

Povrchová tromboflebitída – diagnostika a liečba

V. Štvrtinová¹, A. Dukát², M. Frankovičová³, P. Kubisz⁵, P. Labaš¹, D. Mištuna⁶, J. Radoňák⁶, V. Šefránek³, M. Šimaljaková⁴

¹ Slovenská angiologická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti, predsedkyňa prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc.

² Slovenská internistická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti, predseda prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc.

³ Slovenská spoločnosť pre cievnu chirurgiu Slovenskej lekárskej spoločnosti, predseda prof. MUDr. Vladimír Šefránek, CSc.

⁴ Slovenská dermatovenerologická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti, podpredsedkyňa prof. MUDr. Mária Šimaljaková, CSc.

⁵ Slovenská spoločnosť pre hemostázu a trombózu Slovenskej lekárskej spoločnosti, predseda prof. MUDr. Peter Kubisz, DrSc.

⁶ Slovenská chirurgická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti, vedecký sekretár doc. MUDr. Dušan Mištuna, CSc., mim. prof.

Súhrn: Povrchová tromboflebitída (PT) je časté ochorenie, ktoré sa obvyčajne považuje za benigne. Avšak častejšie využívanie duplexnej sonografie u pacientov s PT odhalilo veľké množstvo pacientov so súčasným výskytom hĺbkovej žilovej trombózy a PT. V kontraste s množstvom informácií o menejmentе hĺbkovej žilovej trombózy je len pomerne málo informácií o najvhodnejšej liečbe PT. V diagnostike PT sa odporúča systematické vyšetrenie pomocou duplexnej sonografie, aby sa odhalila prítomnosť prípadnej súčasne sa vyskytujúcej hĺbkovej žilovej trombózy. Zdá sa, že liečba heparínmi s nízkou molekulovou hmotnosťou by mohla byť liekom voľby, nakoľko PT sa môže rozšíriť aj do hĺbkového žilového systému a prípadne spôsobiť pľúcnu embolizáciu. V našej práci sa rozoberajú diagnostické a liečebné postupy pre PT navrhnuté Slovenskou angiologickou spoločnosťou SLS, Slovenskou spoločnosťou cievnej chirurgie SLS, Slovenskou dermatovenerologickou spoločnosťou SLS, Slovenskou spoločnosťou pre hemostázu a trombózu, Slovenskou chirurgickou spoločnosťou SLS a Slovenskou internistickou spoločnosťou SLS.

Kľúčové slová: povrchová tromboflebitída – diagnostika – liečba

Superficial thrombophlebitis – diagnostics and treatment

Summary: Superficial thrombophlebitis (ST) is a common disease, usually considered benign. However, the practice of systemic duplex ultrasonography has revealed a large number of deep-vein thromboses concomitant with ST. In contrast with extensive information on the management of deep vein thrombosis, little is known about the most appropriate treatment of the ST. Systematic duplex ultrasonography investigation has been proposed in the initial management of ST, to detect the presence of any underlying deep vein thrombosis. Because ST may extend into the deep venous system and potentially engender pulmonary embolism, treatment with low-molecular-weight-heparins might be the best choice. In our work diagnostic and therapeutic procedures for ST, proposed by Slovak angiological society, Slovak society for vascular surgeons, Slovak dermatological society, Slovak society for haemostasis and thrombosis, Slovak surgical society and Slovak internistic society are discussed.

Key words: superficial thrombophlebitis – diagnosis – treatment

Povrchová tromboflebitída (PT) je zápal žilovej steny sekundárne sprevádzaný tvorbou trombu, ktorý pevne adheruje k zápalovo zmenenej stene žily, preto je riziko pľúcnej embolizácie v porovnaní s hĺbkovou flebotrombózou podstatne menšie. Zasahuje prevažne žily povrchového venózneho systému končatín. Povrchovú tromboflebitídu varikóznej žily musíme odlišovať od tromboflebitídy, ktorá zasiahne zdravú, nevarikóznú žilu.

Donedávna sa PT považovala za benigne ochorenie, avšak s čoraz častejším využívaním duplexnej sonografie v diagnostike žilových ochorení končatín sa ukázalo, že sonograficky viditeľný trombus v povrchovej žile je často väčší, ako imponuje pri púhom

klinickom vyšetrení a naviac sa často šíri do hĺbkového žilového systému [10]. Súčasný výskyt hĺbkovej žilovej trombózy sa udáva u 6–53 % pacientov s PT a pľúcna embólia sa vyskytne u 0–33,3 % pacientov [1]. Podľa niektorých autorov možno PT považovať za súčasť venózneho tromboembolizmu (VTE), spolu s hĺbkovou žilovou trombózou (HŽT) a pľúcnou embóliou (PE). Avšak v porovnaní s HŽT a PE má povrchová tromboflebitída nižší výskyt neskorých následkov, menšiu mortalitu a inú liečbu i prognózu [4].

Klasifikácia

Rozoznávame 2 základné formy PT:

1. povrchová tromboflebitída zasahujúca krčovú žilu – varikoflebi-

tída (VPT – varikózná povrchová tromboflebitída)

2. povrchová tromboflebitída zasahujúca zdravú žilu (NVPT – nevarikózná povrchová tromboflebitída)

Tromboflebitídy môžeme rozdeliť aj na primárne a sekundárne [11], a to podľa toho, či zasahujú len samotnú žilu alebo sú súčasťou iného celkového ochorenia (tab. 1).

Etiológia

Príčinou PT je mechanické, chemické (napr. intravenózna injekcia hypertonickeho alebo inak dráždivého roztoku), alebo mikrobiálne (intravenózna kanyla) poškodenie žily. Dochádza k poškodeniu endotelu žilovej steny,

Tab. 1. Klasifikácia tromboflebitíd.
A. Primárne tromboflebitídy – zápal zasahuje izolovane stenu žily

1. varikoflebitída
2. katérová flebitída, často až septická flebitída (napr. po kanylácii žily)
3. „sterilná flebitída“ (v súvislosti s aplikáciou toxických alebo iritujúcich substancií, napr. aj za účelom liečby pri sklerotizácii varixov)
4. Mondorova choroba

B. Sekundárne tromboflebitídy – zápal žily vzniká v rámci systémového ochorenia – vaskulitídy, zhubné ochorenia, infekcie

v dôsledku čoho sa krvné elementy dostávajú do kontaktu so subendotelovo uloženými vláknami kolagénu a konečným následkom je vznik krvnej zrazeniny. **Varikoflebitída** tvorí 90% všetkých povrchových tromboflebitíd.

Rizikové faktory pre PT sa uvádzajú v tab. 2.

Povrchová tromboflebitída zdravej žily (ale samozrejme aj varikóznej žily) vzniká najmä po operáciách, úrazoch, pôrodoch, v rámci malígnych nádorových ochorení, niektorých hematologických a systémových ochorení, miestnych či vzdialených zápalových procesov (tab. 3). Gillet et al zistili v skupine 42 pacientov s nevarikóznou povrchovou tromboflebitídou, že najčastejším rizikovým faktorom bola trombofília (48%), systémové ochorenia spojiva (9,5%) a nádory (v 4,8%) [2].

Recidivujúce či migrujúce tromboflebitídy vznikajú ako paraneoplastický prejav najčastejšie pri karcinóme pankreasu, ale aj pri karcinóme prostaty, pľúc a gastrointestinálneho traktu. Osobitným typom je migrujúca tromboflebitída pri obliterujúcej tromboangiitíde. Povrchová tromboflebitída je najčastejším vaskulárnym prejavom Behcetovej choroby. V skupine 2 319 pacientov s Behcetovou chorobou malo povrchovú tromboflebitídu 53,3% pacientov [3]. Vyskytuje sa aj pri niektorých metabolických ochoreniach (hyperurikémia). Často sa však príčina tromboflebitídy nenájde (idiopatická tromboflebitída).

Klinická patofyziológia

Z patofyziologického hľadiska rozoznávame niekoľko typov tromboflebitíd.

Thrombophlebitis varicosa

Thrombophlebitis varicosa alebo varikoflebitída (VPT) postihuje varikózne rozšírené žily, obyčajne zasiahne jeden varikózný uzol, z ktorého sa môže šíriť na ďalšie úseky žily. Varikózná flebitída vzniká po mechanickom poranení žily, napr. tupým úderom, alebo tlakom napr. ponožky, ale tiež u imobilizovaných pacientov, po operácii, po úraze, po pôrode a u pacientov s malígnymi ochoreniami. Zápalová infiltrácia sa šíri aj na perivenózne tkanivo a vytvára periflebitídu. Po niekoľkých dňoch zápal ustupuje, v mieste postihnutého uzla býva dlho zatvrdlina, prípadne zostáva varix trvalo obliterovaný. Niekedy sa môže zápal šíriť cez ústie v. saphena magna, v. saphena parva alebo spojkami do hlbkového žilového systému.

Tromboflebitída zdravých žíl – nevarikózná povrchová tromboflebitída (NVPT)

Thrombophlebitis venae saphenae parvae seu magnae zasahuje rôzne dlhý úsek skrytých žíl, pričom vzniká buď bez zjavnej príčiny (idiopatická tromboflebitída), alebo sekundárne pri malígnych nádoroch, niektorých krvných chorobách (polyglobúlia, leukémia), po operáciách a pôrodoch alebo po úraze. Šíri sa smerom centrálnym, pretože šíreniu periférnym smerom bránia žilové chlopne. V prípade NVPT sa vždy musíme usilovať zistiť príčinu povrchového zápalu žily (pozri tab. 3).

Thrombophlebitis migrans alebo **saltans** je sťahovací typ flebitídy, ktorý sa prejavuje krátkym infiltrátom (1 až 5 cm), ktorý sa postupom času presúva na iné cievy alebo na iné úseky tej

Tab. 2. Rizikové faktory PT.

- krčové žily
- trauma
- prolongovaná imobilizácia
- dehydratácia
- i.v. katétre
- obezita
- vek nad 60 rokov
- cestovanie dlhšie ako 4 hodiny
- gravidita
- orálne kontraceptíva
- zhubné ochorenie
- trombofília
- anamnéza prekonaného VTE
- sklerotizačná liečba varixov

Tab. 3. Etiológia PT (upravené podľa [4]).
Poškodenie žilovej steny

- krčové žily
- trauma

Spomalenie krvného prúdenia

- krčové žily
- imobilizácia
- operácia
- obezita

Iatrogénne príčiny

- intravenózne katétre
- intravenózne podávané lieky (chemoterapia, sklerotizácia varixov, abúzus drog, apod.)

Abnormality v koagulačnom a fibrinolytickom systéme

- malignity
- gravidita
- orálne kontraceptíva a hormonálna liečba v klimaktériu
- trombofília (Leidenská mutácia faktoru V., mutácia protrombínu G20210A, nedostatok proteínu C a S, nedostatok antitrombínu apod.)
- antifosfolipidový syndróm

Dysfunkcia endotelu

- Winiwarterova-Buergerova obliterujúca thromboangiitída
- Behcetova choroba

Infekcia

- septická tromboflebitída
- sekundárny syfilis
- psitakóza

istej žily. Migrujúca tromboflebitída je typickým znakom obliterujúcej tromboangiitídy (Winiwarterovej-Buergerovej choroby). Vyskytuje sa aj pri malígnych ochoreniach a pri niektorých chronických zápalových ochoreniach (napr. systémový lupus erythematosus, Behcetova choroba). Špeciálnou formou je **Monodorova choroba**, kedy ide o fibrotizujúcu endoflebitídu povrchových žíl na hrudníku a hornej časti brucha.

Thrombophlebitis venae basilicae (cephalicae) je zápal povrchových žíl na predlaktí, objavujúci sa po vnútrožilovej aplikácii liečiv, napr. po hypertonickej glukóze. So zvyšujúcim sa používaním intravenózných katétrov stúpa výskyt katérových tromboflebitíd. **Katétrové tromboflebitídy** tvoria v súčasnosti až 10 % všetkých nozokomiálnych nákaz. Ak sa plastické katetre ponechajú viac ako 48–72 hod in situ, zvyšuje sa riziko vzniku flebitídy a/alebo bakteriémie. Bakteriémia je najčastejšie spôsobená *Staphylococcus aureus* alebo Gram-negatívnymi enterobaktériami. Niekedy je prítomná len bakteriémia bez evidentnej flebitídy. V takom prípade je nutné katéter vytiahnuť a poslať špičku katétra na kultiváciu.

Thrombophlebitis purulenta (hnisavá tromboflebitída) vzniká rozšírením zápalu z hnisavého ložiska (napr. z abscesu alebo flegmóny) na stenu žily, prípadne sa môže hnisaním komplikovať katérová flebitída. Prognosticky závažné sú hnisavé tromboflebitídy šíriace sa do hĺbkových žíl, ktoré vznikajú pri sepe. U imunodeficientných pacientov sa môže vyvinúť aj kandidová alebo plesňová flebitída.

Diagnostika

PT patrí medzi ochorenia, ktoré sa dajú diagnostikovať už pri klinickom vyšetrení. Pri varikóznej tromboflebitíde je zasiahnutý úsek žily začervenaný, opuchnutý, na pohmat tuhý a bolestivý. V prípade málo rozsiahlej flebitídy pacient zvyčajne nemá výraznejšie ťažkosti, pokiaľ sa zapáleného úseku žily nedotkne, napr. pri obliekaní. Za 1–2 týždne lokálne prí-

znaky zápalu ustupujú, začervenanie kože sa zmení na hnedý pigmentovaný pruh, ktorý časom zmizne. Bolestivosť hmatného tvrdého pruhu v priebehu žily vymizne tiež, avšak niekoľko mesiacov pretrvávajú ne bolestivý tvrdší pruh, ktorý zodpovedá trombotizovanej žile. Nevarikózna tromboflebitída veľkej či malej safény sa prejavuje ako začervenaný bolestivý pruh v priebehu žily v dĺžke niekoľkých centimetrov. Pacient máva výrazné bolesti v postihnutej končatine, najmä pri pohyboch končatiny, v prípade väčšieho postihnutia bývajú prítomné aj celkové prejavy zápalu, ako horúčka, zvýšená sedimentácia erytrocytov a leukocytóza. Opuch DK nepatrí do klinického obrazu povrchovej tromboflebitídy, akonáhle sa objaví, je nutné uvažovať o postihnutí hĺbkového žilového systému.

Pri opakovaných tromboflebitídach pátrame po trombofílii, fokálnej infekcii a neoplastickom procese. Každý pacient s opakujúcou sa PT by mal mať vyšetrenie zamerané na prítomnosť vrodenej alebo získanej trombofílie. Rovnako dôsledne pátrame po prejavoch zhubného ochorenia, infekcie či systémového ochorenia.

Odporúčanie č. 1

U každého pacienta s NVPT a u každého pacienta s recidivujúcou VPT pátrame po rizikových faktoroch povrchovej tromboflebitídy, predovšetkým po trombofílii a po malignite.

Migrujúca tromboflebitída pri Buergerovej chorobe sa prejavuje sťahovavým zápalom žíl, najmä na nohe, predkolení, ale aj na stehne a na predlaktí. Typická je prchavosť príznakov, kedy sa strieda akútny zápalový proces už s ustupujúcimi a s neporušenými úsekmi žíl, ako aj skutočnosť, že zápal „skáče“ z jedného miesta na druhé (odtiaľ je i názov **thrombophlebitis saltans**). Po niekoľkých dňoch akútne zápalové ložisko zmizne, zostáva po ňom hyperpigmentovaný pás kože a akútny zápal sa objaví na inom mieste [5]. Prognóza migrujúcej tromboflebitídy je na rozdiel od varikóznej flebitídy vážna,

pretože s rozvojom Winiwarter-Buergerovej choroby dochádza vždy aj k postihnutiu tepnového systému.

Pri stanovení diagnózy obvyčajne vystačíme s klinickým vyšetrením. Avšak pri proximálnom postihnutí veľkej alebo malej safény, pri väčšom rozsahu (zapálený úsek žily dlhší ako 10 cm) alebo pri atypických príznakoch je nevyhnutné vylúčiť postihnutie hĺbkového žilového systému. Za týmto účelom je nutné vyšetriť pacienta pomocou duplexnej sonografie (DUS) [4]. Ultrazvukové vyšetrenie je dôležité najmä pri rozsiahlych PT zasahujúcich kmeň v. saphena magna alebo v. saphena parva [13]. Ideálne by každý pacient s povrchovou tromboflebitídou s výnimkou varikoflebitídy, ktorá zasahuje krátky úsek žily, mal byť vyšetrený DUS.

Odporúčanie č. 2

Klinické vyšetrenie môže rozsah povrchovej tromboflebitídy podhodnotiť, preto je dôležité čo najskôr po stanovení klinickej diagnózy vyšetriť pacienta duplexnou sonografiou.

Odporúčanie č. 3

Duplexná sonografia sa má vykonať na oboch dolných končatinách (nielen na končatine postihnutej PT)

Odporúčanie č. 4

Duplexnú sonografiu je nevyhnutné vykonať v prípade PT zasahujúcej úsek vena saphena magna na stehne alebo vena saphena parva na lýtku vo vzdialenosti 10 cm pred vústením do hĺbkového žilového systému.

Terapia

V kontraste s dnes už jasne definovanými pravidlami liečby hĺbkovej žilovej trombózy, liečba povrchovej tromboflebitídy stále nemá jasne stanovené pravidlá na úrovni medicíny dôkazov. Cieľom liečby je zabrániť rozšíreniu zápalu do hĺbkových žíl, zmierniť subjektívne príznaky, predovšetkým bolesť a samozrejme zabrániť komplikáciám, najmä pľúcnej embolizácii.

Liečba PT spočíva v dôslednej kompresívnej liečbe (elastickú bandážu alebo elastickej pančuche), medika-

Tab. 4. Liečba povrchovej tromboflebitídy.
1. Kompresívny obväz (s dosiahnutím vysokého tlaku kvalitnými krátkoťažnými obväzmi)
Kompresívna pančucha
2. Primeraná telesná aktivita (nie imobilizácia!)

Pacient nesmie mať kľud na lôžku, musí chodiť s naloženou elastickou bandážou.

3. Medikamentózna liečba
Heparín s nízkou molekulovou hmotnosťou – s výnimkou PT, ktorá zasahuje krátky úsek žily (menej ako 5 cm) a je viac ako 10 cm od safeno-femorálnej alebo safeno-popliteálnej junkcie. V týchto prípadoch vystačíme s podávaním NSA.

Lokálne nesteroidné antiflogistiká a heparinoidy
Venofarmaká – najmä v prípade varikoflebitídy

Celkovo nesteroidné antireumatiká (NSA) – perorálne (pokiaľ nie sú kontraindikované)

Antibiotiká – len v prípade celkových znakov zápalu (horúčka, leukocytóza, vysoká FW, CRP) alebo septickej tromboflebitídy, ktorá sa lieči najčastejšie kombináciou aminoglykozidov a širokospektrálnych penicilínov či cefalosporínov.

Kortikoidy – len výnimočne v prípade migrujúcich tromboflebitíd.

mentovej terapii a primeranom pohybovom režime [6]. Princípy liečby sa prehľadne uvádzajú v tab. 4.

Kompresívna liečba

Základom liečby povrchovej tromboflebitídy je kompresívna liečba. Je dôležité správne priložiť elastický obväz, ktorý sa spočiatku najmä pri rozsiahlejšej tromboflebitíde necháva aj cez noc, neskôr sa dáva hneď ráno v posteli na eleovanú DK a skladá sa až večer po uľahnutí do postele. Obväz sa dáva od prstov až po koleno, príp. až na stehno, v závislosti od miesta zapálenej žily, nesmie sa vynechať päta. Obväz musí byť dostatočne pevný, prsty stiahnutej končatiny môžu pri zvesení ľahko modrať. Toto sfarbenie prstov však pri chôdzi musí vymiznúť. Stupeň kompresie je najvyšší v oblasti členka, proximálnym smerom má klesať. Podľa niektorých autorov je v akútnom štádiu PT kompresívna pančucha menej vhodná, ako kompresívny obväz, najmä preto, že jej naťahovanie býva v akútnej fáze ochorenia v porovnaní s prikladaním obväzu spojené s výraznou bolestivosťou. Kompresívna pančucha je výhodná najmä ako prevencia recidívy ochorenia. Správne priloženie kompresívneho obväzu si vyžaduje pomoc zacvičenej osoby. Kompresívny obväz je vhodnejší najmä pri PT lokalizovanej na stehne, nakoľko umožňuje

lepšie stlačenie zasiahnutej žily v závislosti od lokálnych anatomických pomerov, ktoré sú najmä v oblasti stehna individuálne [10]. Stlačením povrchových žíl elastickým obväzom zabránime ďalšiemu šíreniu zápalu na povrchové žily, docielime zrýchlenie krvného prúdu v hĺbkových žilách, čím zabránime postupu zápalového procesu do hĺbkového žilového systému. Kompresívna liečba zmiernuje bolestivosť a urýchľuje hojenie. Všetci pacienti s PT musia mať kompresívnu liečbu. Kontraindikáciami kompresívnej terapie sú závažné štádiá periférneho artériového ochorenia končatín (kritická končatinová ischémia) a akútna kardiálna dekompenzácia.

Odporúčanie č. 5

Všetci pacienti s PT musia byť liečení kompresívnou liečbou.

Odporúčanie č. 6

Dôležitá je mobilizácia pacienta s kompresívnym obväzom alebo pančuchou. Pacienti nesmú mať kľud na lôžku.

Medikamentózna liečba

Na základe vyhodnotenia 24 prác zahŕňujúcich 2 469 pacientov s povrchovou tromboflebitídou možno konštatovať, že heparíny s nízkou molekulovou hmotnosťou (HNMH) aj nesteroidné antiflogistiká (NSA) sú rovnako účinné

v liečbe ochorenia [8]. HNMH aj NSA signifikantne znižujú šírenie tromboflebitídy, ako aj recidívy ochorenia v porovnaní s placebom. Oba spôsoby liečby majú zhruba rovnakú účinnosť aj bezpečnosť. Podávanie HNMH sa odporúča po dobu aspoň jedného mesiaca [8]. **Ďalšie štúdie sú však nevyhnutné k určeniu optimálneho dávkovania a dĺžky liečby HNMH.**

Otázka rutinného používania antikoagulačnej liečby je stále otvorená. V súčasnosti sa antikoagulačná liečba pri povrchových tromboflebitídach rutinne nepodáva. Jedinou výnimkou je ultrazvukom potvrdené postihnutie proximálneho úseku v. saphena magna alebo v. saphena parva (10 cm pred ústím do hĺbkovej žily) alebo ultrazvukom dokázaná flebitída perforujúcej žily [6], kedy môže dôjsť k šíreniu flebitídy a následnej trombózy do hĺbkových žíl s nebezpečenstvom odtrhnutia trombu a možnou embolizáciou do pľúc.

V súčasnosti nie je jednoznačne stanovené dávkovanie heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou (preventívne alebo terapeutické dávky) a ani dĺžka ich podávania. V nedávno uskutočnenej randomizovanej štúdii sa nezistil rozdiel v progresii ochorenia a ani vo výskyte venózneho tromboembolizmu medzi skupinami pacientov, ktorí užívali nadroparín v profylaktickej dávke a v terapeutickej dávke [7]. Autori štúdie v závere konštatujú, že terapeutické dávky heparínu s nízkou molekulovou hmotnosťou u pacientov s povrchovou tromboflebitídou v. saphena magna podávané po dobu 1 mesiaca nemajú žiadne výhody oproti profylaktickým dávkam. Niektorí autori však majú dobré skúsenosti s podávaním HNMH v plnej terapeutickej dávke po dobu 10 dní a potom v polovičnej terapeutickej dávke ďalších 20 dní [13].

Podľa Odporúčaní americkej spoločnosti hrudníkových lekárov (ACCP) z roku 2008 pacienti s povrchovou tromboflebitídou sa majú liečiť profylaktickými alebo strednými dávkami heparínov s nízkou molekulovou

vou hmotnosťou (stupeň dôkazu 2B) alebo nefrakcionovaným klasickým heparínom (stupeň dôkazu 2B) po dobu aspoň 4 týždňov. Neodporúča sa súčasné podávanie antikoagulačnej liečby a nesteroidných antiflogistík. Medikamentózna liečba má prednosť pred chirurgickou liečbou (stupeň dôkazu 1B). Neodporúča sa používať systémovú antikoaguláciu u pacientov, u ktorých sa PT vyvinula v dôsledku i.v. podávania infúzných roztokov. Takýto pacienti sa majú liečiť NSA celkovo (napr. diclofenacom p.o.) a tiež topicou liečbou [12].

Topická liečba zmierňuje subjektívne symptómy. Používajú sa rôzne protizápalové masti a gély [12]. Lokálne aplikované gélové formy s obsahom heparínu sa v súčasnosti nahrádzajú lipozomálnymi heparínovými sprejmi, ktoré vďaka účinnému lipozomálnemu transportnému systému lepšie prenikajú do pokožky, majú lepšiu biologickú dostupnosť, a tým aj vyššiu účinnosť [9]. Podávanie antitrombocytových látok (napr. kyseliny acetylsalicylovej) v liečbe ani prevencii po-

vrchovej tromboflebitídy nie je účinné a v súčasnosti sa nepoužíva [6,8].

Odporúčanie č. 7

Všetci pacienti s PT, so zapáleným úsekom žily dlhším ako 5 cm (zistenom pri DUS), majú dostať antikoagulačnú liečbu po dobu 4 týždňov. Dávkovanie HNMH závisí od rozsahu postihnutia PT, od pridružených ochorení pacienta, s prihliadnutím na kontraindikácie antikoagulačnej liečby.

Literatúra

1. Leon L, Giannoukas AD, Dodd D et al. Clinical significance of superficial vein thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 29: 10–17.
2. Gillet JL, Allaert FA, Perrin M. Superficial thrombophlebitis in non varicose veins of the lower limbs. A prospective analysis in 42 patients. *J Mal Vasc* 2004; 29: 263–272.
3. Sarica-Kucukoglu R, Akdag-Kose A, Kaya-bal IM et al. Vascular involvement in Behcet's disease: a retrospective analysis of 2319 cases. *Int J Dermatol* 2006; 45: 919–921.
4. Ramelet AA, Perrin M, Kern P et al. *Phlebology*. 5th ed. Elsevier Masson SAS 2008.
5. Puchmayer V, Roztočil K. *Praktická angiologie*. Praha: Triton 2000.
6. Ramelet AA, Kern P, Perrin M. *Varicose veins and telangiectasias*. Paris: Elsevier 2004.

7. Prandoni S, Tormene D, Pesavento R et al. High vs low doses of low molecular weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double blind, randomized trial. *J Thromb Haemostas* 2005; 3: 1152–1157.

8. Di Nisio M, Middeldorp S, Wichers I. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24: CD004982.

9. Górski G, Szopinski P, Michalak J et al. Liposomal heparin spray: a new formula in adjunctive treatment of superficial venous thrombosis. *Angiology* 2005; 56: 9–17.

10. Blättler W, Schwarzenbach B, Largiader J. Superficial vein thrombophlebitis – serious concern or much ado about little? *VASA* 2008; 37: 31–38.

11. Štvrtinová V. Povrchová tromboflebitída. In: Štvrtinová V (ed). *Choroby ciev*. Bratislava: SAP 2008, 727–730.

12. Hirsch J. Guidelines for antithrombotic therapy. Hamilton: BC Decker Inc 2008.

13. De Maeseneer MGR. Superficial thrombophlebitis of the lower limb: Practical recommendations for diagnosis and treatment. *Acta chir belg* 2005; 105: 57–61.

prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc.
www.angiology.sk
e-mail: vierastvrtinova@centrum.cz

Doručeno do redakcie: 24. 9. 2008

www.urologickelisty.cz