

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-06-27

Innehållsansvar: Maria Revelj, (marre19), Överläkare

Giltig till: 2027-06-24

Granskad av: Mårten Alkmark, (marst98), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Tromboflebiter, behandling

Revideringar i denna version

Alla tromboflebiter >5 cm bör genomgå ultraljudsdiagnostik.

Tydliggörande att flertalet med ytlig tromboflebit bör behandlas med antikoagulantia pga. relativt hög frekvens av samtidig asymtomatisk djup ventrombos (DVT).

Förtydligande: vid tromboflebitmisstänkta symtom, hänvisning till Akutmottagningen för gravida och nyförlösta.

2023-06-28: Endast uppdaterat till ny mall samt sett över att innehållet i dokumentet fortfarande gäller.

2025-06-23 rutin förlängs två år, inga medicinska ändringar.

Utförande

Definition och terminologi

Tromboflebit är en inflammatorisk process i en ytlig ven med eller utan trombbildning. Flebit kan alltså förekomma även utan trombos. Termen **ytlig ventrombos** används vid *objektivt påvisad trombos i ytlig ven*.

Tromboflebiter kan bildas i varikösa kärl eller i perifera kärl efter injektioner eller annat trauma. Tromboflebiter kan progrediera in till det djupa vensystemet och därmed orsaka DVT med risk för lungemboli. Prevalensen är ökad vid samtidig koagulationsrubbing.

Symtom vid tromboflebit: smärta, rodnad, svullnad, ömhet i ytligt blodkärl, kan ibland upplevas som ospecifik smärta i extremiteten. Om hela extremiteten är svullen misstänks istället DVT.

1. Akuta analyser

Före behandling tas följande prover och lämnas till lab **inom 1 timme:**

Laboratorieanalys	Rör för provtagning
Hb, TPK	1 EDTA-rör, lila kork
APTT, PK(INR)	1 Na-citrat, ljusblå kork
Krea, ALAT	1 rött rör med gel

Vid PK (INR) > 1.2, S-kreatinin > 170 umol/L, TPK < 85 x 10⁹/L samt förlängd APTT måste antikoagulantibehandling individualiseras. Obs! Att förlängd APTT kan förekomma vid lupus antikoagulans och är ett tecken på ökad trombosrisk istället för blödningsbenägenhet.

2. Trombofiliutredning

Om trombofiliutredning inte redan är gjort på barnmorskemottagning utförs det vid upprepade tromboflebiter, släktanamnes på venös tromboembolism (VTE) enligt hemARGs och SUs riktlinjer angående nära släkting eller försämring trots behandling. Blodprover tas då **före behandling**. Skickas till laboratoriet för omhändertagande **inom 30 minuter**. Vid försämring trots behandling får prover tas under behandlingen.

Laboratorieanalys	Rör för provtagning
Trombofili inklusive lupusantikoagulans	7 Na-citrat, ljusblå kork
APC resistens (Faktor V Leiden), protrombingenmutation	1 EDTA-rör, lila kork
Kardiolipin/ β 2-glykoprotein-I antikroppar	1 Rött rör utan tillsats

Använd remiss 3 klinisk kemi (kryssa i venös trombosutredning och lupusscreening) och immunologremiss.

Vid trombofili/avvikande fynd se PM [Akut venös trombos](#).

3. Diagnostik

Vid misstanke om tromboflebit hänvisas patienten till Akutmottagningen för gravida och nyförlösta för närmare bedömning och diagnostik.

Tromboflebiter i ytliga vener i nedre extremiteter drabbar v.saphena magna i 60-80% och v.saphena parva i 10-20%.

Inspektera området. Bedöm utbredning. Närhet till inträde i djupa vensystemet (v. femoralis/v. poplitea)? Alla tromboflebiter > 5 cm bör genomgå ultraljudsdiagnostik.

Ultraljud skiljer på tromboflebit med och utan trombos i aktuellt kärl. Vid små tromboflebitar <5 cm som inte har närhet till inträde i djupa vensystemet (v. *femoralis/v. poplitea*) kan man avvakta med ultraljudsundersökning, som istället görs vid utebliven förbättring eller progress. Mindre tromboflebitar utan närhet till djupa vensystemet behandlas enligt punkt 6 nedan.

Vid tromboflebit i v.saphena magna som når till övre delen av låret/ljumsknivå är risken hög för DVT.

Undersökningen upprepas efter 1-3 v om dålig behandlingseffekt eller om benet svullnar. Också aktuellt vid armsvullnad och tromboflebit på armen.

4. Mobilisering

Inga restriktioner avseende mobilisering.

5. Kompressionsstrumpa

Kompressionsstrumpa klass I ges initialt och om kvarstående besvär efter en månad klass II.

6. Behandling av tromboflebit utan DVT under graviditet och postpartum

Flertalet ytliga ventromboser bör leda till behandling med antikoagulantia pga. relativt hög frekvens av samtidig asymtomatisk DVT.

Behandling vid tromboflebit med trombos i aktuellt kärl.

- a) **Enstaka tromboflebit**, < 5 cm lång, i varikösa kärl eller kort tromboflebit efter venös infart.
Lokalbehandling kan ges med NSAID tex Diklofenakgel under hela graviditeten förutsatt att huden är intakt och maxdos inte överskrids. Även stödstrumpa klass I kan övervägas.
Ytterligare ett alternativ är Hirudoidsalva som lokalbehandling.
Om utebliven förbättring behandlas enligt punkt b).
- b) **Alla andra**
Under graviditet: **Fragmin 125 E /kg x 2** sc alt **Innohep 100E/kg x2** i 4 veckor och därefter kroppsviktsanpassad normaldos trombosprofylax tom 6 veckor postpartum, se PM trombosprofylax.
Diagnos ≤ 12 v postpartum: **Fragmin 200 E/kg x 1** alt.
alternativt **Innohep 175 E /kg x 1** i 2 veckor och sedan halverad dos 4 veckor.

LMH-dosen kan behöva reduceras vid nedsatt njurfunktion eller vid ökad blödningsrisk.

Vid *försämring* uteslut DVT med ultraljud!

Vid terapivikt eller recidiv av tromboflebit övervägs förlängd LMH-behandling, koagulationsutredning, kärlkirurgkonsult (se nedan) och malignitetsutredning.

Behandling av tromboflebit utan påvisad trombos i kärlet.

Inflammation i kärlväggen som ger likartade symtom. Ses efter injektion av lokalretande läkemedel och i samband med intravenösa infarter.

Behandling: se ovan punkt 6a. Vid dålig effekt, långdraget förlopp eller försämring skall nytt ultraljud göras med trombosfrågeställning.

7. Behandling av tromboflebit med DVT

Se PM avseende [VTE](#)

8. Underbindning av ven

Underbindning proximalt om det trombotiserade kärlet rekommenderas inte.

9. Behandling under partus

Antikoagulantibehandling i samband med partus se PM antikoagulantibehandling under partus och puerperium. Behandlingen utsätts vid etablerat värkarbete och ansvarig läkare skall skriva behandlingsplan i god tid före förlossningen.

10. Amning

Heparin/LMH och Diklofenak (tablett eller gel) kan ges vid amning.

Granskare/arbetsgrupp

Maria Revelj, överläkare, Anna Hagman, överläkare KK/SU

Joy Ellis mödrahälsovårdsöverläkare och Karin Jerhamre Sundh mödrahälsovårdsöverläkare

Mårten Alkmark, överläkare KK/SU

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Maria Revelj

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Maria Revelj, (marre19), Överläkare

Granskad av: Mårten Alkmark, (marst98), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-262

Version: 5.0

Giltig från: 2025-06-27

Giltig till: 2027-06-24