

Acute vasculaire pathologie

Sven Vercauteren – ZNA Vaatkliniek
HKDB 11 februari 2009

Acute vasculaire pathologie

- ▶ DVT
- ▶ Acute ischemie
- ▶ Rupturerend aneurysma
- ▶ TIA/CVA



DVT DD unilaterale zwelling

- ▶ Primair / secundair lymfoedeem
- ▶ Erysipelas
- ▶ Bakercyste
- ▶ Algoneurodystrofie
- ▶ Spierscheur kuit

- ▶ Arm (TOS, catheter)



DVT opvang

- ▶ Geen 'urgentie' in strikte zin
- ▶ Phlegmasia coerulea dolens
- ▶ Weekend of avond te overbruggen met therapeutische LMWH
- ▶ Door te verwijzen naar vaatchirurg voor diagnose (DUPLEX) en opstarten behandeling
- ▶ Best na telefoontje verwijzen via consultatie of spoed



DVT diagnostiek

- ▶ Duplex
- ▶ Labo: stolling, fibrinogeen, D-dimeren
- ▶ Uitgebreide stollingsanalyse indien geen uitlokkende factor (trombofilie)
- ▶ Maligniteit?



DVT: kuitvene, v. poplitea

- ▶ LMWH
- ▶ po antico: INR 2.5–3 (overlap LMWH) gedurende 3 maanden
- ▶ Onmiddellijke mobilisatie
- ▶ Elastische compressie: steunverband 1 week – steunkous drukklasse II
- ▶ Follow-up met duplex
- ▶ thuisbehandeling



DVT t.e.m. v. femoralis superficialis

- ▶ LMWH
- ▶ po antico: INR 2.5–3 (overlap LMWH) gedurende 6 maanden
- ▶ Onmiddellijke mobilisatie
- ▶ Elastische compressie: steunverband 1 week – steunkous drukklasse II
- ▶ Follow-up met duplex
- ▶ Thuisbehandeling / korte opname



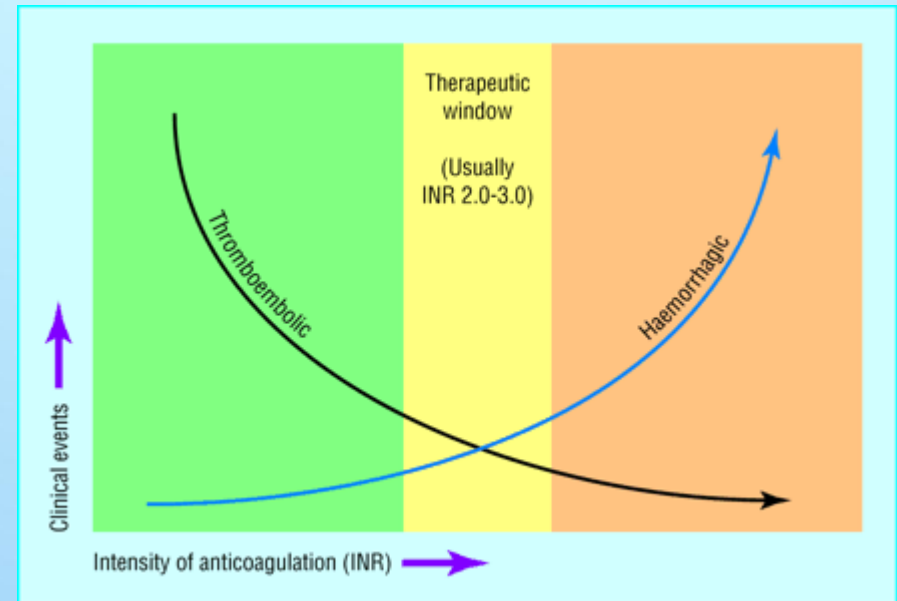
Ileofemorale DVT

- ▶ Trombolyse tenzij contraindicatie
- ▶ Cavafilter? Repetitive longembolen
- ▶ Trombolyse via INZO
- ▶ May-Turner: veneuze stenting
- ▶ Eerste ribresectie
- ▶ LMWH, po antico 6 maanden
- ▶ Elastische compressie: steunverband 1 week – steunkous drukklasse II
- ▶ Follow-up met duplex



DVT > 12 maanden behandelen

- levensbedreigende veneuze trombose
- 1ste episode bij maligniteit (behandelen zolang de maligniteit actief is)
- 2de episode DVT in hetzelfde been
- 2de episode is een longembolus
- trombofilie



Uitgebreide opp. tromboflebitis

- ▶ Altijd duplex
- ▶ Trombus tot max. midden dij: conserv.
- ▶ Bovenste 1 / 3: conserv. / heelkunde
- ▶ Thv cross: urgente heelkunde
- ▶ Geassocieerde DVT: behandelen als DVT



Oppervlakkige tromboflebitis

- ▶ Onmiddellijke mobilisatie; elastische compressie (kous/windel)
- ▶ LMWH gedurende 30 dagen: 10 dagen therapeutisch schema; 20 dagen ½ therapeutisch schema
- ▶ Lokaal: NSAID gel, ijs
- ▶ Opm. LMWH – nierinsufficiëntie



Acute ischemie

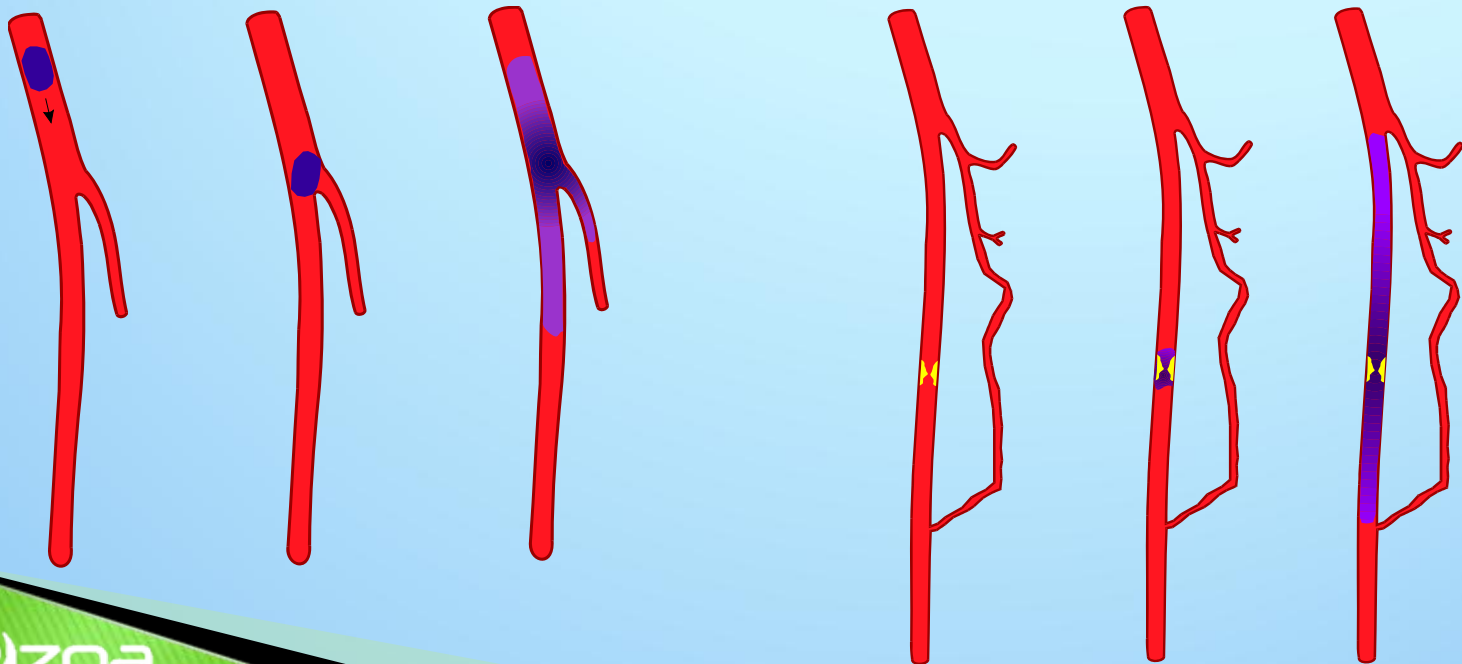
- ▶ Embool
- ▶ Trombose

- ▶ Op naam vaatchirurg(ie) via spoed
(best na telefoon)



Acute ischemie: SS

- ▶ 5 P's: pulseless – pain – paresis – paresthesia – palor
- ▶ Embool: acuut Trombose: claudicatio, collateralen



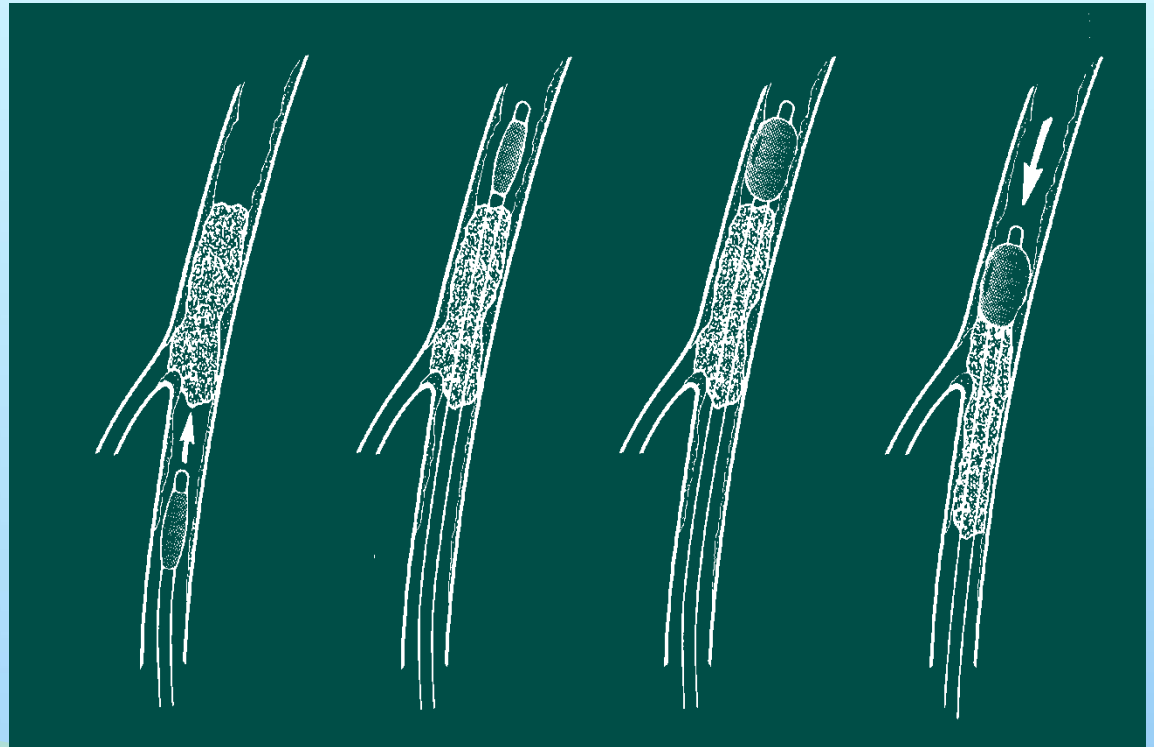
Acute ischemie: diagnose

- ▶ Anamnese
 - Cardiaal (VKF, kleplijden)
 - Claudicatio
 - VG van vasculair lijden, bypass, PTA
- ▶ Kliniek:
 - Pulsaties
 - Contralaterale lidmaat
- ▶ Arteriografie: bij trombose; mogelijkheid tot trombolyse



Acute ischemie: behandeling

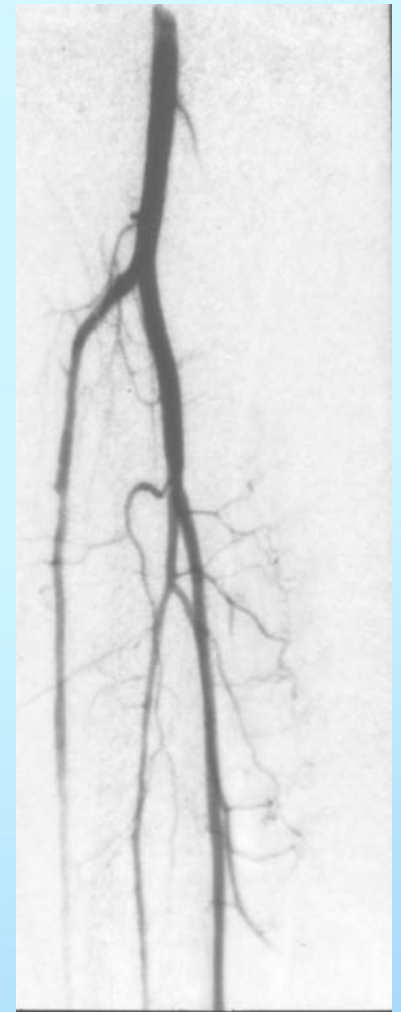
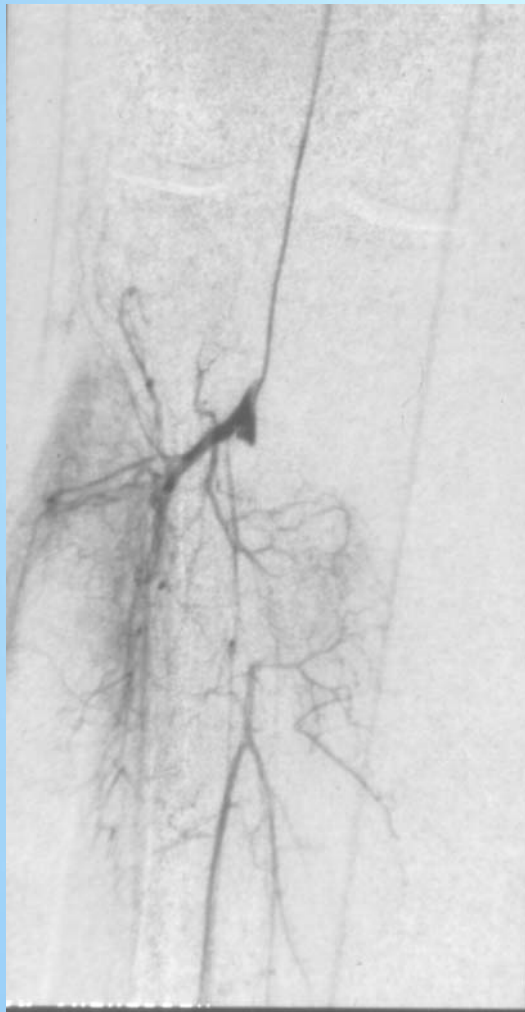
- ▶ Antitrendelenburg
- ▶ Hepariniseren? Loftyl?
- ▶ Embolectomie



Acute ischemie: behandeling

- ▶ Trombectomie
- ▶ Endarterectomie, bypass, PTA
- ▶ Trombolyse: monitoring op intensieve zorgen!
- ▶ Amputatie





Geruptureerd aneurysma

▶ Mortaliteit

Gemiddeld 50% (35–70%)

- Vrij stabiel sinds jaren
- Ondanks perfectioneren van
 - Techniek
 - Pre-, per- en postoperatieve intensieve zorgen

▶ Morbiditeit

Single of multi-orgaan falen

Hart–longen–nieren–stolling



Risico op ruptuur

- ▶ ruptuurkans neemt exponentieel toe met de absolute grootte van het AAA.
- ▶ 5-jaars ruptuurkans:
 - < 5cm: 1%
 - 5-5.9 cm: 25%
 - > 6cm: 35%
 - > 7cm: >75%
- ▶ Hypertensie en COPD verhogen de kans op ruptuur



Electieve behandeling!

- ▶ Ruptuur = 50–75% kans op overlijden
- ▶ Vandaar: Preventief behandelen
 - ALS risico op ruptuur significant stijgt
 - > 5.5 cm
 - > 1 cm/jaar
 - ALS risico op mortaliteit > operatieve mortaliteit (klassiek <> endo)

Follow-up AAA < 5.5cm

UK small aneurysm trial: >5.5cm

US trial (N Engl J Med 2002)



Screening AAA: zinvol?

- ▶ Deense studie over 10 jaar:
 - Mannen, 65 jaar, gerandomiseerd (6000/groep)
 - Vanaf >3cm, echo/j; >5cm electieve behandeling
 - mortaliteit vermindert met 73%
 - akute ingrepen dalen met 68%
 - geplande ingrepen stijgen
- ▶ Multicentre Aneurysm Screening study (MASS)
 - Mannen 65–74j
 - Echo, electieve behandeling
 - Reductie in mortaliteit: 42%
- ▶ Vrouwen: lagere prevalentie (1.3% vs 7.6%) en peak incidentie ruptuur 10 jaar later

Screening UK

- ▶ National Screening Committee beveelt screening aan bij overheid
- ▶ Idem US Preventive Services Task Force
- ▶ Man, 65j; echo (anteroposterieure diameter)
- ▶ Prevalentie op 65j = 4%
- ▶ Diameter $> 3\text{cm}$, jaarlijkse FU
- ▶ Berekende kost: 30 miljoen £ per jaar
= helft van kost borstscreening
= aantal levens gered

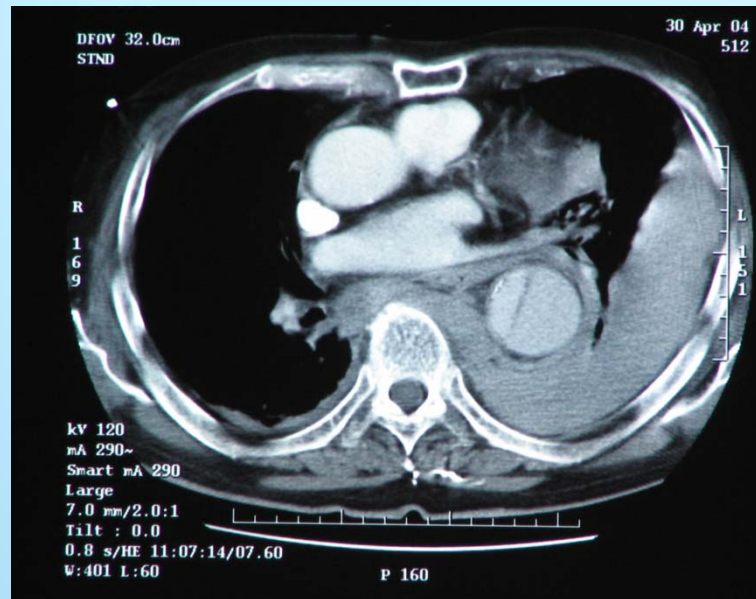
‘Common sense’

- ▶ Algemene screening zeer kostelijk
- ▶ Eerder deel populatie:
 - ▶ Cardiovasculair belaste patiënt
 - ▶ Klassieke risicofactoren, COPD
 - ▶ Leeftijd (65j)

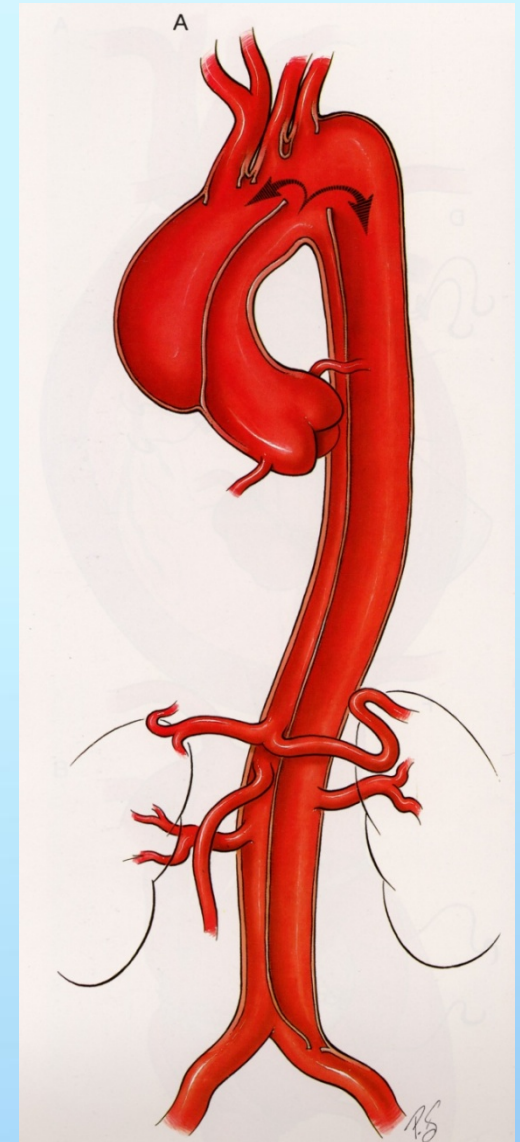


Andere vasculaire urgenties

- ▶ Aortadissectie



- ▶ Trauma (scherp; stomp)



TIA / CVA

- ▶ 40% onbekende oorzaak
- ▶ 30% cardioemboligene origine
- ▶ 20–30% atherosclerose extra- of intracraniële bloedvaten

- ▶ CVA: stroke unit, neuroloog
- ▶ Trombolyse (venster van 6 uren), aspirine

- ▶ TIA

- ▶ Carotispathologie uitsluiten!



Vertebrobasilaire insufficiëntie

- ▶ Microembolisatie
- ▶ Low-flow: gebrek aan inflow + gebrek aan compensatie carotisgebied
 - Stenose, occlusie vertebralis
 - Compressie door osteofyten
- ▶ Moeilijke diagnose: duizeligheid, drop attack, diplopie
- ▶ Behandeling vertebralisstenose > 60% bilateraal of dominante zijde: PTA, zelden chirurgie



Symptomatische carotisstenose

- ▶ ECST, NASCET: CEA vs medical treatment
- ▶ Peri-operative risico hoger
- ▶ Risk reduction after 2 years:
 - 12.5–13% voor >70% stenose
 - 5% voor >50% stenose
- ▶ Ook benefit voor vrouwen



Symptomatische carotisstenose

- ▶ Timing chirurgie?
 - Eerste weken na ischemic event hoogste risico op nieuw event; 30-day stroke risk = 4.9%
 - (Hemorhagische omvorming)
 - Binnen eerste 2 weken

- ▶ CAS: neen



