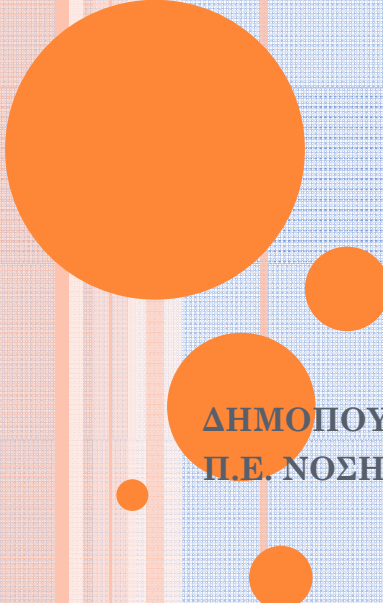




ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
Π.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ



22^ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων με τις
παρακάτω χορηγούς εταιρείες:

AMGEN, ASPEN, ASTELLAS, BAXTER,
BOEHRINGER INGELHEIM, BRISTOL-MYERS SQUIBB,
COLOPLAST MAVROGENIS, CSL BEHRING, DEMO,
FARMASERV LILLY, GENESIS, GILEAD, JANSSEN,
MSD, NORMA HELLAS, NOVARTIS, PFIZER, SANOFI

Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΕΝ ΤΩ
ΒΑΘΕΙ
ΦΛΕΒΙΚΗ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ
(ΦΘ)

ΠΝΕΥΜΟΝΙ
ΚΗ
ΕΜΒΟΛΗ
(ΠΕ)



ΣΤΟΧΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Αποτροπή

- Επέκταση του θρόμβου
- Πνευμονικής εμβολής
- Επανεμφάνισης της νόσου
- Επιπλοκών (μεταθρομβωτικό σύνδρομο, πνευμονική υπέρταση)



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Υποστηρικτική αγωγή
2. Φαρμακευτική αγωγή
 - Αντιπηκτική αγωγή
 - Θρομβολυτικά φάρμακα
3. Επεμβατική /χειρουργική
 - Θρομβεκτομή/Εμβολεκτομή
 - Φίλτρο κάτω κοίλης φλέβας



ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- **Αλγόριθμος ABCDE**
- **Εξασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας**
 - Μάσκα οξυγόνου
 - Διασωλήνωση
- **Εξασφάλιση κυκλοφορικής λειτουργίας**
 - Επαρκής ενυδάτωση
 - Αντιμετώπιση υπότασης (χορήγηση υγρών και αγγειοσυσπαστικών)
 - Έλεγχος επιπέδου συνείδησης



ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Πρόσθετες παρεμβάσεις:

- Αναλγητικά φάρμακα
- Επιθέματα στη πάσχουσα περιοχή (ΕΒΦΘ)
- Ελαστικές κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης
- Ανάρροπη θέση του πάσχοντος άκρου

Ανακούφιση
συμπτωμάτων



KΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

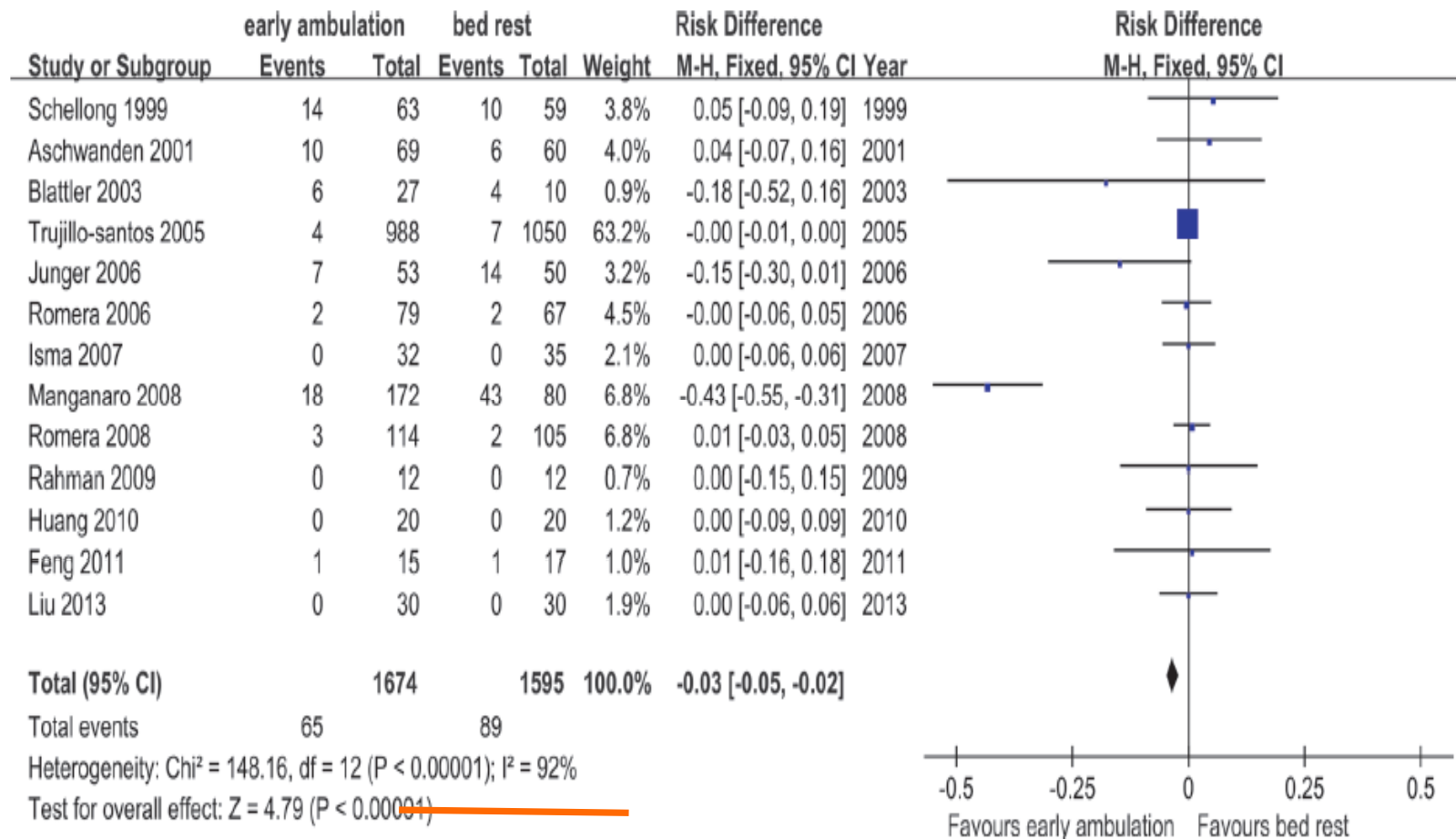
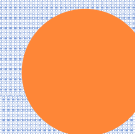


Fig 5. Meta-analysis of the incidence of primary end events among 1674 DVT patients with early ambulation and 1595 DVT patients with bed rest.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- Ηπαρίνη (UFH, LMWH)
- Ανταγωνιστές βιταμίνης K (Warfarin)
- Εκλεκτικοί αναστολείς θρομβίνης (Dabigatran)
- Εκλεκτικοί αναστολείς παράγοντα Xa (Edoxaban, Rivaroxaban, Apixaban)



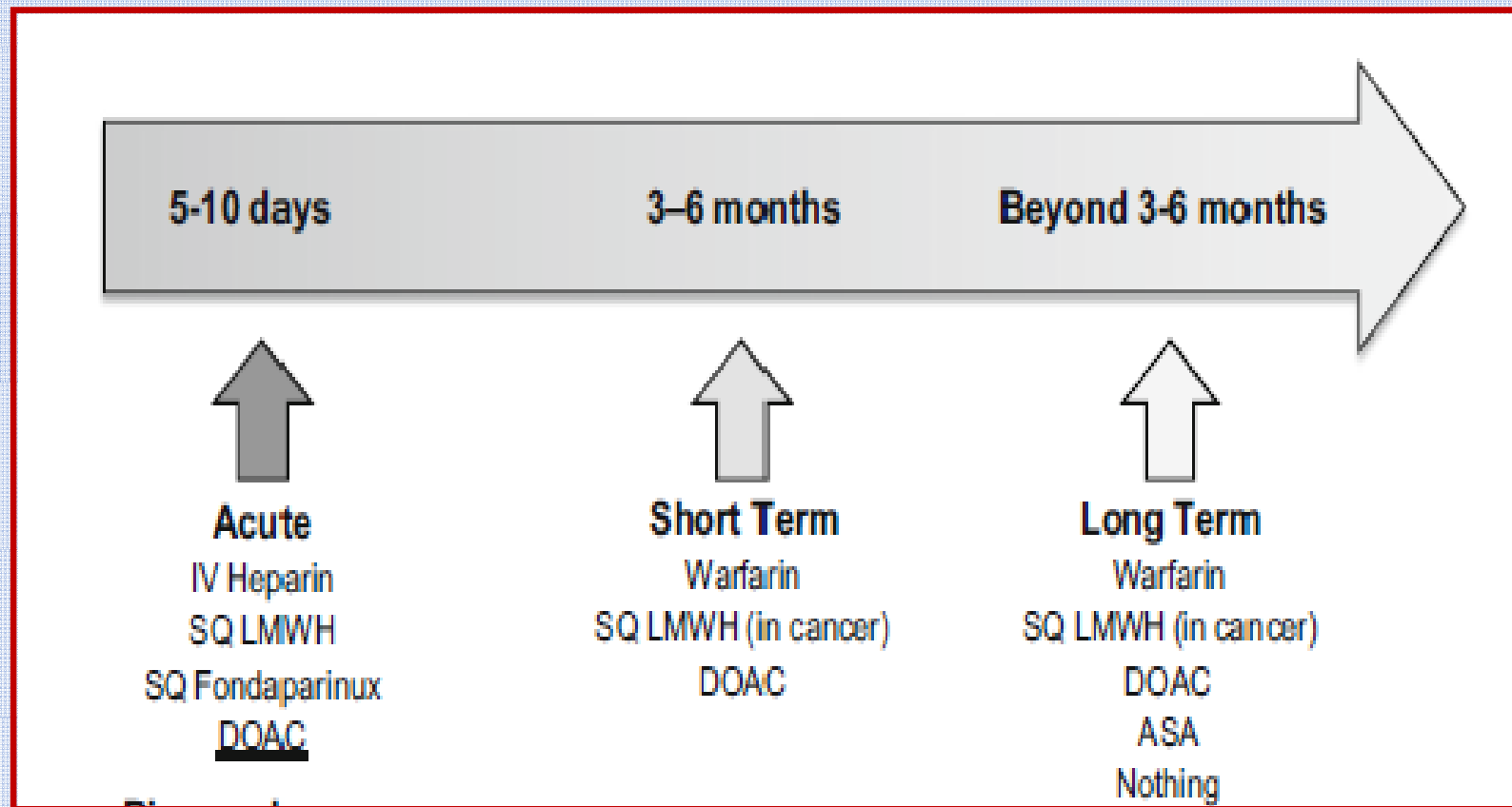
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

(RIVAROXABAN, DABIGATRAN, ARIXABAN, EDOXABAN)

- Όχι monitoring (διευκολύνουν τον ασθενή)
- Την ίδια αποτελεσματικότητα ή μεγαλύτερη από τους ανταγωνιστές βιταμίνης K
- Γρήγορη δράση-Μικρή ημιπερίοδος ζωής
- Λιγότερες επιδράσεις με τροφές και φάρμακα
- Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με HIT



ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΗΠΑΡΙΝΩΝ

- Αιμορραγίες
- Θρομβοπενία (HIT)
- Οστεοπενία
- Παροδική αύξηση τσανσαμινασών



MONITORING ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

- Η αιμορραγία αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή της ΕΒΦΘ στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αντιπηκτική αγωγή.
- Έλεγχος παραγόντων πήξεως (aPPT, INR)
- Ενημέρωση για τη διατροφή
- Έτσι ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίσει σημεία αιμορραγίας (μώλωπες, ρινορραγίες,) καθώς και τους παράγοντες κινδύνου και να επέμβει άμεσα στην αντιμετώπιση τους.



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Risk factors for bleeding with anticoagulant therapy and estimated risk of major bleeding in low, moderate, and high risk categories

Risk factors*
Age >65 years
Age >75 years
Previous bleeding
Cancer
Metastatic cancer
Renal failure
Liver failure
Thrombocytopenia
Previous stroke
Diabetes
Anemia
Antiplatelet therapy
Poor anticoagulant control
Comorbidity and reduced functional capacity
Recent surgery [¶]
Frequent falls
Alcohol abuse

Risk factors for bleeding with anticoagulant therapy Uptodate 2016

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Estimated absolute risk of major bleeding (%)			
Categorization of risk of bleeding ^Δ	Low risk [◇] (0 risk factors)	Moderate risk [◇] (1 risk factor)	High risk [◇] (≥2 risk factors)
Anticoagulation 0 to 3 months [§]			
Baseline risk (%)	0.6	1.2	4.8
Increased risk (%)	1	2	8
Total risk (%)	1.6 [§]	3.2	12.8 [¥]
Anticoagulation after first 3 months [‡]			
Baseline risk (%/years)	0.3 [†]	0.6	≥2.5
Increased risk (%/years)	0.5	1	≥4
Total risk (%/years)	0.8 ^{**}	1.6 ^{**}	≥6.5

Risk factors for bleeding with anticoagulant therapy
Uptodate 2016

ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΕ

PE-related early MORTALITY RISK		RISK MARKERS			Potential treatment implications
		CLINICAL (shock or hypotension)	RV dysfunction	Myocardial injury	
HIGH >15%		+	(+)^a	(+)^a	Thrombolysis or embolectomy
NON HIGH	Inter mediate 3–15%	—	+	+	Hospital admission
			+	—	
			—	+	
	Low <1%	—	—	—	Early discharge or home treatment

HEPARINE INDUCED THROMBOCYTOPENIA (HIT)

- Δυνητικά καταστροφική ανοσολογική αντίδραση που προκαλείται απο την ανάπτυξη αντισωμάτων που ενεργοποιούν τα αιμοπετάλια παρουσία υπαρίνης



-θρομβοπενία

-σοβαρά θρομβοεμβολικά επεισόδια (ΠΕ, ισχαιμία
άκρων, ΑΕΕ, ΟΕΜ κ.α.)

- Η έναρξη της HIT συμβαίνει την 5^η-10^η ημέρα απο την έναρξη της υπαρίνης
- Ταχεία έναρξη σε ασθενείς που επανεκτέθηκαν στην ηπαρίνη λίγες εβδομάδες ή μήνες πριν



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ HIT

- Αμεση διακοπή της ηπαρίνης επι κλινικής υποψίας
- Χορήγηση αμεσης δράσης εναλλακτικών αντιθρομβωτικών παραγόντων (lepirudin, argatroban, bivalirudin, danaparoid)
- Οι ανταγωνιστές βιταμίνης Κ αντεδείκνυνται



ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ



ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ-ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

ΕΒΦΘ

- Σε παρουσία κυανής επώδυνης φλεγμονής

ΠΕ

- Πνευμονική εμβολή σε αιμοδυναμική αστάθεια
- Δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας και μειωμένες καρδιοπνευμονικές εφεδρείες
- Ασθενείς με προηγηθέν ιστορικό πνευμονικής εμβολής και ανεπάρκειες των πρωτεϊνών C, S, καθώς και αντιθρομβίνης III

ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Web Table 3 Approved thrombolytic regimens for pulmonary embolism

Streptokinase	250 000 IU as a loading dose over 30 minutes, followed by 100 000 IU/h over 12–24 hours
	Accelerated regimen: 1.5 million IU over 2 hours
Urokinase	4400 IU/kg as a loading dose over 10 min, followed by 4400 IU/kg per hour over 12–24 hours
	Accelerated regimen: 3 million IU over 2 hours
rtPA	100 mg over 2 hours; or
	0.6 mg/kg over 15 minutes (maximum dose 50 mg)

IU = international units; rtPA = recombinant tissue plasminogen activator.



ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



ΦΙΛΤΡΟ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

Η τοποθέτηση φίλτρου συνιστάται:

- Σε πλήρη αντένδειξη αντιπηκτικής αγωγής (θρομβοπενία από ηπαρίνη)
- Σε ασθενείς με ενεργό αιμορραγία, πρόσφατο χειρουργείο, αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενα επεισόδια ΠΕ παρά τη χορήγηση αντιπηκτικών



ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ

Εφαρμόζεται σε αποτυχία/αντένδειξη για θρομβόλυση

Υπάρχουν δυο τεχνικές:

1. **Διαδερμική μηχανική θρομβεκτομή**

Επεμβατική τεχνική που βασίζεται στη χρήση συσκευής όπου διασπά και αναρροφά το θρόμβο

2. **Χειρουργική**



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η ΕΒΦΘ και η ΠΕ έχουν παρόμοια θεραπευτική προσέγγιση
- Η στρατηγική αντιμετώπισης της ΦΘΕΝ βασίζεται στην κλινική βαρύτητα του ασθενούς.
- Η έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής πρέπει να γίνει άμεσα σε όλους τους ασθενείς με τεκμηριωμένη ΕΒΦΘ και ΠΕ
- Τακτικός έλεγχος παραγόντων πήξης για αποφυγή αιμορραγιών
- Τα τελευταία χρόνια τα απο του στόματος σκευάσματα χρησιμοποιούνται στην ΦΘΕΝ και δείχνουν να έχουν σημαντικά οφέλη αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα
- Συμμόρφωση των ασθενών στη παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας με αντιπηκτικά σκευάσματα για καλύτερα αποτελέσματα



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

