

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2024-09-04

Innehållsansvar: Katarina Glise Sandblad, (katgl2), Specialistläkare

Giltig till: 2026-09-04

Granskad av: Sara Lann, (sarla26), Sektionschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

DVT och lungemboli – inneliggande utredning

Revideringar i denna version

Mindre ändringar rörande koagulationsutredning.

Syfte

Vägledning för utredning av inneliggande patienter med djup ventrombos (DVT) eller lungemboli (LE).

Arbetsbeskrivning

Vid lungemboli

UCG

Görs vid omfattande lungemboli (≥ 2 lobartärer alt 1 huvudartär på CT, $> 40\%$ perfusionsdefekt på scint).

Vid patologisk RV/LV-kvot på CT thorax kan UCG avstås om patienten är helt opåverkad.

Frågeställning UCG: Högerkammerbelastning? PA-tryck? Tromb i höger förmak eller kammare?

TNI eller NTproBNP

Tas för riskstratifiering om patienten är påverkad eller har högerkammerbelastning på CT. Behöver inte tas på opåverkade patienter /vid små lungembolier.

Bilddiagnostik av höger kammare och biomarkörer avgör vilken riskgrupp patienten tillhör, var god se [Venös tromboembolism och antikoagulantibehandling hos vuxna och vid graviditet \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

POX-promenad

JA när syrgasbehov förelegat under vårdtiden. Omfattande utbredning. Dyspné vid gång på avdelningen.

NEJ vid syrgasfrihet utan anatomiskt omfattande LE, >90% i saturation. Diskreta symtom.

Vid lungemboli och/eller DVT

Stödstrumpor

JA vid DVT. Be ssk på AK-mottagningen skriva remissen för stödstrumpa i samband med att patienten får information om behandling.

NEJ rutinmässigt vid LE. Endast vid symtom på DVT.

OBS hög stödstrumpa är *ej* nödvändigt vid hög DVT, låg strumpa har lika god effekt, men om patienten önskar hög stödstrumpa för symtomlindring kan detta ges.

Stödstrumpa förskrivs endast under pågående behandling med AK eller konstaterat posttrombotiskt syndrom (PTS).

Koagulationsutredning

Patienter under 50 år som inte har tydligt utlösande faktor till DVT/LE eller patienter med recidiv under pågående behandling (främst antifosfolipidsyndrom eller, vid behandling med lågmolekylärt heparin, antitrombin), kan även vara aktuellt vid mycket omfattande trombotisering hos patienter över 50 år. Provtagning får EJ försena insättning av behandling, i så fall görs utredningen hellre efter utsättning av AK-behandling. Provtagning under pågående behandling kan göras om resultat bedöms påverka beslut om behandling. Markera i så fall i remissen vilken behandling patienten står på.

Använd klinkemremiss 3a, ”Koagulationsanalyser”. Kryssa i rutan ”Venös trombosutredning” (provtagningspaket) samt vid riktad misstanke ”Lupus antikoagulans”.

Malignitetsutredning

Anamnes: Ofrivillig viktnedgång, feber, gynblödningar, nattliga svettningar, ändrade avföringsvanor. Miktionsvanor. Långdragen hosta, ffa hos rökare.

Status: Palp buk, lymfkörtlar. Prostatapalpation vid misstanke (se PSA). Bröst enl rekommendation nedan.

Lab: Hb, TPK, PK, APTT, kreatinin, leverstatus, CRP. Ca. SR, PSA (män > 50 år).

Lungröntgen: Görs på rökare. Kan avstås vid tydligt provocerande faktor. OBS ej när CT thorax är gjord!

Mammografi: Ej rutinmässigt. Har patienten gått på mammografikontroller? (screening 40-74 åå) När var senaste? Undersöker patienten sina bröst regelbundet? Palpera patientens bröst.

Mammografi kan övervägas vid oprovocerad /svagt provocerad LE (ex 3 h bilresa) där pat inte följt mammografikontroller.

Gynundersök: Ej rutinmässigt. På klinisk misstanke (ex blödningar trots postmenopausal patient /oregelbundna blödningar hos menstruerande kvinna, samlagsblödningar nyttillkomna trängningar utan annan förklaring). Efterfråga om patienten gått på cellprovskontroller vid ålder under 50 åå. (Screening 23-49 åå).

CT (thorax) buk: Vid riktad misstanke alternativt proximal DVT där övre begränsning ej ses. I dessa fall är frågeställningarna övre begränsning på tromb, malignitet och avvikande kärlanatomy. Vid B-symtom utan förklaring vid negativ CT, gå vidare med gynundersökning hos kvinnor.

Remiss till trombosmottagning

Bakomliggande sjukdomar. Provocerande faktorer? Vilken malignitetsbedömning är gjord? Insatt läkemedel? OK att referera till journaltext, behöver inte upprepas i remiss.

Ansvar

Respektive linjeförstare ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SUs riktlinjer för MedControl Pro.

Granskare/arbetsgrupp

Katarina Glise Sandblad, Specialistläkare, MAVA SU/Ö.

Valerie Bockisch, VÖL Trombosmottagningen, SU/Ö.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Innehållsansvar: Katarina Glise Sandblad, (katgl2), Specialistläkare

Granskad av: Sara Lann, (sarla26), Sektionschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9883-1783878302-4

Version: 5.0

Giltig från: 2024-09-04

Giltig till: 2026-09-04