

Gäller för: Internmedicinmottagning NÄL

Innehållsansvar: Yoav Eling, (yoael1), Överläkare

Godkänd av: Camilla Högström, (camho5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-07-03

Giltig till: 2027-07-03

Handläggning av lungemboli vid nybesök

Förändringar sedan föregående revision

Inga förändringar är gjorda i innehållet sedan föregående revision.

Bakgrund och Syfte

DVT och lungemboliuppföljningar är bland de vanligaste besöksorsaker till internmedicinmottagningen. Av detta skäl är det av värde att ha ett strukturellt handläggningsplan vid ny/återbesök. Nedan finns en checklista/förslag till handläggningsplan för uppföljning av DVT/LE. Vid oklarheter i första hand diskutera med erfaren kollega alternativt Dagbakjour.

Naturalförlopp och recidivrisk vid lungemboli

Naturalförlopp: 50 % är upplöst inom 1 månad. Efter 6 månader har ca 60 % av patienterna normal lungfunktion. Det är 3 ggr högre risk att patienten recidiverar med LE än DVT.

Recidivrisk vid idiopatisk lungemboli anges kunna vara upp till 50 % inom 5 år, vilket är högre än för DVT.

Runt hälften av DVT är oprovocerade och andra hälften är provocerade (temporära och icke temporära riskfaktorer samt cancer associerad trombos).

Utförande

- Rekapitulera anamnes för en klarare bild om möjliga provocerande faktorer, hereditet, tidigare historia av trombos och malignitetsanamnes* (se nedan)
- Vid malignitets misstanke (baserat på klinik/blodprover/status/atypisk lokalisering som t ex bilat DVT eller Trousseau syndrom) vidare utredning är indicerat, dock rekommenderas ej rutinmässig stor malignitetsscreening
- Koagulationsutredning främst vid ålder <50, speciellt om hereditet och/eller oprovocerat DVT/LE, samt atypisk lokalisering där inget malignitetsmisstanke framkommer. Ålder >50 i undantagsfall.
- Vid koagulationsutredning så får warfarin pausas i 2 månader och DOAC i 2 veckor. Vid behov komplettering med lupus antikoagulansprover och vid positiva prover blir det oftast ett kontrollprov om 12 veckor för bekräftelse.
Vid fynd av antifosfolipidsyndrom, protein C-brist, Protein S-brist, antitrombinbrist, homozygot Faktor V mutation kontakt med koagulationsjour för hjälp med handläggning.
- Lungröntgen hos patienter som är rökare/X-rökare vid oprovocerat DVT. Inkoppling av gynekologkonsult vid oprovocerat proximal DVT hos kvinnor, speciellt vid ålder>40år. Individuell bedömning gällande mammografi vid oprovocerat venös trombos, dock får det vara något mer frikostigt med tanke på bröstcancer är vanligt förekommande om undersökning ej utförts nyligen.
- Prover inför återbesök. blod och diff, SR, el, lever och PSA om man >50, U-stick vid behov, vikt med BMI
- Individuell bedömning (oftast beroende på utlösande faktor) för immobiliserings profylax med kompressionsstrumpor alt LMWH/lågdos Xarelto.
- Informera att söka akut vid symptom av DVT/LE efter avslutad behandling
- Cancer associerad trombos (CAT); I RMR rekommenderas Fragmin/Innohep men det finns studier där man även kan använda DOAC (f n Edoxaparin och Rivaroxaban). Det finns något högre blödningsrisk dock i särskilda fall kan det användas (undvikt speciellt vid GI-tumörer, primära eller sekundära maligna hjärntumörer, cancer i urinvägar, pågående cytostatikabehandling). Vid CAT är behandlingstiden minst 3 - 6

månader men styrs generellt av status från underliggande malignitet.

Behandlingstid enligt nedan:

Låg till intremediär risk LE	minst 6 mån
Utbredning till minst 2 lobartärer (stabil/instabil hemodynamik)	minst 12 mån
Recidiverande lungemboli (eller tidigare DVT)	12 mån – tills vidare

Malignitetsfrågor

- B-symptom (vikt frivilligt/ofrivilligt?)
- Ändrade avföringsvanor- blodig/svart avföring
- Miktionsvanor, hematuri
- Nyttillkomna skelettsmärter
- Nyttillkomna respiratoriska symptom (exempelvis hosta/hemoptys)
- Buksymptom som nyttillkommen svullnad, buksmärta, palpbar resistens
- Tillkomst av palpbar resistens i bröst och lymfkörtlar
- Underlivsblödningar som är nyttillkomna
- Hudförändringar, speciellt vid misstanke om melanom
- Livsstil (rökning/etyl)

CTEPH (Chronic thromboembolic pulmonary hypertension)

- Vid kvarvarande dyspné efter minst 6 månaders optimal antikoagulantia behandling, så bör man ha CTEPH (ca 2 - 4% av fallen) i differentialdiagnos. Definitionsmässigt är pulmonell hypertension medel PA-tryck (mPAP) i vila >25mmHg som sker med invasivt tryckmätning via hjärkateterisering. I praktiken sker utredning initialt med UCG med man skattar

sPAP (systolisk PA-tryck) där övre normal gräns för normalt är 35–40 mmHg dock finns andra sjukdomar som också ökar sPAP (exempelvis vänsterkammarsvikt, lungsjukdomar som KOL etc) vilket försvårar bedömningen.

- I första hand sker utredningen med UCG (se ovan) och lungscintigrafi (perfusionsdefekter). Tänk på att det oftare finns andra orsaker till dyspné som sannolikt är mer sannolika samt flera orsaker till förhöjd sPAP. Generellt sätt så ska UCG räcka till (då vid normal bild så kan man utesluta CTEPH), men av praktiska skäl så kan man skicka remiss för både UCG och lungscintigrafi.
- Vid högerkammarpåverkan och kvarvarande proppar skickas remiss till PAH-mottagning i SU. Vid oklarheter, rådfråga erfaren kollega alt kan man ta kontakt med läkare på PAH-team i SU. Remissen ska innehålla:^[1]_[SEF]
 - Anamnes (inklusive vikt och längd)
 - Svar på lungscintigrafi och UCG
 - Aktuell funktionsklass (NYHA eller beskrivning av symtomen)
 - Performance status
 - Lung-röntgen (räcker oftast med den CT som gjordes då man ställde diagnosen LE)
 - EKG (så nytt som möjligt)
 - Spirometri med DLCO
- Hos PAH-team utreds patienten sannolikt med ny CT thorax (kronisk LE protokoll), hjärkateterisering och ev pulmonalis angiografi. Därefter ställning till kirurgisk behandling (pulmonell endartrektomi) alternativt medicinsk (varianter av vasodilerande). Oavsett indikation är det livslång antikoagulantibehandling (oftast warfarin).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Internmedicinmottagning NÄL

Innehållsansvar: Yoav Eling, (yoael1), Överläkare

Godkänd av: Camilla Högström, (camho5), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10032-1320169253-510

Version: 4.0

Giltig från: 2025-07-03

Giltig till: 2027-07-03