

## Tromboflebitis of trombose: Een verschillend beleid?

Onlangs verscheen de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose (DVT). Deze is gelijktijdig met een CBO-richtlijn tot stand gekomen. *In de Praktijk* bespreekt aan de hand van een casus enkele aandachtspunten uit de nieuwe standaard die van praktisch belang zijn.

### Een dik en pijnlijk been

Een paar dagen geleden kreeg mevrouw Morsink, 34 jaar, pijn aan haar linkeronderbeen en een harde plek, die ook een beetje rood zag. Ze voelt zich niet ziek en is verder gezond. Ze gebruikt microgynon 30 en is juist herstellende van een knieoperatie. Trombose komt niet in de familie voor. Ze had wel wat last van spataderen.

Huisarts Bartman stelt als diagnose tromboflebitis en schrijft een NSAID en een steunende kous voor. Op vrijdagavond wordt het been dikker en pijnlijker, zodat ze contact zoekt met de huisartsenpost. De huisarts daar bevestigt de diagnose tromboflebitis. Hij overweegt trombose en laat een D-dimeertest uitvoeren. Deze is negatief, dus normaal. Mevrouw Morsink gaat gerustgesteld huiswaarts. De pijn in haar been neemt in de loop van het weekeinde af, maar helaas krijgt ze op zondag pijn in haar zij en is ze wat kortademig. Maandagmorgen zit ze dus weer bij Bartman op het spreekuur...

### Bevindingen uit onderzoek

Bij problemen in de kuit zijn anamnestic meerdere diagnoses mogelijk, variërend van zweepslag tot trombose. Bartman moet een schifting maken tussen ernstig en niet-ernstig en zoekt naar een oorzaak van de klacht of anders een risicofactor die richting kan geven. Omdat er geen aanwijzingen waren voor trombose stelde Bartman de diagnose tromboflebitis. Vanwege de varicosis schreef hij een steunende kous voor, maar het effect daarvan is niet onderbouwd. Tromboflebitis is een risicofactor voor DVT. In een Nederlands retrospectief onderzoek werden alle gevallen van spontane oppervlakkige tromboflebitis in een periode van 8 jaar bij 34 huisartsen gevolgd (n=185). Er werden slechts 5 gevallen van DVT (2,7%) en 1 longembolie gevonden, maar vergeleken met een gematchte groep patiënten zonder tromboflebitis was het risico op DVT wel tienmaal zo hoog. Het hangt van de andere risicofactoren af of Bartman het risico op DVT hoog genoeg inschat en de beslissingsstrategie voor DVT gaat volgen. In bovengenoemde groep patiënten met oppervlakkige tromboflebitis kreeg 6% van de patiënten een kous voorgeschreven. Een meetbaar effect werd niet aangegeven. Ook kreeg 8% van de patiënten een NSAID voorgeschreven en 1% antistolling met laagmoleculaire heparine. Blijkens de literatuur kan een NSAID de kans op DVT met 9% verlagen en laagmoleculaire heparine met 15%. Dat houdt in een NNT voor NSAID van 412 en voor heparine van 247. Medicatie draagt dus nauwelijks bij aan het beloop en wordt daarom niet geadviseerd bij tromboflebitis, tenzij gebruikt als pijnstilling.

### Trombose of niet?

Onderstaande scores geven een schatting van het risico op trombose:

- ▶ Mannelijk geslacht 1 punt
- ▶ Gebruik van orale anticonceptie 1 punt
- ▶ Aanwezigheid van maligniteit 1 punt
- ▶ Een grote operatie ondergaan <4 weken geleden 1 punt
- ▶ Afwezigheid van een trauma dat zwelling verklaart 1 punt
- ▶ Uitgezette venen 1 punt
- ▶ Verschil in kuitomvang >3cm 2 punten

Mevrouw Morsink krijgt 4 punten toegekend (orale anticonceptie, operatie, geen trauma dat de zwelling verklaart, uitgezette venen).

Een D-dimeerbepaling was niet aangewezen en deze blijkt achteraf ook fout-negatief. De sensitiviteit van een D-dimeerbepaling is weliswaar hoog (90-96%), maar bij een sterk vermoeden kan DVT toch niet geheel worden uitgesloten. In deze casus is er dan ook alle reden om te denken aan een doorgemaakte DVT en mogelijke longembolie. Bij een score van meer dan 3 punten is het beter om maar direct een echo te laten doen.

D-dimeer is een afbraakproduct van fibrine. Activatie van het fibrinolytisch systeem, waarbij D-dimeren vrijkomen, treedt niet alleen op bij trombo-embolieën maar ook bij ontstekingen, zwangerschapen en maligniteiten. De specificiteit van een D-dimeertest voor DVT is daarom vrij laag. De test is dus vooral geschikt om DVT uit te sluiten bij patiënten bij wie de kans al niet erg groot is. Bij een score  $\leq 3$  én een negatieve D-dimeertest is DVT zo onwaarschijnlijk dat verder onderzoek achterwege kan worden gelaten. Bij een score  $\geq 4$  óf een positieve D-dimeertest is DVT waarschijnlijk. Dan moet dezelfde dag voor compressie-echografie worden verwezen.

### En een longembolie?

De beslissingsregel voor een longembolie is als volgt:

- ▶ Klinisch trombosebeen 3 punten
- ▶ Longembolie waarschijnlijker dan andere diagnose 3 punten
- ▶ Polsfrequentie >100/minuut 1,5 punten
- ▶ Immobilisatie of gipsverband 1,5 punten
- ▶ DVT/longembolie in het verleden 1,5 punten
- ▶ Hemoptoë 1 punt
- ▶ Aanwezigheid van maligniteit 1 punt

Longembolie is waarschijnlijk bij meer dan vier punten.

Thuisbehandeling van DVT is goed mogelijk mits u rekening houdt met een aantal exclusiecriteria, zoals een vermoedelijke longembolie.

In de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose staat de thuisbehandeling uitgebreid beschreven met laagmoleculaire heparines, vitamine-K-antagonisten en de techniek om het been te zwachtelen.

*Lourens Boomsma, huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG*