

# Pinnallinen laskimotulehdus

## Keskeistä

- Kyseessä on tavallinen sairaus, johon liittyy syvän laskimotukoksen ja keuhkoembolian riski.
- Jos taudinkuva ei ole selvä tai ilmenee viitteitä syvästä laskimotukoksesta, pitää ultraäänitutkimuksella varmistaa diagnoosi ja sulkea pois syvän laskimotukoksen mahdollisuus.
- Hoito on oireenmukainen, jos potilaalla on selvä syy, esim. trauma, suonikohjut tai laskimoiden vajaatoiminta. Ns. terveen suonon laskimotulehdus pitää aina selvittää.
- Syvä laskimotukos esiintyy pinnallisen laskimotukoksen yhteydessä 6–40 %:ssa tapauksista joko samassa tai toisessa (!) raajassa. Syvä laskimotukos saattaa ilmaantua potilaalle myös viiveellä (viikkoja pinnallisen laskimotukoksen diagnosoinnin jälkeen). Keuhkoemboliatkaan eivät ole epätavallisia. D-dimeeristä ei ole hyötyä pinnallisen ja syvän laskimotukoksen erotusdiagnoosissa, koska se suurenee kummassakin.
- Pinnallisen laskimotukoksen uusiutuessa kannattaa saneerata pintalaskimot, tai jos potilaalla ei ole laskimoiden vajaatoimintaa, sulkea pois systeemisairaudet.

## Altistavat tekijät

- Krooninen laskimoiden vajaatoiminta
- Pinnallinen trauma
- Lääkeinfuusio tai suonensisäisten huumeiden käyttö

- Raskaus
- Hyytymishäiriöt (FV Leiden ja protrombiini 20210A -mutaatiot sekä proteiini S:n ja C:n puutokset)
- Hormonihoito
- Malignit kasvintaudit, mm.
  - + Myeloproliferatiiviset taudit (polysytemia vera ja essentiaalinen trombosytemia)
  - + Trombophlebitis migrans (lyhyt laskimoalue, usein kädessä, tukkeutuu ja paranee, mutta uusiutuu toisessa kohdassa) saattaa liittyä GI-alueen karsinomiin.
- Kollageenitaudit mm.
  - + Behçetin tauti
  - + Bürgerin tauti (eli thromboangitis obliterans), affisioi yleensä tupakoitsijoilla pieniä ja keskisuuria valtimoita. Noin 1/3:lla näistä potilaista on myös pinnallisia laskimotukoksia. Toistuvat pinnalliset laskimotukokset nuorella runsaasti tupakoivalla antavat aiheen epäillä Bürgerin tautia.

## Diagnoosi

- Diagnoosi on kliininen.
  - + Affisioitunut suoni on kipeä, sen ympärys punoittaa, kuumottaa, on turvonnut ja siinä on tunnettavissa resistenssi. Potilaalla saattaa olla lievää lämpöilyä.
  - + Inflammaation rauhoittuminen vie 2–6 viikkoa, mutta tromboositunut suoni voi tuntua kuumakausien ajan.
  - + D-dimeeristä ei ole hyötyä



pinnallisen ja syvän laskimotukoksen erotusdiagnoosissa, koska se suurenee kummassakin.

- Kaikututkimus ja/tai erikoislääkärin konsultaatio ovat aiheellisia akuuttivaiheessa, jos
  - + laskimotulehdus on vena saphena parvan (pohkeen keski- ja yläosa) alueella, sillä se altistaa (perforantti-suonien vuoksi) syväälle laskimotukokselle (riski tukoksen etenemisestä polvitaipteen junktioalueelta vena popliteaan)
  - + laskimotulehdus on lähellä vena saphena magnan junktioaluetta eli reiden keskiosan yläpuolella (riski tukoksen etenemisestä safenofemoraalisen junktion kautta vena femoralikseen)
  - + potilas on raskaana (erikoislääkäri suunnittelee hoidon)

- + mitään selvää altistavaa tekijää ei ole (taustalla olevan sairauden etsiminen: hyytymistekijätutkimus).

### Hoito

- Konsensusta optimaalisesta hoidosta ei ole, mutta tulehduskipulääkitys ja injisoitavat pienimolekyyliset hepariinit (LMWH) ovat parhaat hoitovaihtoehdot<sup>B</sup>. Nämä vähentävät laskimotulehduksen etenemistä ja estävät syviä laskimotukoksia n. 70 % verrattuna lumelääkkeeseen.
- Oireenmukainen hoito: jalan koholla pito, tukisukka, kylmäpakaukset
- Potilaan olisi hyvä olla liikkeellä niin pian kuin se oireiden puolesta on mahdollista (paikallaanolo saattaa lisätä syvän laskimotukoksen riskiä).
- Kipulääkitys
  - + Lääkitys alkaa yleensä auttaa 3–5 päivän kuluessa, ja punoitukset ja turvotus häviävät 2–3 viikossa, jonka ajan kannattaa käyttää tulehduskipulääkettä (ei COX-2-selektiivistä).
- Paikallisesti käytettävä antikoagulanttivoide saattaa nopeuttaa paikallisen laskimotukoksen paranemista.
- Injisoitavat pienimolekyyliset hepariinit ovat aiheellisia ainakin laajoissa tai lähellä polvi- tai nivustaivetta sijaitsevilla laskimotulehduksissa ja raskauden aikana.

Jälkimmäisessä tapauksessa hoitoa jatketaan koko raskauden ajan ja 6 viikkoa synnytyksen jälkeen.

- + ACCP suosittelee pienimolekyylisen hepariinin käyttöä 4 viikon ajan.
  - Mikäli akuuttitilanteessa ei saada kaikututkimusta, pitäisi reiden keski- ja yläosan sekä vena saphena parvan alueen (pohje) laskimotulehduksen hoito aloittaa täydellä hoitoannoksella (esim. enoksapariini 1,5 mg/kg × 1/vrk s.c.) kunnes kaikututkimus on tehty.
  - Muuten käytetään korkeampaa profylaksiannosta (esim. enoksapariini 40 mg/vrk s.c.) tai profylaksi- ja hoitoannoksen välissä olevaa annosta (1 mg/kg/vrk s.c.) laskimotulehduksen sijainnin ja laajuuden mukaan.
  - LMWH:n kanssa ei suositella käytettäväksi samanaikaisesti tulehduskipulääkkeitä.
  - Pienellä alueella ja kaukana safenofemoraalijunktiosta tai polvitaipeesta sijaitsevan laskimotulehduksen hoitona voidaan käyttää pelkästään paikallisia tai oraalisia tulehduskipulääkkeitä.
- Leikkaushoito on aiheellinen konservatiivisen hoidon jälkeen toistuvissa alaraajan tromboflebiiteissä.

### Kirjallisuutta

1. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comero AJ, American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008 Jun;133(6 Suppl):454S-545S.

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Lääkärin käsikirja, päivitetty 26.3.2010.

© 2010 Kustannus Oy Duodecim