostiek voor handen is, en er is een hoge verdenking DVT en een positieve D-dimeer → start alvast met antistolling tot diagnostiek mogelijk is. Bij contra-indicatie voor antistolling direct verwijzen naar de SEH.
- Bepaal de duur van de behandeling:
 - DVT en een tijdelijke risicofactor: 3 maanden behandelen
 - Idiopathische DVT: gedurende tenminste 3 maanden behandelen. Maak na 3 maanden een individuele afweging samen met de patiënt tussen bloedingsrisico en het verlagen van het recidief tromboserisico middels behandeling voor onbepaalde tijd, en herhaal deze afweging jaarlijks.

b. Cumarinederivaten

- Start dezelfde dag met LMWH injecties subcutaan en een oplaaddosis cumarinederivaat en meld de patiënt aan bij de trombosedienst (TD);
- Geef LMWH ten minste 5 achtereenvolgende dagen tot INR stabiel is en gedurende 2 controles > 2.0; op advies van de TD eventueel langer. Beoordeel comedatie en maak recept voor LMWH voor minimaal 5 dagen; toediening 'op geleide PT-INR';
- Bepaal de duur van de behandeling:
 - DVT en een tijdelijke risicofactor: 3 maanden behandelen

- Idiopathische DVT: gedurende tenminste 3 maanden behandelen. Maak na 3 maanden een individuele afweging samen met de patiënt tussen bloedingsrisico en het verlagen van het recidief tromboseringsrisico middels behandeling voor onbepaalde tijd, en herhaal deze afweging jaarlijks.

Niet-medicamenteuze behandeling

- Start bij oedeem met Struva kous of compressief zwachtelen (b.v. korte rek zwachtels) van het been: tenminste 2 maal per week zwachtelen bij fors oedeem, bij afname oedeem 1 maal per week. Zwachtel dag en nacht laten zitten. Stimuleer de patiënt regelmatig te lopen;
- Laat therapeutische elastische onderbeenkousen (klasse III = 34-46 mm Hg op enkelniveau) aanmeten zodra er geen oedeem (meer) aanwezig is; de behandelduur evalueren na 6 maanden en zo nodig 2 jaar behandelen.

Voorlichting en advies

- Bespreek de oorzaak van de DVT, aanwezige risicofactoren, opzet en doel behandeling;
- Ontraad oestrogeen gebruik; stop orale anticonceptie met oestrogenen en bespreek alternatieven, zoals barrièremiddelen, levonorgestrel IUD/koperhoudend IUD, desogestrel tabletten;
- Geef uitleg over symptomen en klachten die wijzen op een longembolie, een recidief-DVT of complicaties van de antistollingsbehandeling. Instrueer de patiënt dan contact op te nemen en spreek duidelijk af met wie.

Criteria voor behandeling in de tweede lijn

- (vermoeden van) longembolie;
- Leeftijd < 18 jaar of gewicht < 50 kg;
- BMI > 50 kg/m² of gewicht > 150 kg;
- Zwangerschap en kraamperiode;
- Diastolische bloeddruk herhaaldelijk > 120 mm Hg;
- Phlegmasia coerulea dolens (snel progr. vorm van DVT, arteriële afsluiting kan ontstaan);
- Bekende nierinsufficiëntie (eGFR < 30 ml/min);
- Sterk verhoogd bloedingsrisico;
- (psycho-)sociale reden waardoor thuisbehandeling niet mogelijk is;
- Aanwezigheid of behandeling van maligniteit in de laatste 12 mnd;
- Recidief DVT.

Consultatie van de internist is geïndiceerd bij:

- Een (sterk) vermoeden van DVT ondanks (herhaald) negatieve compressie-echografie;
- Bij een idiopathische DVT of een verdenking op een onderliggende maligniteit wordt een consult bij de internist nadrukkelijk geadviseerd;
- Eerste episode DVT bij bekende trombofilie: overleg over duur behandeling.

Controles

Controleer binnen 4 weken (of bij klachten eerder):

- Het been;
- De uitvoering van het compressief zwachtelen en aanmeten elastische kous;
- Therapietrouw en eventuele complicaties van de antistolling of compressietherapie;
- Klachten en symptomen longembolie of recidief DVT;
- Of voor de patiënt duidelijk is wie zij/hij moet benaderen bij welke klacht.

Onbekende maligniteit als onderliggende lijden:

- Wees bij patiënten met DVT met name zonder duidelijke risicofactor in de eerste jaren alert op aanwijzingen voor een onbekende maligniteit;
- Bij een klinische vermoeden van een onderliggende maligniteit, op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, wordt gericht verdere diagnostiek verricht.

Wat moet er geregeld worden?

De behandelend arts is verantwoordelijk voor het regelen van:

- Het toedienen LMWH (patiënt zelf, mantelzorg, thuiszorg);
- Het geven van een instructie m.b.t. het toedienen LMWH aan patiënt/mantelzorg;
- Het compressief zwachtelen tot oedeem verdwenen is;
- Het aanmeten van een therapeutische elastische kous;
- Het aanmelden bij TD binnen 1 week indien van toepassing en duur behandeling doorgeven;
- Het aanmelden bij thuiszorgorganisatie en formulier “delegatie medisch handelen”;
- De machtiging elastische kous (klasse III = 34-46 mm Hg enkeldruk);
- Indien de behandelend arts een specialist is, meldt deze het starten van de antistolling direct aan de huisarts/specialist ouderengeneeskunde, eventueel via een voorlopige ontslagbrief. De schriftelijke informatie wordt binnen 2 weken verstrekt en bevat ten minste gegevens die ook aan de TD worden gemeld
- Het heeft de voorkeur om de indicatie op het recept voor de openbare apotheker te vermelden.

Namens regionale huisartsen:

Jos Dijkmans
Aafke Snoeijen, kaderhuisarts HVZ

Namens regionale internisten:

Marion Knippels, Elkerliek ziekenhuis
Laurens Nieuwenhuizen, Máxima Medisch Centrum
Marten Nijziel, Catharina Ziekenhuis
Alexander Stork, St. Anna ziekenhuis

Namens regionale klinisch chemici:

Joyce Curvers, Catharina Ziekenhuis
Philip Kuijper, Máxima Medisch Centrum

Namens regionale cardiologen:

Alexandre Ouss, Catharina Ziekenhuis

Namens regionale specialisten ouderengeneeskunde:

Marianne de Nobel, St. Anna zorggroep

Namens regionale TD-en:

Hans van Duijnhoven, Helmond
Elly van Mourik, Eindhoven
Hans Soons, Geldrop

Namens regionale anesthesisten:

Mark Buijs, St. Anna ziekenhuis

Namens poliklinische apothekers:

Jeroen Gels, St Anna ziekenhuis

Namens openbare apothekers:

Jan Hendriks

Namens ziekenhuisapothekers:

Bjorn Brasse, Elkerliek ziekenhuis
Marieke Kerskes, Catharina Ziekenhuis
Sjoukje Troost, Máxima medisch Centrum

Namens tandartsen

Pieter van der Geld

Namens de transmurale stichtingen HaCa, THEMA, Transmáx en Quartz:

Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Deze samenwerkingsafspraken is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze tekst mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

Doseringsadviezen VTE behandeling met DOAC

(mede gebaseerd op aanbevelingen in Leidraad DOACs)

DOAC	Behandelschema VTE	Geregistreerde indicatie	Beleid bij nierschade of -insufficiëntie	Aanvullende opmerkingen / dosisaanpassing
Dabigatran	Eerst tenminste vijf dagen parenterale antistolling, daarna 2 dd 150 mg	DVT en longembolie	Voor start behandeling nierfunctie bepalen en vervolgens jaarlijks controleren. Bij ernstige nierschade of insufficiëntie (Stadium IV, V; eGFR <30 ml/min) gecontra-indiceerd. Bij matig ernstige nierschade (stadium IIIb of eGFR 30 tot 50 ml/min) 2 dd 110 mg overwegen)	Bij ouderen >80 jaar of bij gebruik van verapamil dosering aanpassen: 2 dd 110 mg.
Rivaroxaban	Gedurende dag één tot 21: 2 dd 15 mg Vanaf dag 22: 1 dd 20 mg.	DVT en longembolie	Niet aanbevolen bij ernstige nierschade of insufficiëntie (stadium IV of V; eGFR <30 ml/min)	Niet onderzocht bij LE patiënten die hemodynamisch instabiel zijn en mogelijk trombolyse gaan krijgen. Voorzichtigheid in combinatie met sterke CYP3A4-remmers
Apixaban	Gedurende één week 2 dd 10 mg; daarna 2 dd 5 mg	DVT en longembolie	Niet aanbevolen bij ernstige nierschade of insufficiëntie (stadium IV of V; eGFR <30 ml/min)	Niet gebruiken bij LE patiënten die hemodynamisch instabiel zijn en mogelijk trombolyse gaan krijgen.
Edoxaban	Eerst tenminste vijf dagen parenterale antistolling, daarna 1 dd 60 mg	DVT en longembolie	Niet aanbevolen bij ernstige nierschade of insufficiëntie (stadium IV of V; eGFR <30 ml/min) Bij matig ernstige nierschade of insufficiëntie (stadium IIIb of eGFR 30 tot 50 ml/min) 1 dd 30 mg.	Lichaamsgewicht ≤60 Kg of bij gelijktijdig gebruik van Pgp remmers, dosering 1 dd 30 mg