



Albert Event. Nr: 122

# Een dik of pijnlijk been komt nooit alleen

“Multidisciplinair perspectief over aandoeningen van het been”

Maandag 25 september 2023



[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

# Huishoudelijk-1

- Zoek je BIG-nummer op t.b.v. de vragen voor de evaluatie en je accreditatie
- Gebruik de QR code in de Power Point sheet of op A4 (beschikbaar aan einde nascholing)
- Vermeld je voorletter, achternaam en BIG nummer in het vragenformulier (MS Forms) aan het einde van het event (verplicht voor accreditatie).

## Huishoudelijk-2

- Op onze website voor zorgverleners kun je na het event de presentaties vinden. <https://www.mijnasz.nl/zorgverleners/>
- Wanneer je vanuit de zaal een vraag wil stellen aan een spreker wacht dan even tot er een **microfoon** bij je is.
- Na het event is er nog een drankje in De Kapel

# Programma

18.30 u	<i>Opening en inleiding.</i> <i>Door: Suzanne Jongerius huisarts, avondvoorzitter.</i>
18.40 u	<i>Onderwerp: “Mijn been is dik en doet zo’n pijn, ach beste vaatchirurg wat kan toch de oorzaak zijn? “</i> <i>Door: Maarten Lijkwan, vaatchirurg ASz</i>
19.00 u	<i>Onderwerp: “Van varices tot lip- of lymfoedeem”</i> <i>Door: Jaap van der Velden, dermatoloog ASz</i>
19.20 u	<i>Onderwerp: “Diepe veneuze trombose en tromboflebitis”</i> <i>DVT, wat moet je ermee?</i> <i>Door: Anja van Gucht, internist - hematoloog ASz</i>
19.40 u	Casuïstiek bespreking in drie groepen, alternerend(per sessie 35 minuten) 1-ste sessie 19.40 u           Vaatlaboratorium, workshop, chirurgie 2-de sessie 20.15 u           Casus en foto quiz, dermatologie 3-de sessie 20.50 u           Casuïstiek bespreking, interne geneeskunde
21.25 u	<i>Afsluiting.</i> <i>Door: huisarts, avondvoorzitter</i> <i>Suzanne Jongerius, huisarts</i>



# Inleiding: Een pijnlijk been komt nooit alleen

Suzanne Jongerius, huisarts (Huisartsenpraktijk Admiraalsplein Dordrecht)



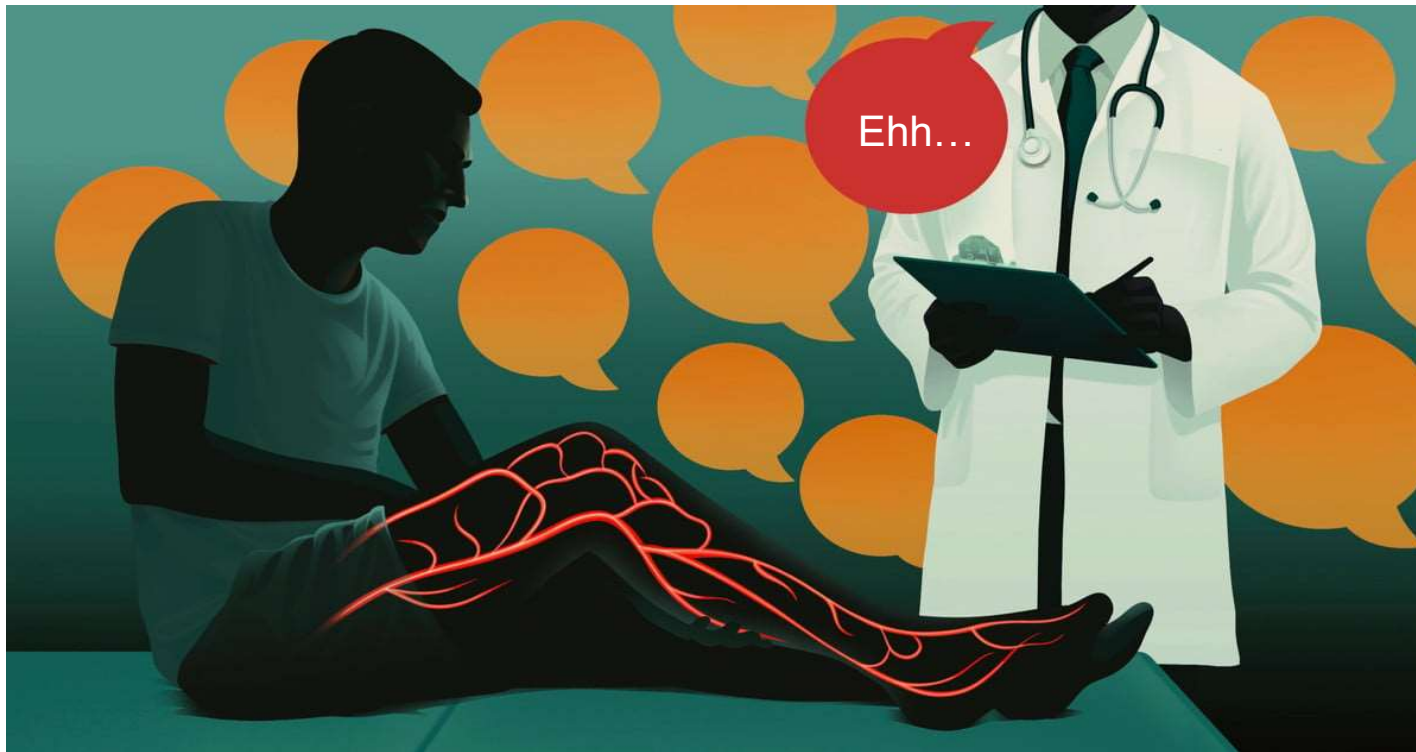
[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

## Disclosure belangen sprekers

Suzanne Jongerius  
Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis,  
Maandag 25 september 2023  
Problemen aan het been

(potentiële) belangenverstremgeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	Geen Geen Geen Geen

**Dokter mijn been is wat dik en soms ook wel pijnlijk...**



## Differentiaaldiagnose Oedeem van één been

### *DD van pijnlijk eenzijdig/lokaal oedeem:*

- infectie (erysipelas, cellulitis)
- veneuze obstructie (diepe veneuze trombose)
- oppervlakkige tromboflebitis
- trauma
- ischemie
- ontsteking (dermatitis, allergische reactie)

### *DD van niet-pijnlijk eenzijdig/lokaal oedeem:*

- veneuze obstructie (compressie van venen, b.v. tumor, Bakerse cyste)
- **chronische veneuze insufficiëntie (meestal van het diepe systeem)**
- dependency syndroom / immobiliteit (meestal dubbelzijdig)
- status na tromboflebitis
- **lymfoedeem, lymfafvloed obstructie b.v. door tumoren**
- **lipoeedeem (meestal dubbelzijdig)**
- malformatiesyndromen: Klippel-Trenaunay, Parkes-Weber, Proteus, Mafucci



## Differentiaaldiagnose Oedeem van twee benen

<i>DD van symmetrisch oedeem aan beide enkels/onderbenen:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- cardiaal, decompensatio cordis</li> <li>- nefrotisch syndroom, proteïnurie</li> <li>- (acute) glomerulonefritis</li> <li>- ondervoeding (zie hypoproteïnemie)</li> <li>- levercirrose, ernstige leverdysfunctie</li> <li>- angio-oedeem (zelden)</li> <li>- <b>primair lymfoedeem, secundair lymfoedeem</b></li> <li>- <b>lipoedeem</b></li> <li>- statisch oedeem, na lang staan/zitten</li> <li>- zwangerschapsoedeem</li> <li>- hypokaliëmie (drop, laxantia, etc.)</li> <li>- hyperaldosteronisme</li> <li>- idiopathisch cyclisch oedeem bij jonge vrouwen</li> <li>- myxoedeem</li> <li>- <b>chronische veneuze insufficiëntie</b></li> <li>- dependency syndroom (spierpomp dysfunctie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicamenteus (progestagenen, oestrogenen, guanethidinederivaten, 8-methoxypsoralenen, insuline, glucocorticosteroiden, antihypertensiva, antidepressiva (MAO-remmers), NSAIDs)</li> <li>- secundair bij dermatitis (psoriasis, erythrodermie)</li> <li>- hypoalbuminemie/hypoproteïnemie</li> <li>- carcinomatosis</li> <li>- reflexdystrofie</li> <li>- erythrocyanosis crurum puellarum</li> <li>- dermatomyositis</li> <li>- arthritis</li> </ul>

**Een paar patiënten de afgelopen weken**

**Man 62 jaar, koorts, koude rillingen en een wat rood been**



Dag 0



Dag 1



Dag 10

**Vrouw 53 jr, bekend met lymfoedeem en morbide obesitas**



## Man, 68 jaar, vg: prostaatcarcinoom met lymfekliermetastasen, dik been met pijnlijke streng



**Echo been:** Goed comprimeerbare vena femoralis over het hele traject en goed comprimeerbare vena poplitea. Geen DVT. Aan de mediale zijde van het onderbeen/doorlopend over het scheenbeen een tromboflebitis over een lengte van ongeveer 12 cm.

**Overleg internist:**  
3 maanden DOAC en een steunkous gaan dragen



**albert  
schweitzer**

**Mijn been is dik en doet zo'n pijn, ach beste  
vaatchirurg wat kan toch de oorzaak zijn**

Albert Event nr 122, 25-9-2023



[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

## Disclosure belangen sprekers

Naam: Maarten Lijkwan

Functie: Vaatchirurg

Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis,

Maandag 25 september 2023

(potentiële) belangenverstremgeling	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li></ul>
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Geen</li><li>• Geen</li><li>• Geen</li></ul>

# Even kennismaken

albert  
schweitzer



Marco Hoedt



Rudolf  
Tutein Nolthenius



Jurgen Avontuur



Pieter de Jong  
Physician assistant

En natuurlijk: het  
vaatlaboratorium!





**albert  
schweitzer**

Ziekenhuis met hoofd, hart en ziel



Sinds 2019 State of the art hybride operatie kamer



[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

# Samen beslissen / Geriatrie besluitvorming

albert  
schweitzer

**Hallo patiënt**  
Zeg jij het als je tijd nodig hebt om na te denken?

**Hallo medisch specialist**  
Vraag jij naar de

**Work in progress**

Bestis samen met je medisch specialist welke zorg het beste bij jou past.  
Ga voor meer tips naar [www.begineengoedgesprek.nl](http://www.begineengoedgesprek.nl)

Bestis samen met je patiënt welke zorg het beste past.  
Ga voor meer tips naar [www.begineengoedgesprek.nl](http://www.begineengoedgesprek.nl)

## De leerdoelen van vandaag

1. kennis van de diagnostiek bij vaatlijden als onderliggende oorzaak bij een oedemateus, rood, of pijnlijk been.
2. kennis over chirurgische differentiaaldiagnoses bij een pijnlijk en wit of rood been.
3. kennis over de globale (arteriële) vaatchirurgische optimalisatie mogelijkheden.

# Pt. H.

albert  
schweitzer

- Man, 68jr
- VG/
  - Aortaklepsclerose, OSAS, HT
  - 2006 (juni): bedreigd linkerbeen, waarvoor in eerste instantie urokinase, gevolgd door PTA en stent in iliacaal-traject art. iliaca communis.
- Med/
  - Oa: Antihypertensivum
  - Ascal
  - Statine
- A/
  - Sinds 3 dagen pijnklachten in het rechterbeen
- LO/
  - Koud been rechts

Welke verdere informatie?

# Pt. H

- Aanvullende informatie lichamelijk onderzoek:
  - Pulsaties lies links. Rechts geen pulsaties voelbaar
  - Geen pulsaties voelbaar ATP/ADP
  - Sensibiliteit: gestoord/verminderd t/m de enkel
  - Motoriek: verminderde teenmotoriek
  - Doppler tonen: arterieel ATP/ADP niet hoorbaar, veneus hoorbaar

Wat te doen?



Aanvullende diagnostiek

# Aanvullende diagnostiek

albert  
schweitzer

- Doppler
  - Zinvol? Ja/Nee/Geen mening
- Duplex
  - Zinvol? Ja/Nee/Geen mening
- CT-A
  - Zinvol? Ja/Nee/Geen mening
- MR-A
  - Zinvol? Ja/Nee/Geen mening
- Angiografie
  - Zinvol? Ja/Nee/Geen mening
- Behandelopties:

Onmeetbaar : kritiek  
30-50mmHg : minder kritiek  
EAI  $\leq$  0.3 : kritiek  
Ook: veneuze flow te meten!



(Anticoagulantia)  
Thrombolyse  
Percutane revascularisatie  
Operatieve revascularisatie

# Arterieel acute bedreiging

- DE 5 P's
- Paresthesie
- Pijn
- Palor
- Pulselessness (Pols)
- Poikilothermie
- Paralysis

# Oorzaken acute ischemie

- Acute (in-stent / bypass graft / aneurysma) thrombose
- Embolie (cardiaal of arterieel)
- Dissectie
- Trauma



# Classificatie voor acute ischemie

albert  
schweitzer

Categorie	Prognose been	Sensibiliteit-verlies	Motorische uitval	Doppler arterieel	Doppler veneus
I Viable	Niet acuut bedreigd	Geen	Geen	Aanwezig	Aanwezig
Ila Minimaal bedreigd	In principe te behouden	Geen of minimaal (tenen)	Geen	(Vaak) afwezig	Aanwezig
Ilb Ernstig bedreigd	In principe te behouden	Meer dan tenen, rustpijn	Mild-matig	(Meestal) afwezig	Aanwezig
III Irreversibel beschadigd	Ernstig weefsel-verlies en zenuwletsel	Uit-gesproken gevoelloosheid	Uit-gesproken paralyse	Afwezig	Afwezig

## De behandeling bij een acuut bedreigd been

- Doppler (EAI)
- Start heparine IV
  
- Niet of marginaal vitaal bedreigd:
  - Angiografie + thrombolyse of chirurgie
  
- Vitaal bedreigd:
  - Reversibel: chirurgie (bij twijfel: angiografie)
  - Irreversibel: amputatie
  
- ECG ter uitsluiting cardiaal lijden

## Casus 2: patient R. 78 jaar

### Voorgeschiedenis:

- HT, adipositas, glucose-intolerantie, atypisch parkinsonisme

### Medicatie:

- HCT

### Anamnese:

- Al langer wondjes en pijn aan rechter voet. Nu gevallen en nagel geluxeerd.

### Lichamelijk onderzoek:

- RR 120/75, p110, T39.2
- Rood, gezollen pijnlijk been.
- Necrotische wond rechter voet, petechien (al weken aanwezig)

AO/

- lab: Hb 5.2, L20, K2.9, bili 20, lactaat 2.5, ABG: niet afwijkend
- X-voet: forse artrose, geen #, geen osteomyelitis
- X-thorax: geen afwijkingen

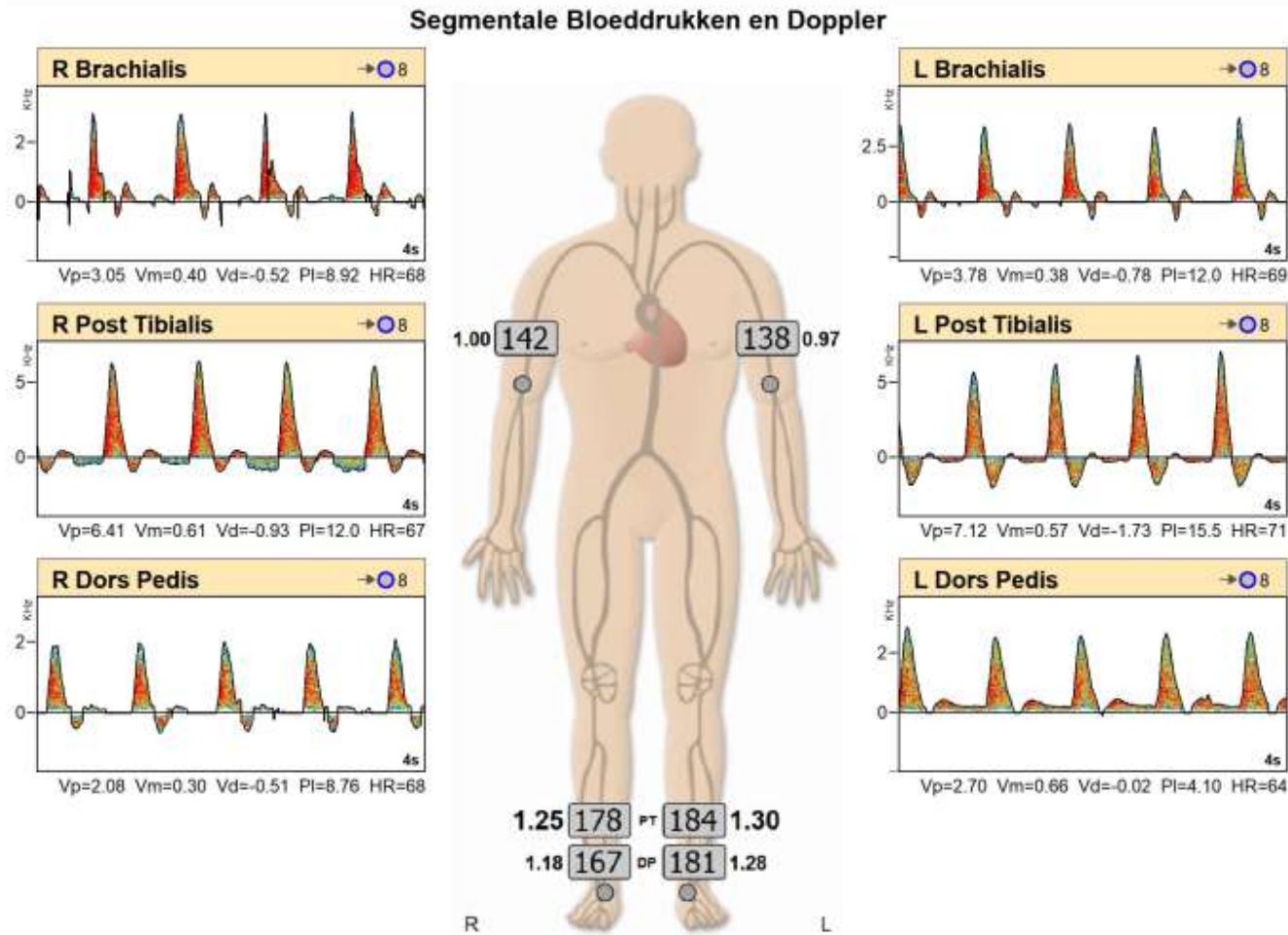
C/ Cellulitis van rechter voet met sepsis (DD erysipelas)

B/

- Kweken: bloed, pus, urine
- Augmentin + genta iv
- echo voet ter evaluatie eventueel abces
- Vaatlab? Ja/nee?

# Doppler: EAI

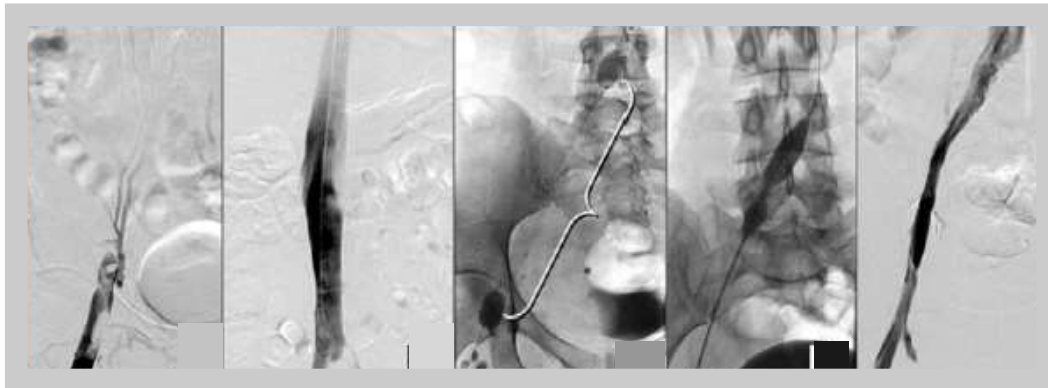
albert  
schweitzer



- Koorts persisteert -> antibiotica naar piperacilline + tazobactam
- Bloedkweken positief voor E. faecium -> toevoegen vanco
- Aanmelden voor OK: voorvoetamputatie
- Echter: opnieuw AF met hypotensie -> CCU
  - Echo cor: Redelijke LV en RV, basaal hypokinesie, lichte mitralisklepinsufficiëntie, ernstige tricuspidalisklepinsufficiëntie. Geen vegetaties.
- Op CCU: shock-> overplaatsing IC:
  - **endocarditis van tricuspidalis klep**

## Diep veneuze oorzaken

- Nieuwe behandelmogelijkheden:
  - Veneuze trombolyse
  - Endovasculaire veneuze behandelingen



- PHLEGMASIA CAERULEA DOLENS



## Phlegmasia caerulea of alba dolens

- Phlegmasia alba dolens en phlegmasia caerulea dolens
  - trias van hevige pijn
  - fors oedeem
  - witte (= alba) dan wel blauwpaarse (= caerulea) verkleuring van de aangedane extremiteit
- De aandoeningen onderscheiden zich van de minder ernstige vormen van DVT door:
  - extreme pijn
  - het snel progressieve verloop en het
  - optreden van ischemie, dikwijls met verminderde sensibiliteit en motoriek






## Behandeling phlegmasia

- Acuut herstel veneuze afvloedbelemmering:
  - Acute veneuze trombectomie danwel indien klinisch toelaatbaar  
veneuze trombolysse
- Endovasculaire veneuze PTA en/of stenting
- Eventueel: fasciotomie
- Bloedverdunning

## Samenvattend

- De (vaat)chirurgische differentiaal diagnose van een acuut pijnlijk wit of rood been:
  - Arterieel
  - Veneus
  - Infectieus
  - (Traumatisch)
  
- Aanvullende diagnostiek:
  - Lab (infectie)
  - X op indicatie
  - Arteriele analyse:
    - EAI
    - Eventueel aanvullend MR angiografie of CT angiografie
    - Bij directe behandelindicatie: Angiografie en handelen naar bevinden
  - Veneuze analyse:
    - Uitsluiten danwel aantonen DVT middels duplex/echo
    - Op indicatie CT venografie
    - Bij directe behandelindicatie: Phlebografie en handelen naar bevinden

## De behandel mogelijkheden

- Infectieus:
  - Antibiotische behandeling, maar:
    - Altijd ook analyse en zo nodig behandeling onderliggende arteriele of veneuze oorzaak
- Arterieel:
  - Scala aan arteriele optimalisatie mogelijkheden
  - Multidisciplinair besluit
  - Chirurgisch: trombectomie; endarteriectomie; bypass chirurgie
  - Endovasculair: trombolyse; PTA +/- stent
- Veneus:
  - Vaatchirurgische DVT behandelingen:  posttrombotisch syndroom
  - Phlegmasia:
    - acute chirurgische danwel endovasculaire behandeling geïndiceerd:
      - Veneuze trombectomie
      - Veneuze trombolyse

## Vragen of opmerkingen?



?

?

?



# Dikke benen: van varices tot lipoedeem en lymfoedeem

Jaap van der Velden, dermatoloog



[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

## Disclosure belangen sprekers

Jaap van der Velde, dermatoloog  
Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis,  
Maandag 25 september 2023  
Problemen aan het been

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	Geen Geen Geen Geen

## Even voorstellen

- dermatoloog ASz (2011)
- opleider dermatologie, aandachtsgebied algemene dermatologie, flebologie en in het bijzonder genodermatologie
- sinds 2023 verdiepingsstage flebologie i.s.m. EMC



# Vakgroep dermatologie

albert  
schweitzer



**Rogier de Man**  
Dermato-oncologie  
Dermatochirurgie  
Nagelziekten  
Inflammatoire dermatologie



**Sybren Dekker**  
Dermato-oncologie  
Haar- en nagelziekten  
Infectieziekten van de huid



**Sanne Wijtliet**  
Flebologie  
Mohs micrografische chirurgie  
Algemene dermatologie



**Ronald Laeijendecker**  
Orale dermatologie  
Algemene dermatologie



**Jaap van der Velden**  
Genodermatologie  
Flebologie  
Dermatochirurgie  
Algemene dermatologie



**Suzan Reeder**  
Mohs micrografische chirurgie  
Algemene dermatologie  
Flebologie



**Shiva Fallah Arani**  
Inflammatoire dermatologie  
Cosmetiek  
Dermato-oncologie



**a(n)ios**  
1-3 a(n)ios



A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a person in white scrubs is blurred, moving from left to right. In the background, another person in white scrubs is standing near a medical cart. The hallway is equipped with various medical devices, including a large overhead light fixture and a wall-mounted clock. The walls are light purple and white, and the floor is light-colored.

albert  
schweitzer

# Een DVT, wat moet je ermee?

dr. Anja van Gucht, internist-hematoloog



[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

# Disclosure belangen sprekers

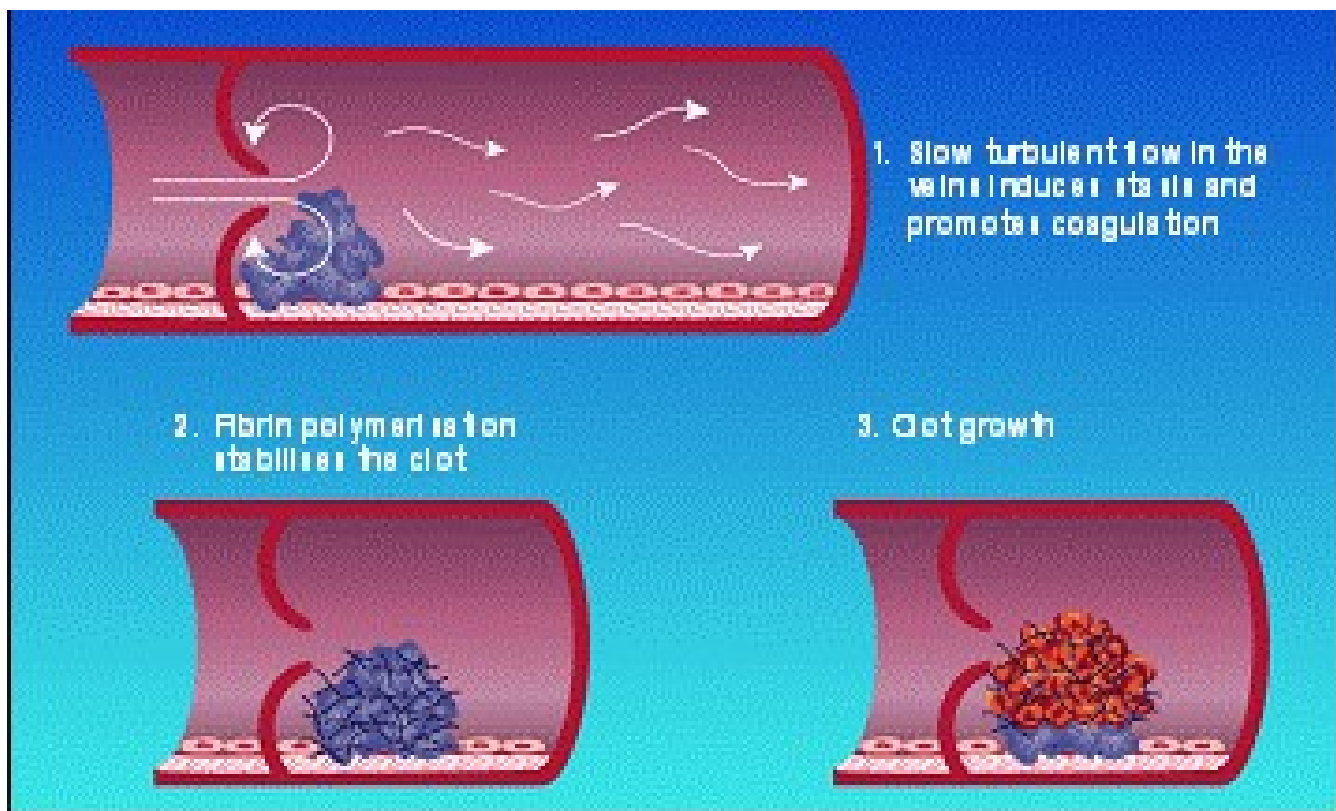
Naam: Anja van Gucht  
 Functie: internist-hematoloog  
 Albert Event, Albert Schweitzer ziekenhuis,  
 Maandag 25 september 2023

(potentiële) belangenverstrengeling	• Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	• Geen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li> <li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li> <li>• Aandeelhouder</li> <li>• Andere relatie, namelijk ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> <li>• Geen</li> <li>• Geen</li> <li>• Geen</li> </ul>

# Leerdoelen

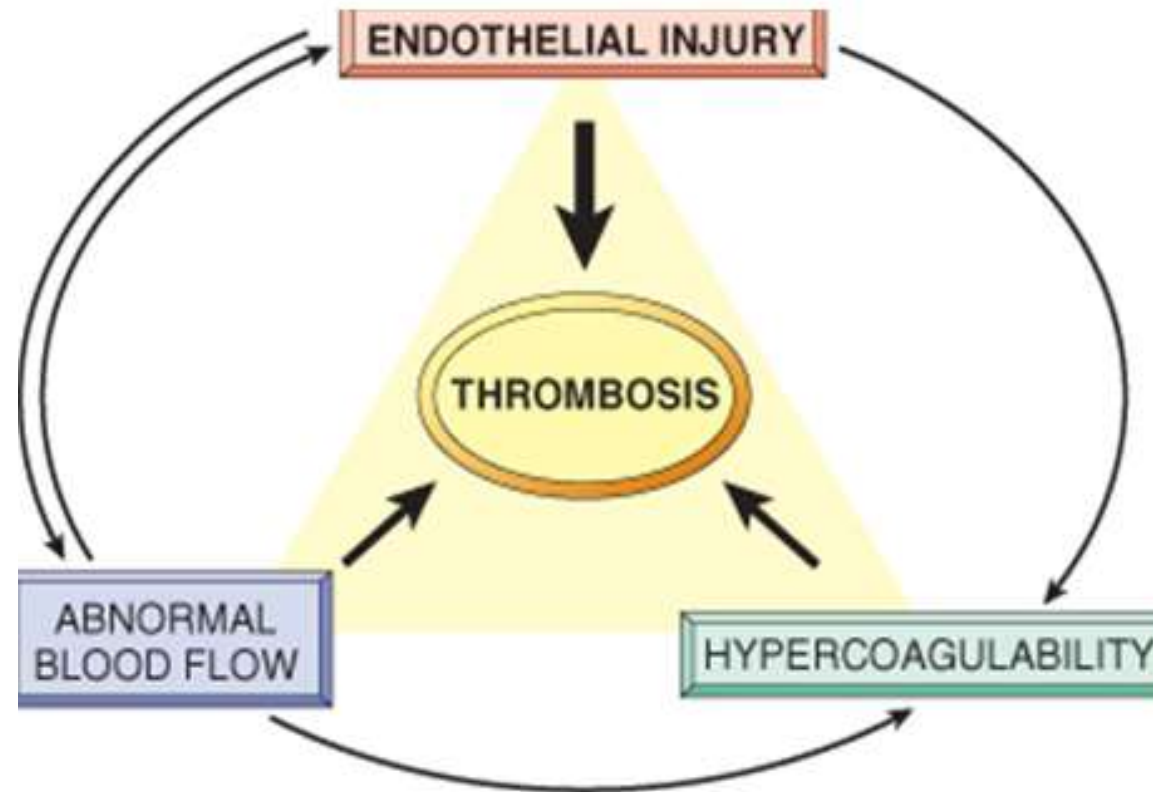
- ✓ Opfrissen kennis t.a.v. diagnostiek DVT
- ✓ Uitbreiden kennis t.a.v. diagnostiek tromboflebitis
- ✓ Behandeling DVT en tromboflebitis: opties en duur
- ✓ Follow-up zorg en mogelijke complicaties

# Pathogenese veneuze trombose



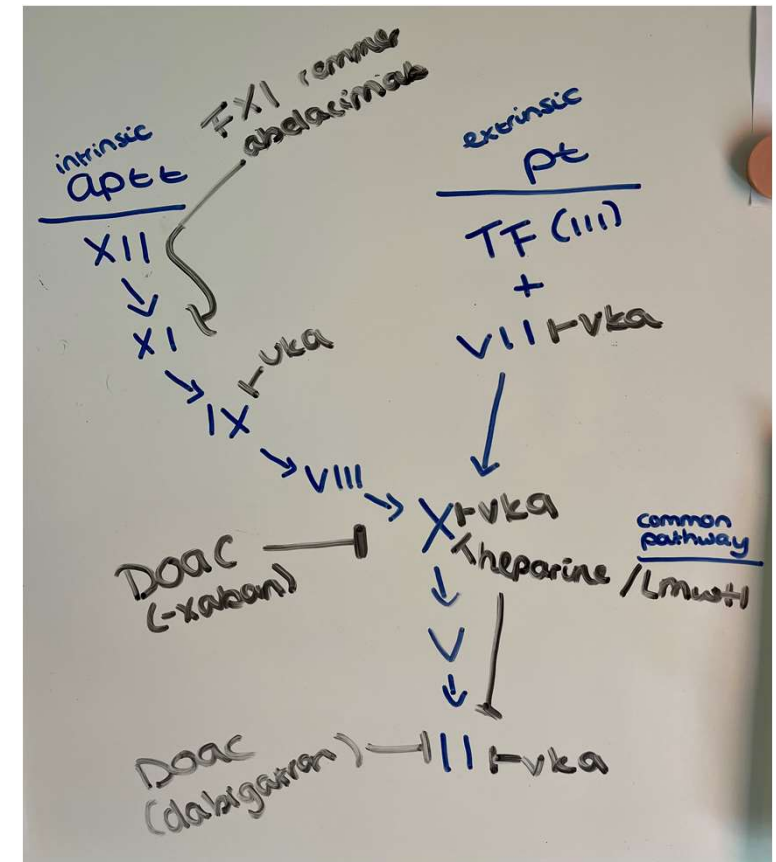
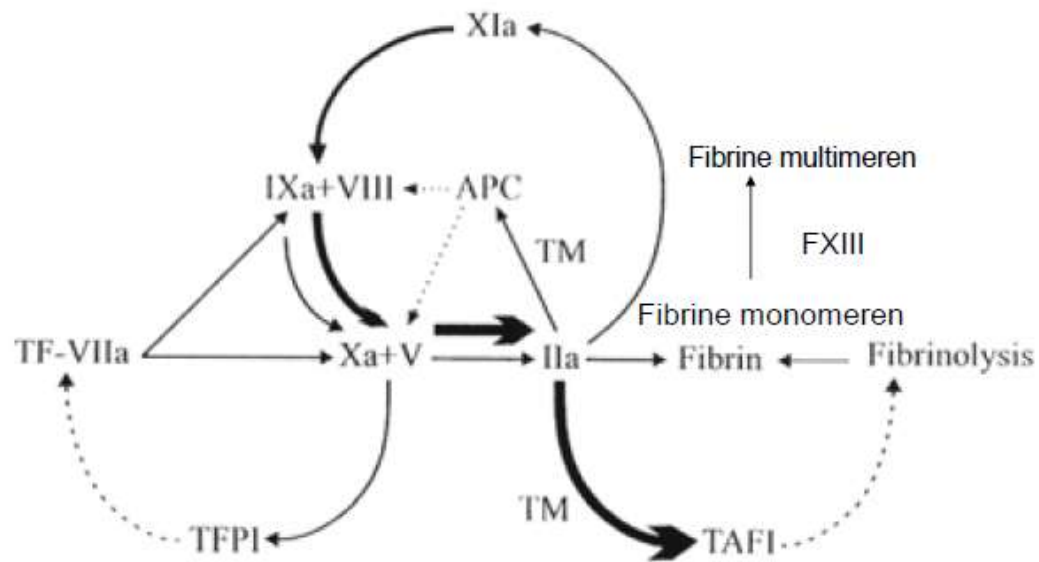
# De trias van Virchow

albert  
schweitzer



# De stollingscascade

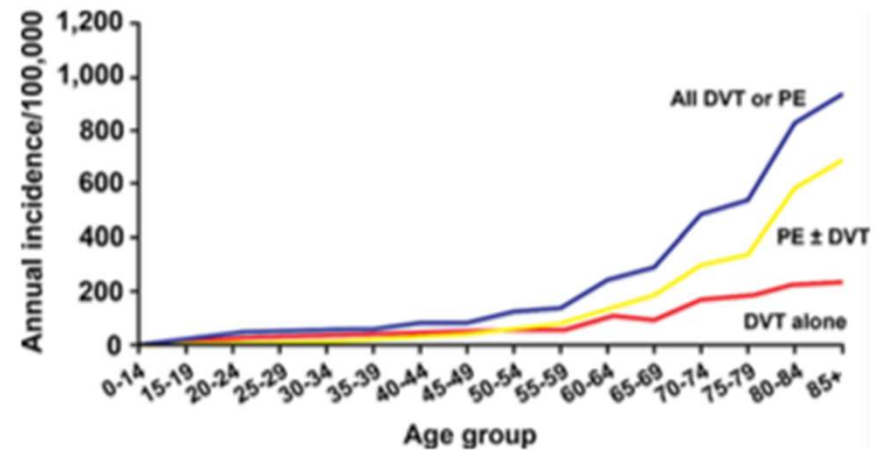
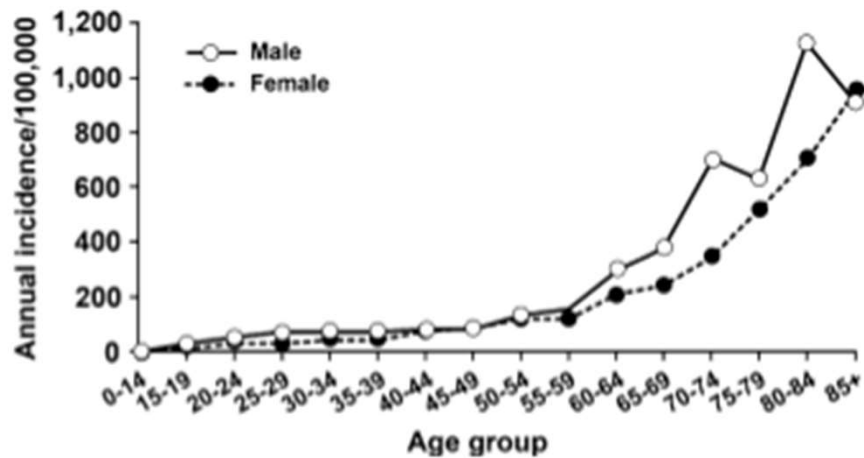
albert  
schweitzer



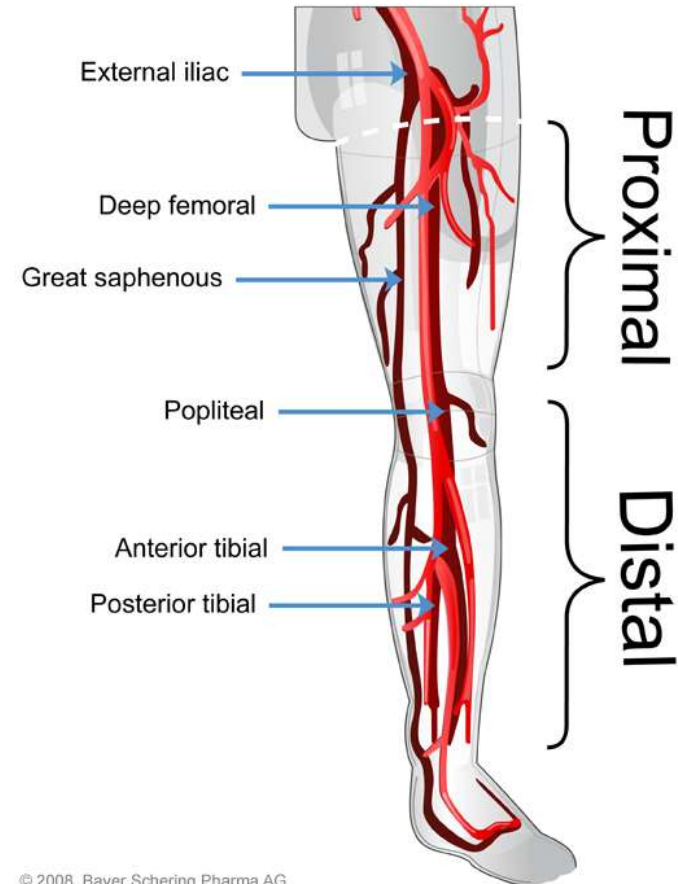
# Incidentie VTE

~ 104-183 per 100000 personen per jaar

~ 25000 Nederlanders per jaar



# Diep veneuze trombose (DVT) been



© 2008, Bayer Schering Pharma AG  
www.thrombosisadviser.com

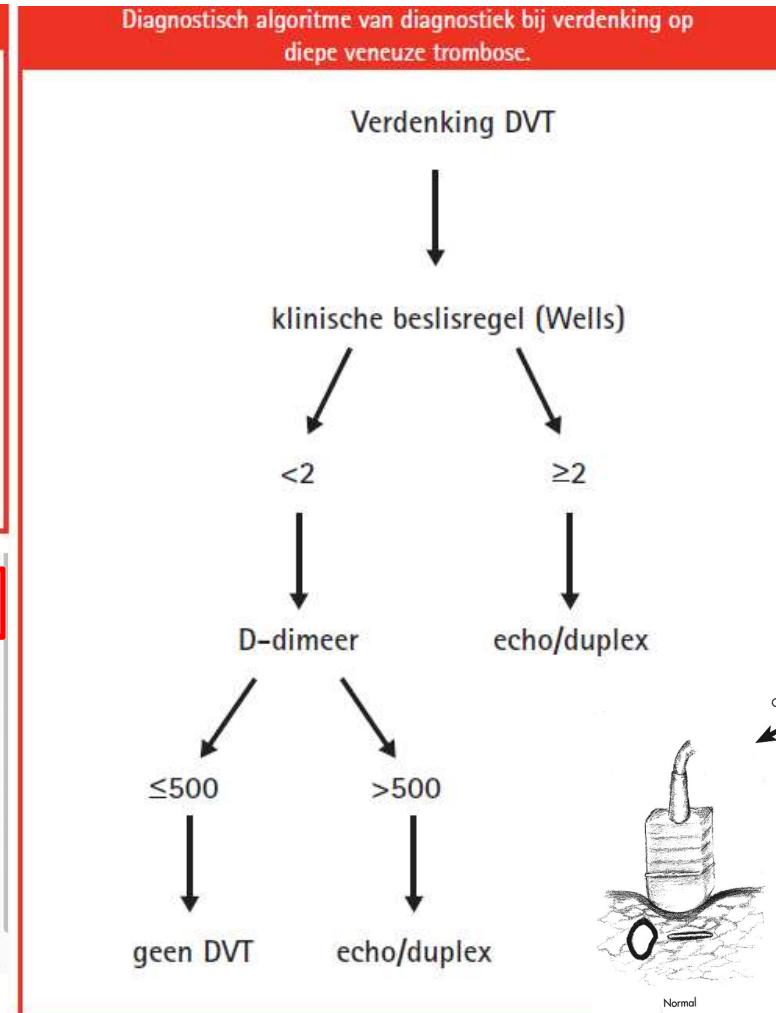


# Diagnostiek bij verdenking DVT

**Klinische beslisregel volgens Wells bij diepe veneuze trombose.**

Score	
• Maligniteit aanwezig	1
• Immobilisatie been (parese, paralyse, gipsspalk)	1
• Bedrust >3 dagen, grote operatie <4 weken	1
• Zwelling gehele been	1
• Verschil in kuitomvang $\geq 3$ cm	1
• Pittingoedeem van het symptomatische been	1
• Uitgezette oppervlakkige venen	1
• Pijn in beloop van diepe venen	1
• Alternatieve diagnose	-2
Waarschijnlijk	$\geq 2$
Onwaarschijnlijk	$< 2$

Beslisregel DVT		NHG
1.	Mannelijk geslacht	
2.	Gebruik systemische oestrogenen (zoals anticonceptiepil, hormoonring/-pleister) of prikpil	1
3.	Aanwezigheid maligniteit	1
4.	Operatie ondergaan in de laatste maand	1
5.	Afwezigheid van trauma dat zwelling in kuit verklaart	1
6.	Uitgezette venen van het been	1
7.	Verschil maximale kuitomvang $\geq 3$ cm	2



# DVT: secundair of idiopathisch

## - Secundair/uitgelokt: t.g.v. tijdelijke risicofactor

- Langdurige immobilisatie (>3d bedrust)
- Adipositas (indien later niet meer aanwezig)
- Langdurige vliegreizen
- Operatie
- Trauma
- Tijdelijk centraal veneuze lijn
- Zwangerschap en kraambed
- Gebruik van orale anticonceptie en hormonale substitutie therapie
- Maligniteit

## - Idiopathisch

Tabel 30 Geschat relatief risico op een eerste episode van VTE bij personen met een trombofiliefactor vergeleken met personen zonder deze defecten<sup>#5</sup>

Trombofiliefactor	Geschat relatief risico	Referenties
Antitrombinedeficiëntie	8 - 10	31,32
Proteïne-C-deficiëntie	7-10	31,32
Proteïne-S-deficiëntie	8-10	31,32
Factor-V-Leiden-/APC-resistentie, heterozygoot	3-7	33,34
Factor-V-Leiden-mutatie, homozygoot	14 <sup>*</sup> - 80	35,36
Protrombine-20210A-mutatie, heterozygoot	3	37
Protrombine-210A-mutatie, homozygoot	onbekend	
Gecombineerde factor-V-Leiden- en protrombine-20210A-mutatie	ca 7 <sup>#</sup>	36
Verhoogd FVIII: c (dosisafhankelijk)	2 - 11	38,39
Milde hyperhomocysteinemie (nuchter – na methioninebelasting)	2,5 - 2,6	40
Anticardiolipine antistoffen (totaal – hoge titers)	1,6 - 3,2	41,42
Lupus anticoagulans	11	41,42
Verhoogd FIX: c	2 - 3	43
Verhoogd FXI: c (> 90e percentiel)	2	44

# Verkregen uit familie- en patiëntcontroleonderzoeken.

\* OR t.o.v. alleen dragers van factor-V-Leiden, 3,9 (1,7-8,8) (homozygoot FVL) en 1,5 (0,5-4,3) (protrombinemutatie)<sup>#6</sup>

# Behandeling DVT: keuze & duur antistolling

Ongeacht locatie trombose en ongeacht aanwezigheid erfelijke trombofiliefactor:

## - DOAC: 1<sup>e</sup> keus

- Tenzij: contra-indicatie, bv medicatie-interactie, eGFR<30 mL/min, mechanische hartkleprothese, 2 wk na herseninfarct, intracerebrale bloeding in VG, verhoogd bloedingsrisico, lage therapietrouw, <18jr, zwangerschap, borstvoeding

## + Compressietherapie (6 mnd)

## - Duur:

- Uitgelokt: 3 maanden, mits uitlokkende factor verdwijnt
- Idiopathisch: levenslang (tenzij hoog bloedingsrisico / wens patiënt)

## Richtlijnen beleid

[NAAR VOLLEDIGE TEKST >](#)

- Bij geïsoleerde kuitvenetrombose: kies indien mogelijk op basis van regionale afspraken, anders in overleg met de patiënt voor medicamenteuze behandeling of alléén echografisch vervolgen (bijvoorbeeld na 1 en 2 weken, daarna alleen bij toename klachten). Indien gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling duurt deze 3 maanden. Zie volledige tekst.
- Bij idiopathische en secundaire DVT: zie hieronder voor het beleid.

## Voorlichting en advies

[NAAR VOLLEDIGE TEKST >](#)

- Bespreek de oorzaak van DVT en de aanwezige risicofactoren.
- Zorg bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd voor adequate anticonceptie vanaf het starten met cumarinderivaten. Stop het gebruik van orale anticonceptie direct na behandeling met cumarinderivaten.
- Bedrust is niet nodig.

## Niet-medicamenteuze behandeling

[NAAR VOLLEDIGE TEKST >](#)

- Bij oedeem compressief zwachtelen, een- tot tweemaal per week. Bij geringe zwelling volstaat een steunpantykous of dubbel compressief buisverband.
- Laat therapeutische elastische onderbeenkousen (klasse III) aanmeten. De behandelduur is doorgaans 2 jaar.

## Medicamenteuze behandeling

[NAAR VOLLEDIGE TEKST >](#)

- Start direct na het stellen van de diagnose met antistollingsmedicatie. Maak een keuze tussen behandeling met een cumarinderivaat of een DOAC.
- Bepaal de nierfunctie. Verwijs patiënten met een eGFR < 30ml/min naar een internist.
- Bepaal de duur van de behandeling:
  - eerste episode idiopathische DVT of secundaire DVT: 3 maanden:
  - recidief DVT: start behandeling en verwijs naar internist voor onderzoek naar onderliggende risicofactoren en bepaling van de behandelduur.

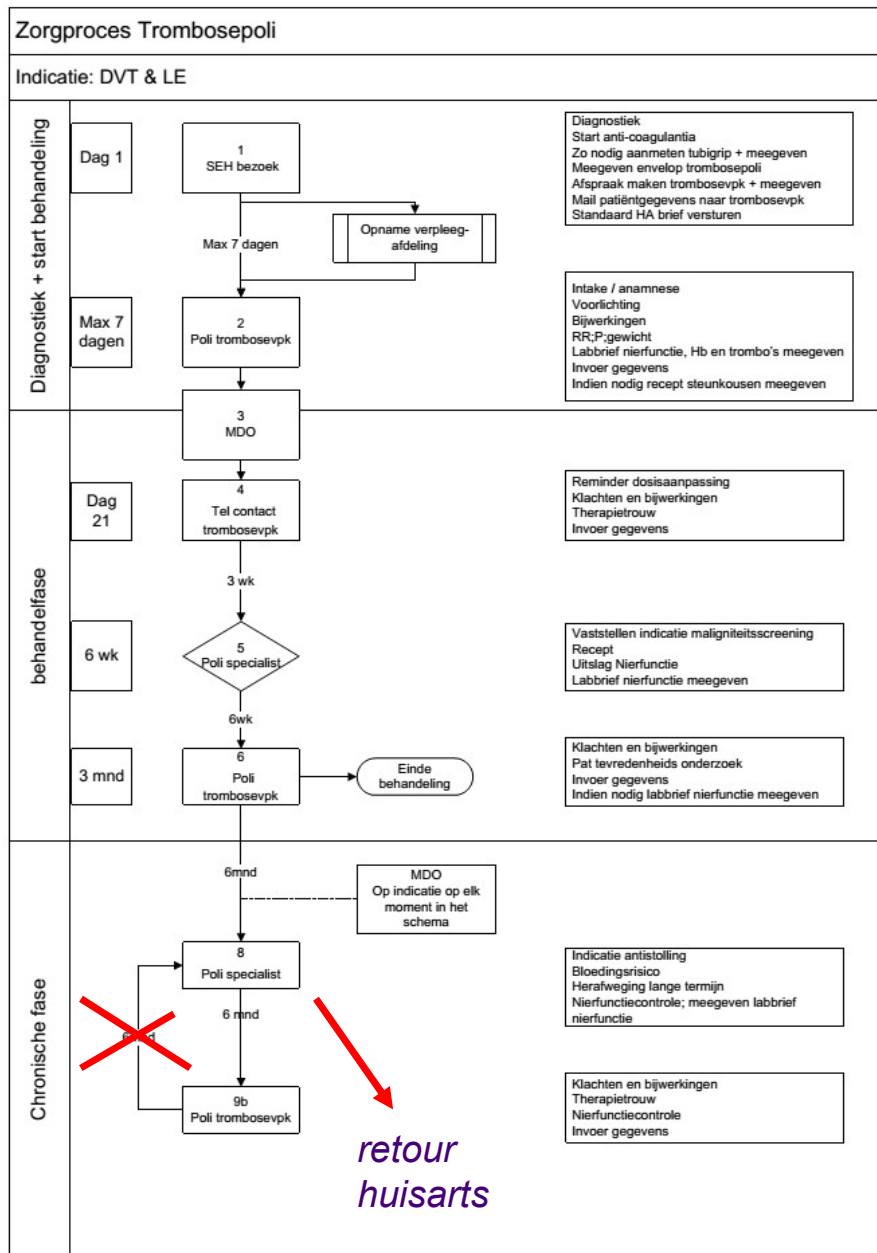
# Verschillende DOAC's

albert  
schweitzer

	Dabigatran (Pradaxa)	Apixaban (Eliquis)	Edoxaban (Lixiana)	Rivaroxaban (Xarelto)
Aangrijpingspunt	Trombine (II)	Xa	Xa	Xa
Renale klaring	80%	25%	50%	35%
Interacties	Zeer beperkt	Zeer beperkt	Zeer beperkt	Zeer beperkt
Dosering bij VTE Startfase	<b>2 dd150mg + LMWH &gt;5dgn</b>	2 dd 10mg 7 dgn	<b>5 dgn LMWH minstens</b>	2 dd15mg 21 dgn
"DOAC only"	nee	ja	nee	ja
Dosering bij VTE Chronisch	2 dd 150mg	2 dd 5mg	1dd 60mg of 1dd30mg (CrCl, BW, P-gp)	1 dd 20mg
Antidotum	Idarucizumab	4-factoren concentraat + Andexanet alfa	4-factoren concentraat + Andexanet alfa	4-factoren concentraat + Andexanet alfa
Monitoring	nierfunctie	nierfunctie + leverfunctie	nierfunctie + leverfunctie	nierfunctie
24/7 kwalitatieve labtest in ASz	Ja (TT)	Nee	Nee	Ja (PT)
Kosten /mnd	€ 73	€ 73	€ 79	€ 69

→ ASZ

# Poli DVT ASZ



# Lange termijn beloop DVT

- Resttrombus frequent aanwezig – ca 25% na 1 jaar
- Posttrombotisch syndroom - ca 15 % van patienten



Hyperpigmentation  
Venous ulcer



Venous ectasia



Edema



Skin induration  
Venous ectasia



# Oppervlakkige tromboflebitis

albert  
schweitzer





# Oppervlakkige tromboflebitis

- Diagnose: kliniek + vaak echo nodig
- Indicatie echo:
  - Klinisch beeld van tromboflebitis op het bovenbeen
  - Klinisch beeld van tromboflebitis elders over een geschat traject > 5 cm
- Bij echo:
  - Beoordeling lengte van het traject van de trombus (in cm)
  - Beoordeling afstand van de trombus tot het diepe veneuze systeem (in cm)

# Behandelindicatie tromboflebitis (1)

- Een echografisch trombus van  $\geq 5$  cm
- Lokalisatie boven de knie met betrokkenheid vena saphena magna of parva
- Ernstige symptomen
- Eerder doorgemaakte VTE of oppervlakkige tromboflebitis
- Actieve maligniteit
- Recente operatie

## Behandelindicatie tromboflebitis (2)

- Oppervlakkige tromboflebitis die de overgang naar het diepe systeem nadert tot  $< 3$  cm van het diepe systeem: behandeling als een DVT, met therapeutische dosis (DOAC) gedurende 3 maanden
- Ongecompliceerde tromboflebitis  $< 5$  cm, vb. na IV canule of bloedafname in de arm: geen behandeling

# Behandeling tromboflebitis

- Eerste keus: Fondaparinux 1dd2,5mg s.c., 6 weken

- Alternatief: Rivaroxaban 1dd10mg, 6 weken

“Hoog profylactische dosis LMWH”

Fragmin 1dd5000 i.e., 6 weken

NB: Fondaparinux € 3,51 / stuk

Rivaroxaban € 2,15 / stuk

Fragmin € 3,48 / stuk

# Recidiverende tromboflebitis

- Géén indicatie trombofilieonderzoek
- Meest zinvol: verwijzing dermatologie voor evaluatie oppervlakkig veneus systeem / varices
- Als geen mechanische verklaring / oplossing: geen uitspraak in landelijke richtlijn over medicamenteuze profylaxe
  - Overweeg “expert-opinion based”: Rivaroxaban 1dd10mg

# Samenvattend

- Diagnostiek DVT:
  - ASZ: adhv de Wells score
  - Idiopathisch vs uitgelokt/secundair
- Behandeling DVT:
  - DOAC (ASZ: Rivaroxaban) 1<sup>e</sup> keus
  - Duur: 3 maanden (uitgelokt) vs levenslang (idiopathisch)
  - Cave PTS
- Diagnostiek tromboflebitis: echo
- Behandeling tromboflebitis:
  - Rivaroxaban 10mg (6wk) bij behandelindicatie
  - Rivaroxaban 20mg als tot 3<cm van diepe systeem (3mnd)



**KEEP  
CALM  
AND  
STOP  
THE CLOT**

# Risicofactoren voor bloeding

albert  
schweitzer

- Leeftijd >65 jaar
- Leeftijd >75 jaar
- Eerdere bloeding
- Maligniteit
- Gemetastaseerde maligniteit
- Nierinsufficiëntie
- Leverinsufficiëntie
- Trombocytopenie
- Eerdere beroerte
- Diabetes
- Anemie
- Plaatjes remmende therapie
- Slecht ingestelde INR
- Co-morbiditeit en verminderd functioneren
- Recente operatie
- Overmatig alcohol gebruik



## VTE-BLEED Score ☆

Assesses risk of bleeding while on anticoagulation.

### INSTRUCTIONS

Use this tool to estimate the risk of major or clinically relevant bleeding after day 30 of anticoagulation administration for acute VTE. The original study enrolled patients who were taking either warfarin or dabigatran.

When to Use ▾

Active cancer	<b>No</b> 0	Yes +2
Male patient with uncontrolled hypertension	<b>No</b> 0	Yes +1
Anemia	<b>No</b> 0	Yes +1.5
History of bleeding	<b>No</b> 0	Yes +1.5
Renal dysfunction (creatinine clearance 30-60 mL/min)	<b>No</b> 0	Yes +1.5
Age ≥60 years	<b>No</b> 0	Yes +1.5

**0** points

VTE-BLEED Score

**Low**

Bleeding Risk

Copy Results 📄

Next Steps »»»

# NHG tromboflebitis: diagnose

- Oppervlakkige tromboflebitis heeft een risico van enkele procenten op uitbreiding naar DVT (zie Details). Lokalisatie in de hoofdstam van de vena saphena magna vormt het grootste risico op uitbreiding.
- Stel de diagnose *tromboflebitis* bij pijn, roodheid en zwelling ter plaatse van een oppervlakkige vene die bij palpatie vast aanvoelt, als een koord of een streng.
- Bij tromboflebitis een conservatief beleid geïndiceerd: als pijnstilling adviseren we paracetamol of een NSAID in een standaarddosering (zie [NHG-Standaard Pijn](#)). Schrijf desgewenst lokale kompressen voor.
- Controleer na een week, of eerder bij toename van klachten.
- Aanvullende diagnostiek is meestal niet nodig.

# NHG tromboflebitis: echo

- Alleen bij een (fors) grotere tromboflebitis of bij uitbreiding van de tromboflebitis en/of indien deze in de buurt van de verbinding met het diepe systeem komt (lies of knie), is echografie geïndiceerd.
- De precieze grootte van de tromboflebitis waarbij een echo is geïndiceerd, is niet goed aan te geven. De vraagstelling bij de echo is of er een tromboflebitis aantoonbaar is en, indien aanwezig, hoe groot deze is en of deze in de buurt van een verbinding met het diepe systeem gelokaliseerd is.

# NHG tromboflebitis: beleid

- Bij kleinere tromboflebitiden wordt primair een conservatief beleid geadviseerd: pijnstilling met paracetamol, NSAID's, lokale kompressen en controle na een week of eerder bij toename van klachten. Eventueel kan diclofenacgel als behandeling worden voorgeschreven ter bestrijding van lokale symptomen, al is er zeer weinig bewijs voor de effectiviteit.
- Bij een *echografisch* vastgestelde tromboflebitis van > 5 cm of in de buurt van een verbinding met het diepe systeem is behandeling geïndiceerd. Behandel zelf (off-label) met een intermediaire dosering LMWH gedurende 6 weken, of verwijst hiervoor naar een internist
- Bij herhaald optreden van oppervlakkige tromboflebitis (arbitrair: binnen 6 maanden) is verwijzing naar een internist aangewezen ter uitsluiting van een onderliggend lijden (zoals een maligniteit).













## Vragen of opmerkingen?



?

?

?

## **Casuïstiek bespreking**

Alternerend in drie groepen met 35 minuten

Sessies om 19.40u – 20.15u - 20.50u

**Sessie Workshop Vaatlaboratorium, locatie de Kapel**

**Sessie Dermatologie, Zaal 1**

**Sessie Interne geneeskunde, Zaal 2**

# Workshop Vaartlaboratorium

albert  
schweitzer

Locatie: De Kapel

Over: veneuze en arteriële vaatdiagnostiek met duplexonderzoek en doppleronderzoek

Met : Vaat diagnostisch laboranten Lieneke Uytdehaag, Femke Bottelier, Ineke Mureau en Hans van der Weijden, radiologie laborant.

# Workshop dermatologie

albert  
schweitzer

Zaal 1.

Over: Casus en foto quiz

Met: Jaap van der Velden



# Dikke benen: van varices tot lipoedeem en lymfoedeem

Jaap van der Velden, dermatoloog



# Workshop interne geneeskunde

albert  
schweitzer

Zaal 2

Over: Casuïstiek bespreking

Met: Anja van Gucht, internist - hematoloog ASz

# CASUÏSTIEK

dr. Anja van Gucht, internist-hematoloog





## Casus 1: DVT post-operatief

- Man, 45 jr, DVT linker been, 3 dagen na transsfenoïdale adenectomie van een macroprolactinoom.
- VG/ 4jr geleden myocardinfarct waarvoor stents, hypercholesterolemie
- Med: Simvastatine 40mg, Metoprolol 50mg MGA, Ascal 80mg

Beleid t.a.v. antistolling?

# Casus 1: afwegingen

- Veilig om 3 dagen post-OK antistolling te starten?
- Welke antistolling geeft laagste bloedingskans?
- Wijzigbare risicofactoren voor verhoogde kans op bloeding?

# Casus 1: overwegingen

- Wijzigbare risicofactor: Ascal gebruik
- Niet-wijzigbare risicofactor: recente OK
  
- OK wel al 3 dagen geleden, geen absolute contra-indicatie antistolling
- In eerste instantie: split dose therap. LMWH (geen DOAC) èn staken Ascal

# Casus 1: beloop

- Na 3 dagen: neusbloeding
- B/
  - Tranexaminezuur en neustampon
  - 1 therap. dosis LMWH overslaan
  - Over op profylactische dosis
  - Na 24u: weer therap. dosis, geen bloeding meer
  - Bij ontslag: DOAC (3 mnd), daarna herstart Ascal

## Casus 2: DVT en maligniteit

- Man, 63jr, recent vastgesteld: gemetastaseerde darmkanker. Nu DVT linker been
- Lab: normaal bloedbeeld
  
- Keuze antistolling:
  - DOAC
  - LMWH
  - VKA

## **Casus 2: afwegingen**

- Nierfunctie?
- Co-medicatie?

# VTE en maligniteiten

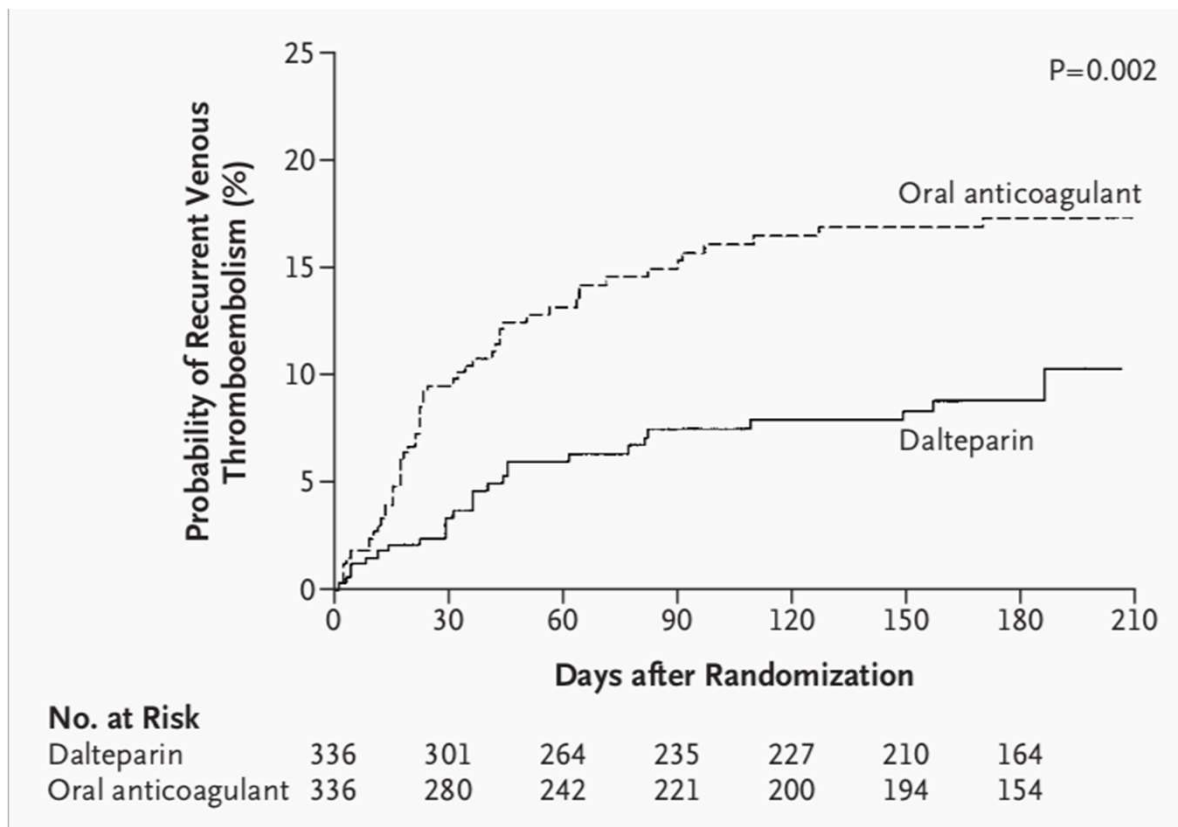
- Circa 20% van alle 1e “VTE-events” zijn maligniteit gerelateerd
- Patiënten met maligniteit:
  - Incidentie VTE: 0.5% /jaar vs algemene populatie 0.1% /jaar
  - Verhoogd mortaliteitsrisico bij VTE
  - Circa 25% moet heropgenomen worden vanwege trombose of bloeding

# Relatieve risico op VTE bij patiënten met maligniteit opgenomen in het ziekenhuis

Cancers	Odds ratio
Haematological cancer	26.2
Lung	24.8
Gastrointestinal (bowel, pancreas, stomach, oesophagus)	18.9
Brain	8.0
Kidney	5.8
Skin (melanoma, squamous cell)	3.6
Breast	3.5
Prostate	3.4
Uterine cervix	3.3
Ovarium	2.3
Ear, nose and throat	1.5
Other	6.6



# LMWH vs VKA



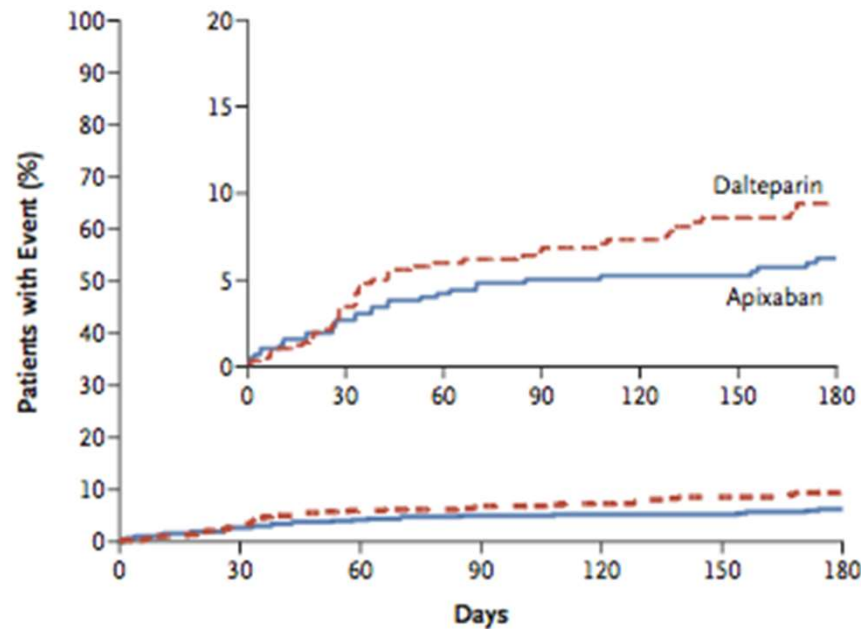
Bloedingen:

- VKA: major 4% / any 19%
- LMWH: major 6% / any 14%

# DOACs vs LMWH

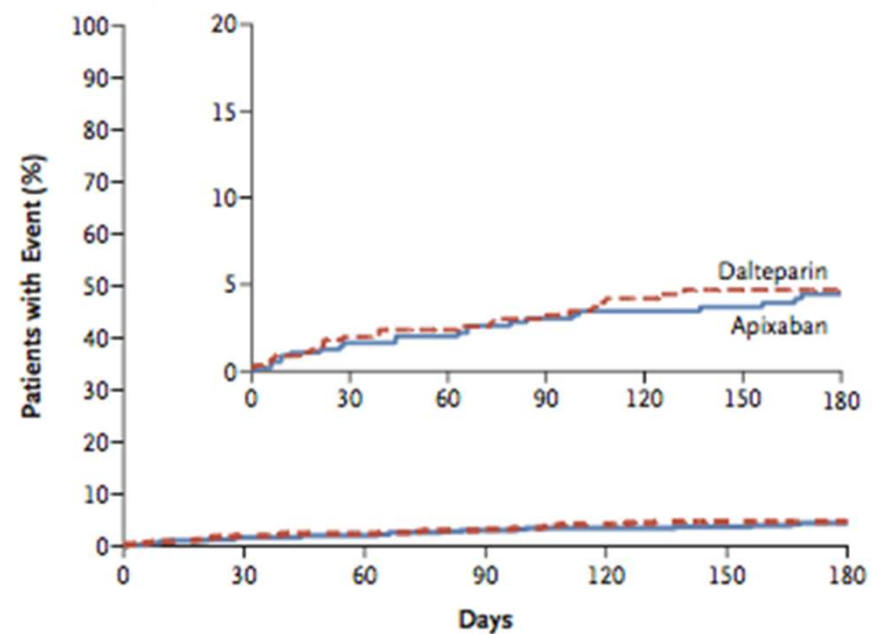
albert  
schweitzer

**A Recurrent Venous Thromboembolism**



No. at Risk		0	30	60	90	120	150	180
Dalteparin	579	507	462	417	383	352	217	
Apixaban	575	522	481	453	424	399	241	

**B Major Bleeding**



No. at Risk		0	30	60	90	120	150	180
Dalteparin	579	510	473	430	387	355	222	
Apixaban	575	527	490	458	427	402	238	

# Behandeling DVT (VTE) bij maligniteit

- DOAC, tenzij:
  - Maligniteit tr. dig. of urogen. in situ
  - Hoog geschat bloedingsrisico
  - Fase 1 studies / medicatie interactie met DOACs
  - Acute leukemie of MDS waarvoor intensieve chemo e/o (recente) allo-SCT met immuunsuppressie (interacties)
  - Buikvenetrombose
  - Katheter-gerelateerde trombose bij actieve maligniteit
  
- Dan: therap. LMWH

# Terug naar de casus

- Beleid: therap. LMWH
- Inmiddels 30 dagen na vaststellen DVT: behandeling met chemotherapie
- 10d na start van kuur: neusbloeding.
- Lab: trombo's 10

En nu?

- Staken LMWH? Continueren LMWH?

# Expert opinion – Leidraad SCC of ISTH

albert  
schweitzer

Trombo's:

- $> 50 \times 10^9/L$ : continueren therap. antistolling
- $25-50 \times 10^9/L$ :
  - Hoog VTE-risico: therap. LMWH met trombo-transfusie ( $>40-50$ )
  - Laag VTE-risico: halve/profylactische dosis LMWH
- $<25 \times 10^9/L$ : tijdelijk staken antistolling

## Vervolg casus

- Therap. LMWH tijdelijk gestaakt
- 2 dagen later belt patient weer ivm melaena
- Lab: trombo's 20, Hb 4.0

En nu?

# Casus: aanvullende maatregelen

- Trombo transfusie, streef  $>50 \times 10^9/L$
- Ery transfusie, streef Hb 5.0 (63jr) als HDS
- Endoscopie binnen 24u
- Bij shock / geen HDS: couperen antistolling

## Casus 3: DVT en anticonceptie

- Vrouw, 30jr, DVT linker been, gebruikt OAC
- B/ DOAC
  
- OAC:
  - Verhoogd risico op VTE (OR 5.4; BI: 4.5-6.4)
  - RR het grootst in 1<sup>e</sup> drie maanden van gebruik, maar blijft daarna 2-5x verhoogd
  
- Nog aanvullende diagnostiek?
  1. Anamnese + LO + lab
  2. 1+ echo abdomen en X-thorax
  3. 1 + CT en mammogram



# Occulte screening maligniteit & idiopathische DVT?

- Prevalentie occulte kanker: 5.2% na follow-up van 12 mnd
- Bij uitgebreide screening:
  - 2x grotere kans op ontdekken van occulte maligniteit
  - Geen verschil mbt maligniteit in vroeg stadium of mortaliteit
  - Nadelen: hogere kosten en potentieel onnodige invasieve diagnostiek

# Expert opinion SCC ISTH

- Beperkte screening:
  - Volledige anamnese en LO
  - Uitgebreid lab en urine screen
  - X-thorax
  - Check deelname BVO's

## Terug naar de casus

- Als tijdelijke risicofactor (die weer verdwijnt): duur antistolling: 3 maanden
- Advies: staken OAC wanneer DOAC stopt

## Vragen of opmerkingen?



?

?

?

# Albert Event nr. 123

Donderdag 30 november 18.30 -21.30 uur

albert  
schweitzer



## Zorg rondom ouderen

# Tot ziens!

albert  
schweitzer

Hartelijk bedankt voor uw belangstelling  
en graag tot een volgende keer!

Bureau Huisartsencontacten Albert Schweitzerziekenhuis  
078- 6542004

[Huisartsen@asz.nl](mailto:Huisartsen@asz.nl)

[www.asz.nl](http://www.asz.nl)

[www.mijnasz.nl/zorgverleners](http://www.mijnasz.nl/zorgverleners)