Odrębności w leczeniu i profilaktyce ŻChZZ u ciężarnych

Anna Szarnecka-Sojda

Świętokrzyskie Centrum Chirurgii Naczyń i Angiologii

Kielce 9-luty-2013

- Ciąża zwiększa 10 krotnie ryzyko wystąpienia ŻChZZ;
- ZŻG występuje u 3/1000 ciężarnych;
- ZP występuje u 0,3-1/1000 ciężarnych;
- u 15-25 % ciężarnych z nie leczoną zakrzepicą żylną występuję zatorowość płucna;
- nie leczona zatorowość płucna w ciąży kończy się śmiercią w 15 % przypadków.

Zator płuc - cichy zabójca
jest najczęstszą przyczyną zgonów kobiet w ciąży
w Polsce i na świecie

Śmiertelność można zmniejszyć

- poprzez intensywną diagnostykę w razie klinicznego podejrzenia ZŻG lub ZP;
- poprzez leczenie i/lub zapobieganie ZŻG i ZP u kobiet z grupy zwiększonego ryzyka.

Triada Virchowa

patogeneza zakrzepicy żylnej

Skąd bierze się ryzyko w ciąży fizjologicznej ?

- zmiany stężeń hormonów;
- fizjologiczne zmiany w układzie krzepnięcia - zwiększona krzepliwość;
- ucisk dużych żył przez powiększoną macicę;
- zaburzenia przepływu krwi w kończynach dolnych;

Nadkrzepliwość w ciąży

Wzrost stężenia czynników krzepnięcia:

- fibrynogenu
- protrombina (do 150%)
- cz. V (głównie trzeci trymestr),
- VII do 250%;
- VIII do 500% i czynnika vWF
- IX do 150%,
- X do 250%
- XII do 200%,

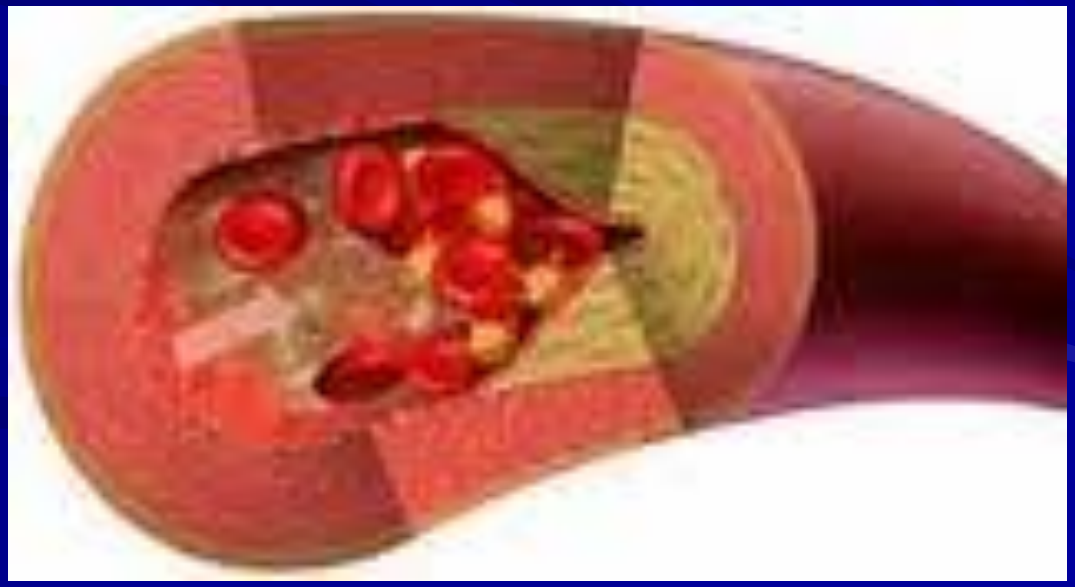
Zmniejszenie stężenia

- białka C i S
- AT III o 10%
- pojawia się oporność na białko C.

- wytwarzanie inhibitorów fibrynolizy przez łożysko.
- spadek ilości aktywatorów plazminogenu w osoczu i śródbłonku naczyń.

Stan taki chroni przed utratą dużej ilości krwi podczas porodu

a jednocześnie sprzyja zdarzeniom zakrzepowo -zatorowym.



Krążenie żylne a ciąża

- Zwiększenie objętości krwi o 20-30% wpływa zwłaszcza na przedział żylny, który zawiera ponad 80% całkowitej objętości krwi krążącej.
- Podwyższone ciśnienie żylne pojawia się na początku ciąży i osiąga dwu lub trzykrotne wartości - szczytowe przed rozwiązaniem.

Zwolniony przepływ krwi

- Niedomykalność i przemijająca niewydolność zastawek żył kończyn dolnych związana jest z objętościowym rozciągnięciem żył,
- Brak zastawek w żyłach biodrowych - defekt anatomiczny, może być dziedziczny wpływa na przeciążenie żył kończyn dolnych.
- Czynnościowa niedomykalność zastawki trójdzielnej związana z jest poszerzeniem jej pierścienia i powoduje zmianę spektrum przepływu w Dopplerze z fazowego na pulsacyjny.

Zwolniony przepływ krwi

- ucisk lewej żyły biodrowej przez prawą tętnicę biodrową w miejscu ich skrzyżowania
- ucisk żyły głównej dolnej w trzecim trymestrze przez powiększona macicę;
- zwolnienie prędkości przepływu krwi o połowę występuje szczególnie w ostatnim trymestrze co prowadzi do rozciągania ścian naczyń, zmniejszenia przepływu krwi w tętnicach kończyn, ograniczenia powrotu żylnego, do rozwoju żylaków i sprzyja zastojowi krwi.

Rola Hormonów

- nie oddziałują bezpośrednio na ścianę naczyń,
- modyfikują jej metabolizm i funkcję: progesteron niekorzystnie wpływa na ściany żył poprzez zmniejszenie napięcia naczynioskurczowego i zmniejszenie elastyczności ich ścian;
- rola estrogenów nie została dokładnie poznana
- podobne zmiany występują przy zażywaniu antykoncepcji zawierającej duże dawki estrogenów i progesteronu.

Triada Virchowa

patogeneza zakrzepicy żylnej

Żylna Choroba Zakrzepowo Zatorowa

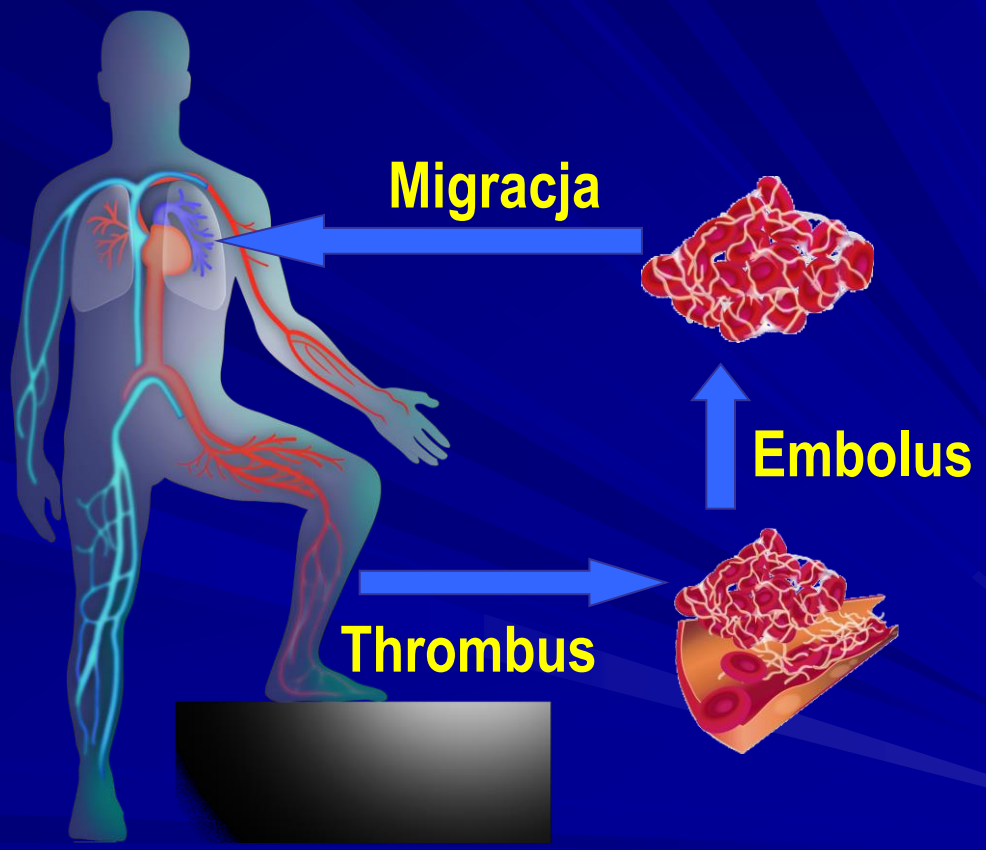
Ma swoje dwie manifestacje

- Zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna;
- Często obie postaci współistnieją ze sobą;
- ZŻG to powstanie zakrzepu w obrębie żył głębokich najczęściej kończyn dolnych, ale również biodrowych, żył przeszywających i żył głębokich kończyn górnych.

ŻCHZZ : zakrzepica żył głębokich / zatorowość płucna

Około 50% pacjentów z obwodową DVT ma bezobjawową zatorowość płucną

Zakrzepicę żył głębokich (głównie bezobjawową) potwierdza się u 80% pacjentów z zatorowością płucną



1. *Pesavento R, et al. Minerva Cardioangiol 1997;45(7-8):369–375.*
2. *Girard P, et al. Chest 1999;116(4):903–908.*

Ryzyko ZP I ZŻG

- jest najwyższe w połogu zwłaszcza po cięciu cesarskim wykonywanym w trybie pilnym.
- występuje częściej u kobiet z dodatkowymi czynnikami ryzyka jak:
  - otyłość,
  - wiek >35 lat,
  - trombofilia,
  - unieruchomienie >= 7 dni,
  - przebyta ŻChZZ,
  - Incydenty zakrzepowo zatorowe w 1 linii pokrewieństwa u osobników <50 rokiem życia,
  - dodatkowe zabiegi chirurgiczne
  - u kobiet z innymi chorobami układowymi RZS, LE .

- 40% incydentów zakrzepicy występuje w pierwszym trymestrze ciąży;
- w 90% lokalizacja dotyczy lewej kończyny dolnej;
- częściej zakrzep lokalizuje się w odcinku biodrowo udowym co sprzyja ZP;
- u 50% ciężarnych z zakrzepicą stwierdza się trombofilię.

Diagnostyka

Objawy niecharakterystyczne występują zarówno u kobiet w ciąży jak i zdrowych ciężarnych i nie muszą być związane z ŻChZZ

- duszność,
- tachykardia,
- ból w klatce piersiowej,
- zasłabnięcia ,
- hipoksemia,
- niesymetryczne obrzęki kończyn dolnych.

Tabela 7-1. Ocena prawdopodobieństwa klinicznego ZŻG w skali Wellsa

Cecha kliniczna	Liczba punktów
nowotwór złośliwy (leczony lub rozpoznany w ciągu ostatnich 6 mies.)	1
porażenie, niedowład lub niedawne unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym	1
niedawne unieruchomienie w łóżku przez >3 dni lub duży zabieg chirurgiczny w ciągu ostatnich 4 tygodni	1
bolesność miejscowa w przebiegu żył głębokich kończyny dolnej[a]	1
obrzęk całej kończyny dolnej[a]	1
obwód goleni większy o >3 cm w porównaniu z bezobjawową kończyną (pomiar 10 cm poniżej guzowatości piszczeli)[a]	1
obrzęk ciastowaty (większy na objawowej kończynie)[a]	1
widoczne żyły powierzchowne krążenia obocznego (nieżylakowe)[a]	1
inne rozpoznanie równie lub bardziej prawdopodobne niż ZŻG	−2
Interpretacja	
prawdopodobieństwo kliniczne	**suma punktów**
małe	≤0
pośrednie	1–2
duże	≥3

na podstawie: *Wells P.S. i wsp., Lancet, 1997; 350: 1795–1798*

[a] Jeśli występują objawy ze strony obu kończyn dolnych, należy oceniać tę kończynę, w której objawy są bardziej nasilone

Tabela 7-2. Ocena prawdopodobieństwa klinicznego ZP w skali Wellsa

Zmienna	Liczba punktów
czynniki predysponujące	
przebyta ZŻG lub ZP	1,5
niedawno przebyty zabieg chirurgiczny lub unieruchomienie	1,5
nowotwór złośliwy	1
objawy podmiotowe	
krwioplucie	1
objawy przedmiotowe	
częstotliwość rytmu serca >100/min	1,5
objawy ZŻG	3
ocena kliniczna	
inne rozpoznanie mniej prawdopodobne niż ZP	3
Interpretacja	
prawdopodobieństwo kliniczne (3 poziomy)	**suma punktów**
małe	0–1
pośrednie	2–6
duże	≥7
prawdopodobieństwo kliniczne (2 poziomy)	
ZP mało prawdopodobna	0–4
ZP prawdopodobna	>4

na podstawie: *Wells P.S. i wsp., Thromb. Haemost., 2000; 83: 416–420*

Dostępne badania

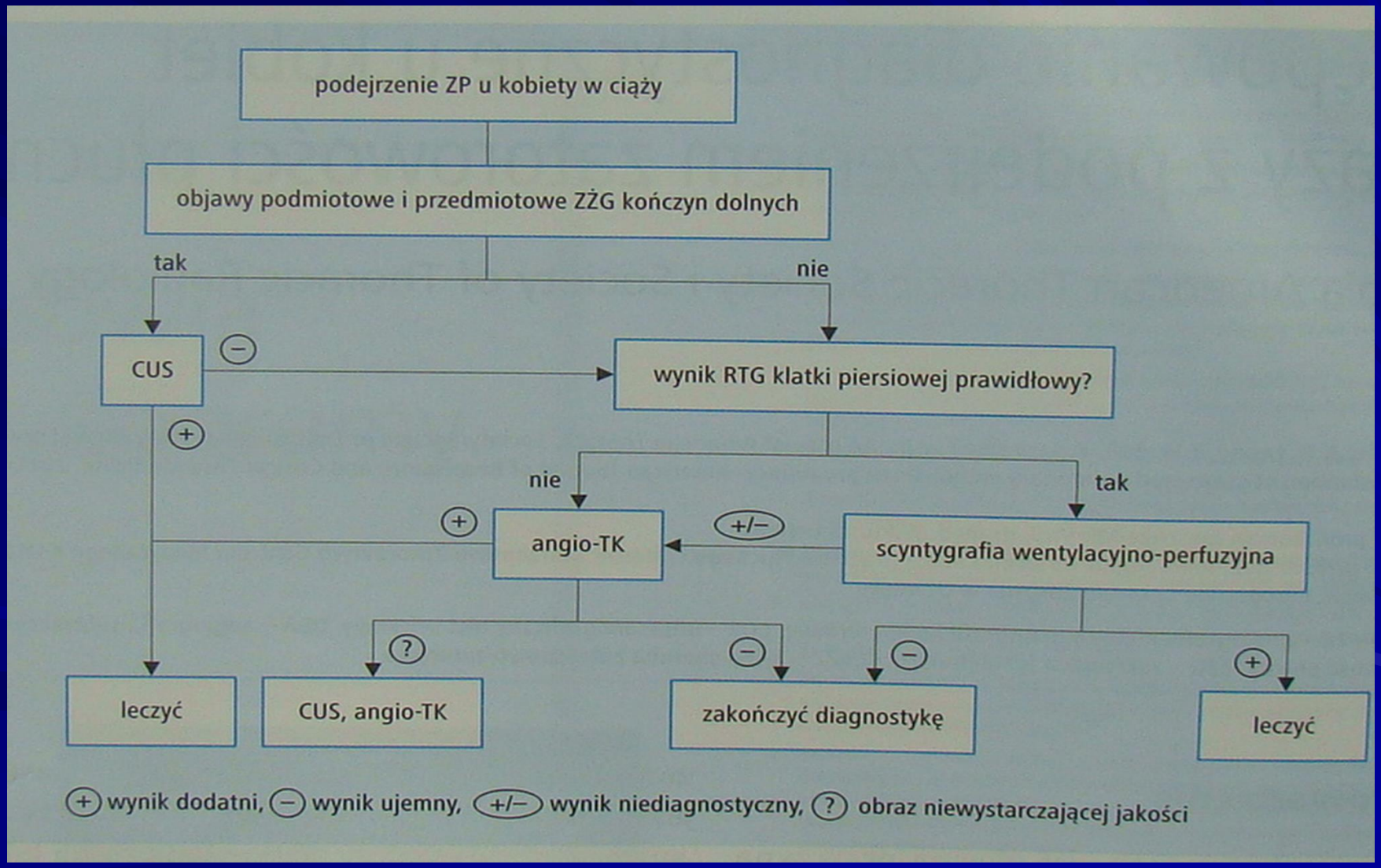
- D-dimer ??
- USG żył kończyn dolnych,
- EKG
- Echokardiografia,
- RTG klatki piersiowej
- Scyntygrafia perfuzyjna i wentylacyjna,
- Angio CT,
- angiografia płucna

D-dimery nie mają wartości diagnostycznej ponieważ ulęgają wzrostowi w II i III trymestrze ciąży fizjologicznej.

Wynik dodatni wymaga zawsze przeprowadzenia innych badań.

Nie zaleca się oznaczania d-dimeru we krwi w celu wykluczenia ZP

Wytyczne American Thoracic Society i Society of Thoracic Radiology 2011 zmodyfikowane

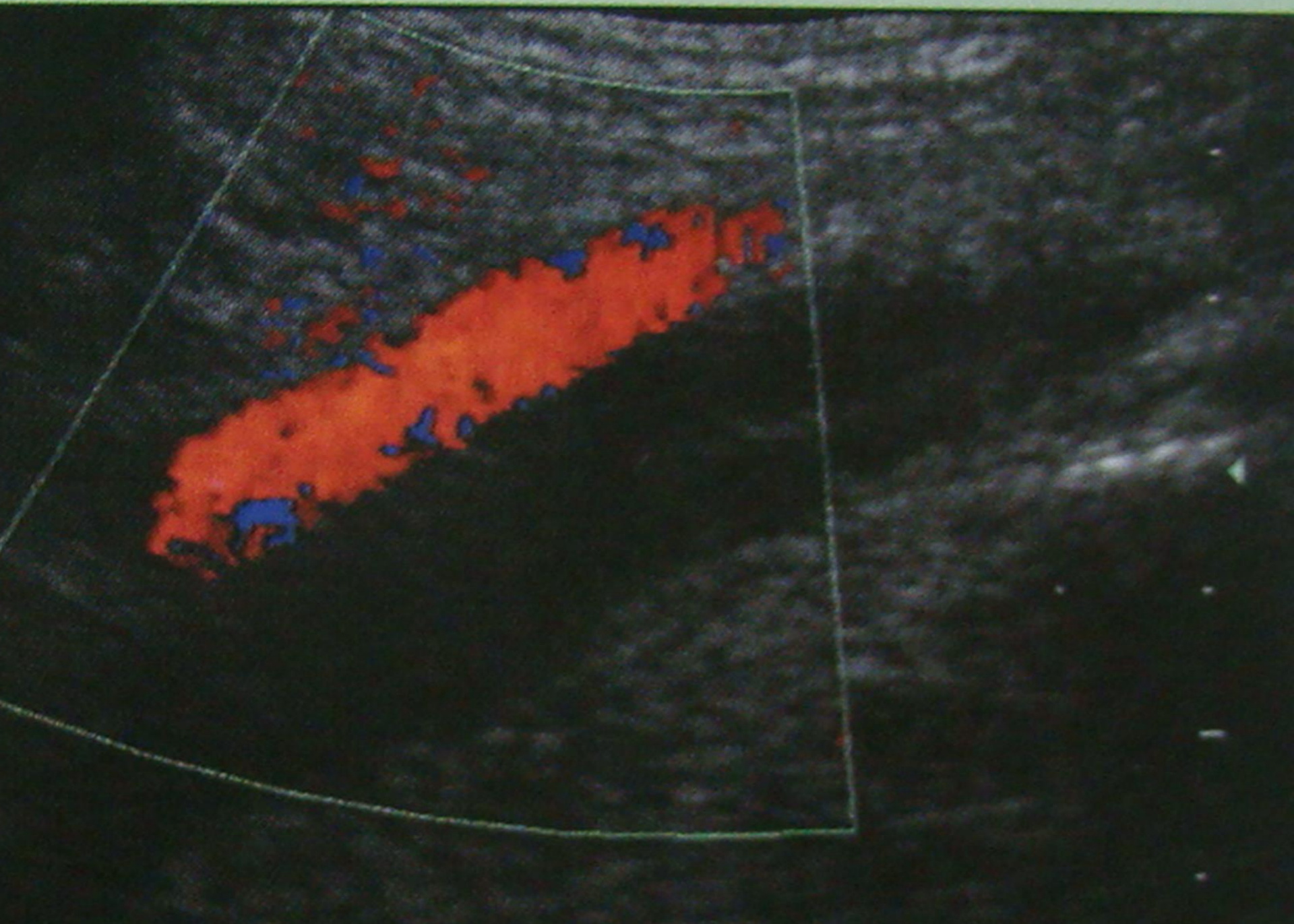


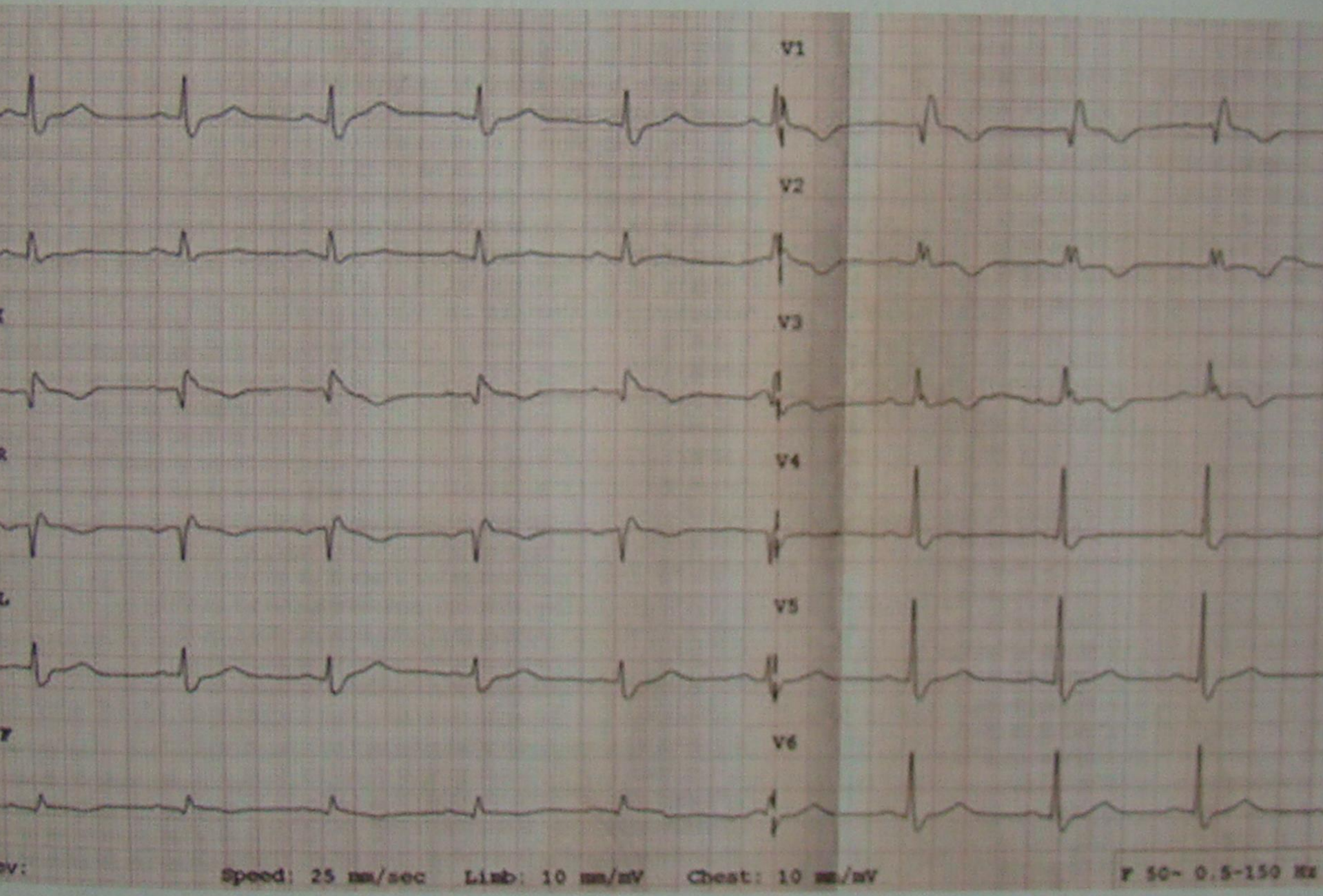
USG

- Test uciskowy obustronny CUS
- Badanie USG doppler -color

w celu potwierdzenia ZŻG

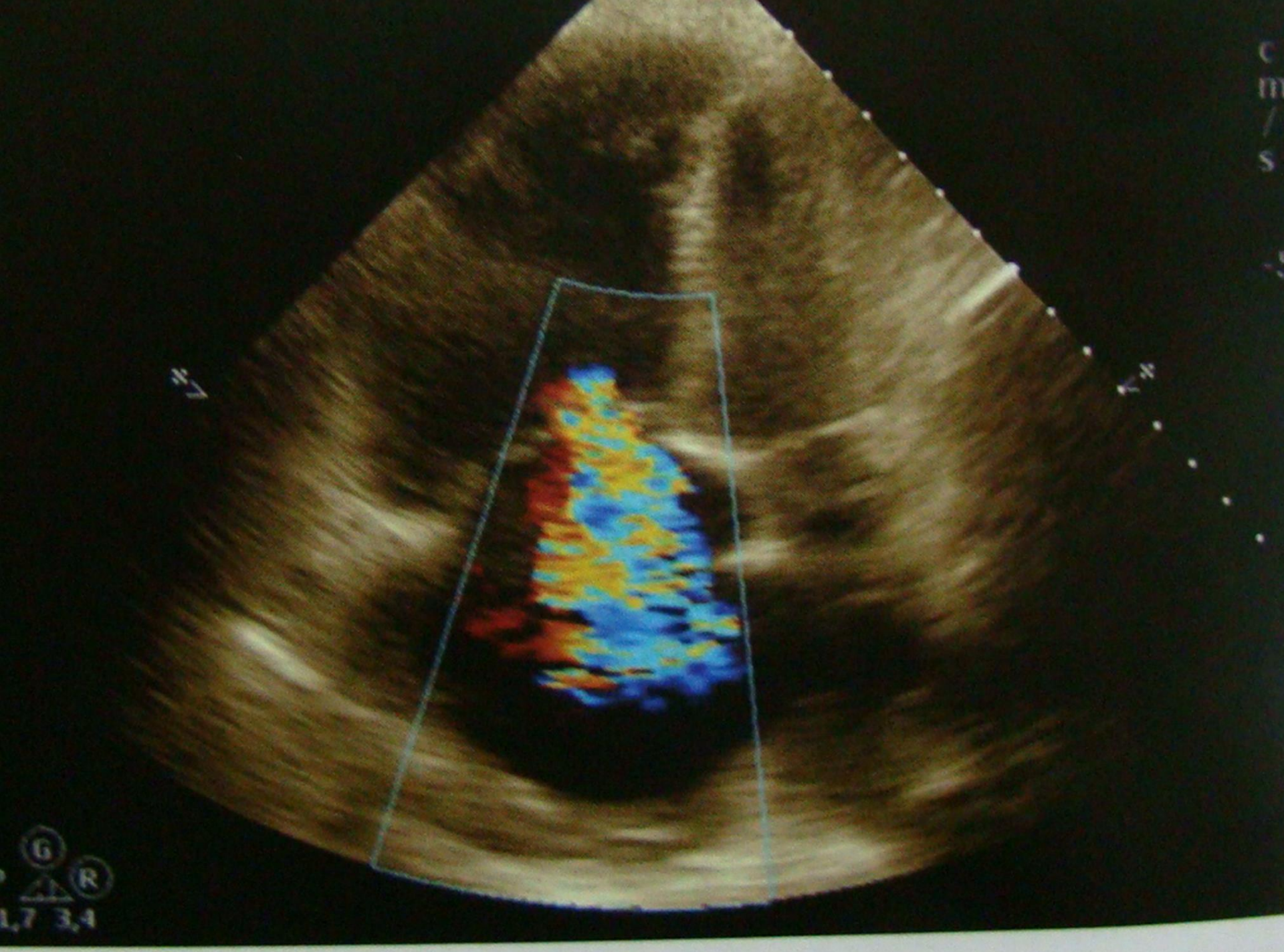
Badanie również wykonywane w przypadku podejrzenia zatorowości płucnej





na 10. EKG u pacjenta z ZP – zespół $S_IQ_{III}T_{III}$, blok prawej odnogi pęczka Hisa i ujemne załamki T w odprowadzeni

Echokardiografia

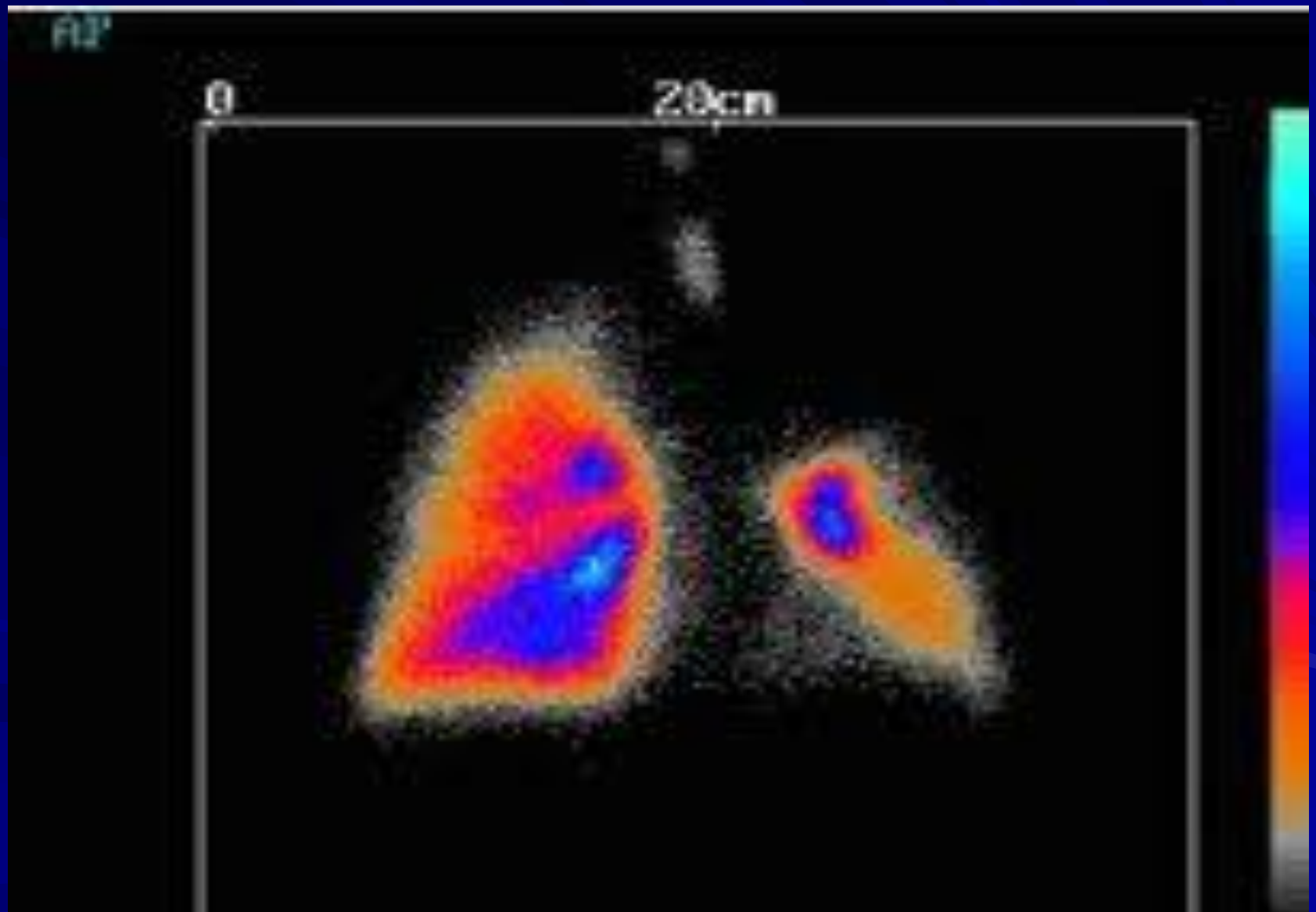

cm/s
G
R
1,7 3,4

RTG płuc

- Spośród badań związanych z narażeniem na promieniowanie jonizujące zaleca się w pierwszej kolejności : **RTG klatki piersiowej**:
- samodzielne rzadko pozwala na ustalenie rozpoznania i stwierdzenie zmian charakterystycznych dla ZP;
- pozwala natomiast wykluczyć inne schorzenia np. zapalenie płuc ,opłucnej, odma, złamania żeber, nadciśnienie płucne.

- Gdy obraz rtg płuc jest prawidłowy zaleca się wykonanie scyntygrafii perfuzyjną i wentylacyjnej.
- Jeśli obraz RTG płuc jest nieprawidłowy - sugeruję się wykonanie badania angio CT.
- Jeśli wynik scyntygrafii jest niediagnostyczny sugeruje się raczej wykonanie angio CT;
- arteriografia jest wykonywane tylko w wyjątkowych wypadkach i obciążona wysokim ryzykiem powikłań 2-5%.

Scyntygrafia perfuzyjna



C
KLP ANGI
Kontra
5 cm

Stosowanie badań wykorzystujących promieniowanie jonizujące budzi obawy o bezpieczeństwo płodu:

- wady rozwojowe,
- nowotwory w okresie wczesnego dzieciństwa.

Dopuszczalna dawka pochłoniętego promieniowania bezpieczna dla płodu

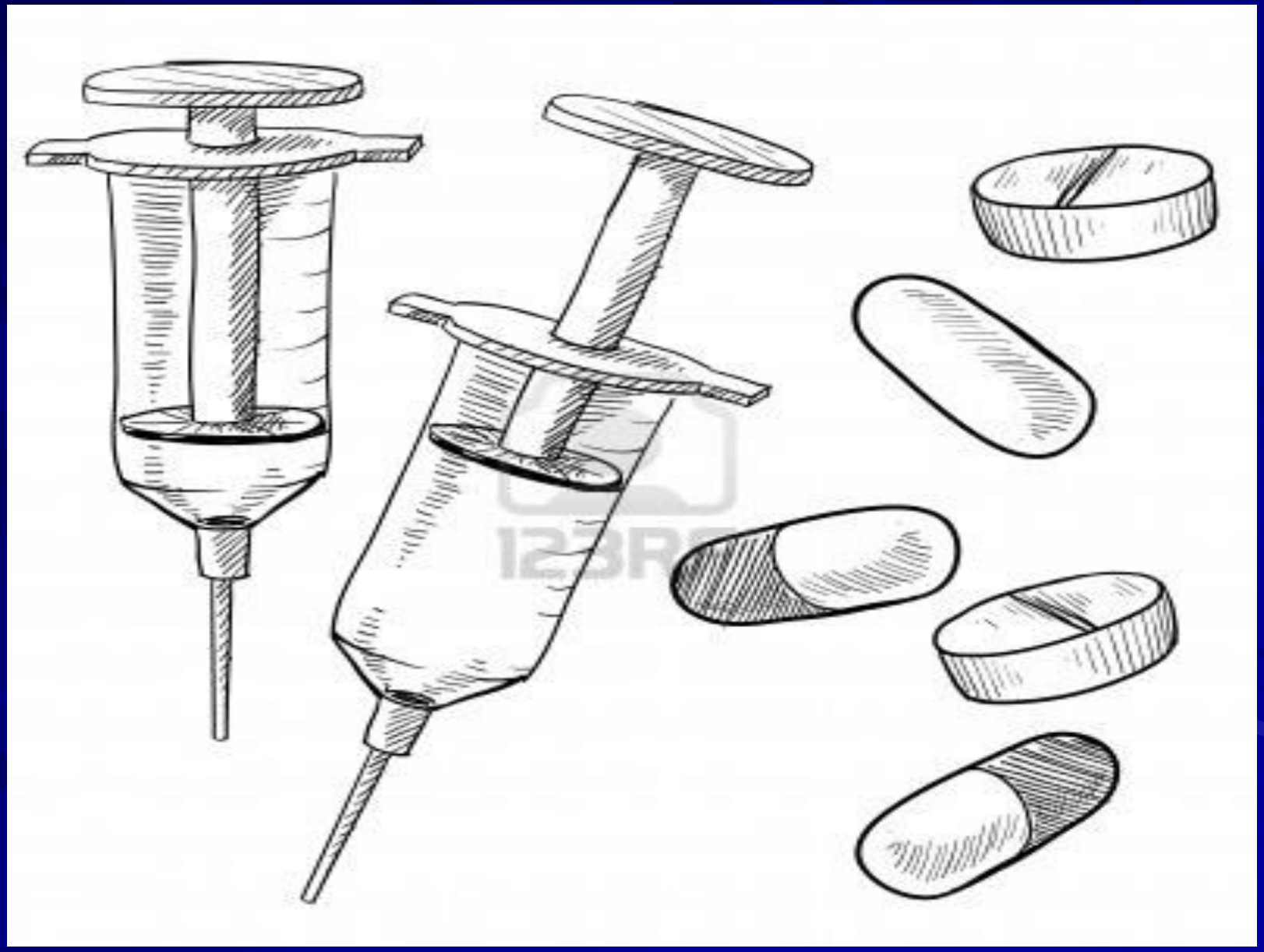
to 50 mSv

Tabela 1. Szacowana dawka promieniowania pochłonięta przez płód podczas procedur diagnostycznych w kierunku zatorowości płucnej, wg „Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących diagnostyki i postępowania w ostrej zatorowości płucnej".

Test diagnostyczny	**Dawka promieniowania pochłonięta przez płód**	
	mSv	**?Gy**
RTG klatki piersiowej	0,01	<10
Scyntygrafia perfuzyjna płuc z technetem 99 m związanym z albuminą	0,06-0,12	60-120
Scyntygrafia wentylacyjna płuc	0,2	200
Angiografia płucna z dostępu udowego	2,2-3,7	2210-3740
Angiografia płucna z dostępu ramieniowego	< 0,5	< 500
Angio-CT klatki piersiowej		
I trymestr	0,003-0,02	3-20
II trymestr	0,008-0,08	8-77
III trymestr	0,051-0,13	51-1305

RTG klatki piersiowej

Leczenie



- U kobiet w ciąży ze świeżą ŻChZZ zaleca się raczej stosowanie HDCz s.c. w dawce dostosowanej niż stosowanie HNF w dawce dostosowanej (1B)
- U ciężarnych ze świeżą ŻChZZ zaleca się raczej podawanie HDCz niż VKA(1A)
- U kobiet w ciąży ze świeżą ŻChZZ sugeruje się kontynuację leczenia przez co najmniej 6 tygodni po porodzie. Leczenie stosowane przed porodem i po porodzie łącznie nie krócej niż 3 miesiące (2C)

Tabela 9-4. Przykładowe dawkowanie heparyn w profilaktyce i leczeniu ŻChZZ w okresie ciąży

	Dawka profilaktyczna	Dawka dostosowywana
dalteparyna	5000 j.m. *s.c.* co 24 h	200 j.m./kg *s.c.* co 24 h[b] lub 100 j.m./kg *s.c.* co 12 h[b]
enoksaparyna	40 mg *s.c.* co 24 h[a]	1 mg/kg *s.c.* co 12 h[b]
nadroparyna	2850 j.m. *s.c.* co 24 h[a]	86 j.m./kg (0,1 ml/10 kg) co 12 h[b]
HNF	5000 j.m. *s.c.* co 12 h	utrzymująca APTT w przedziale terapeutycznym[a], *s.c.* co 12 h

[a] Modyfikacja dawki może być konieczna w przypadku skrajnych wartości masy ciała.

[b] Wskazane dostosowanie dawki wg aktywności anty-Xa; 4 h po podaniu HDCz powinna wynosić (j.m./ml): w dawce profilaktycznej: 0,1–0,3, w dawce leczniczej przy podawaniu co 12 h: 0,6–1,0 przy podawaniu co 24 h: 1,0–1,3.

- U chorych ze świeża ZŻG kończyny dolnej sugerujemy raczej pełne i niezwłoczne uruchomienie niż początkowe leczenie spoczynkowe (2C)
- Jeżeli obrzęk lub ból są bardzo nasilone, może być potrzebne opóźnienie uruchomienia.
- U chorych uruchamianych zaleca się stosowanie terapii uciskowej.

- U kobiet ze świeżą ZŻG lub ZP obciążonych zwiększonym ryzykiem krwawienia lub osteoporozy sugeruje się zmniejszenie dawki o 25% optymalnie pod kontrolą czynnika anty Xa.(2C)

- U kobiet w ciąży otrzymujących HDCz w dawce dostosowanej lub HNF, u których planuje się poród zaleca się przerwanie podania HDCz i HNF na 24 godziny przed indukcja porodu lub cięciem cesarskim lub blokadą centralną niż kontynuowanie do chwili porodu.(1B)

HDCz / HNF

Nie przechodzą przez łożysko,

są bezpieczne dla płodu, nie powodują wad rozwojowych ani krwawienia u płodu.

Istnieje niewielkie ryzyko u ciężarnej:

- HIT < niż 1% .
- krwawienia z połączeń maciczno łożyskowych u 2,7%,
- odklejenie łożyska.

- Długotrwałe stosowanie heparyny powyżej 30 dni sprzyja rozwojowi osteoporozy;
- Objawowe złamania kręgów odnotowano u 2-3 % pacjentek;
- istotne zmniejszenie gęstości mineralnej kości nawet u 30% z nich;
- Osteoporoza poheparynowa nie jest szybko odwracalna ponieważ heparyna pozostaje w kościach przez długi czas.
- Wiele doniesień wskazuje, iż stosowanie HDCz wiąże się z mniejszym ryzykiem powikłań niż stosowanie HNF.

VKA warfaryna i acenokumarol

Dopuszczone do leczenia u ciężarnych za wyjątkiem okresu pomiędzy 6-12 tygodniem i ostatnim miesiącem ciąży. (ESC)

Powodują wystąpienie wad rozwojowych płodu: najczęściej niedorozwój nosa, chondrodysplazję punktową, niedorozwój kończyn, wady OUN, krwawienia, obumarcie płodu.

Stosowane przez całą ciążę powodowały wystąpienie wad u 6,4% żywo urodzonych płodów.

Leki a ryzyko dla matki i płodu

- Wady wrodzone płodu przy stosowaniu w I trymestrze ciąży:

  VKA - 3,7-6,4%

  Heparyny < 2%

- Zdarzenia zakrzepowo zatorowe u matki: skrzeplina katastroficzna blokująca dysk zastawki, zatory obwodowe:

  VKA - 2,9 %

  Heparyny - 4,3%-12,7%

VKA

- są zarezerwowane dla kobiet z bardzo wysokim ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych;
- u kobiet z mechanicznymi zastawkami serca szczególnie w pozycji mitralnej, wymagających przewlekłej antykoagulacji.

Umieszczenie filtru do VCI

- U chorych ze świeżą ZŻG zaleca się nie umieszczać filtru do VCI jeżeli otrzymują leczenie przeciwkrzepliwe (1B)
- U chorych ze świeżą proksymalną zakrzepicą, z przeciwwskazaniami do leczenia przeciwkrzepliwego (w tym ze wskazaniami do rozległego zabiegu operacyjnego którego nie można odroczyć) zalecamy umieszczenie filtra w VCI(1B)
- Sugeruje się wszczepianie raczej filtra czasowo-stałego niż stałego do VCI.

Tromboliza

Streptokinaza i alteplaza minimalnie przechodzą przez łożysko,

Istnieje jednak wysokie ryzyko odklejenia łożyska, porodu przedwczesnego czy

śmierci płodu

Stosowane tylko w przypadku zagrożenia życia matki

Powikłania krwotoczne

- siarczan protaminy (1mg na 100j heparyny);
- KCP;
- świeżo mrożone osocze;
- rVII Novo Seven.

HIT ryzyko < 1%

- Do różnicowania z trombocytopenią ciężarnych i Zespołem Help;
- spadek liczby płytek pomiędzy 4-14 dniem leczenia o połowę lub poniżej100 tys.
- świeża zakrzepica żylna lub tętnicza;
- ostra niewydolność oddechowa, krążenia wstrząs anafilaktyczny po podaniu dożylnym;
- odczyn w miejscu wstrzyknięcia.

- U kobiet w ciąży z ostrym lub podostrym HIT sugerujemy podawanie raczej danaparoidu niż innych nieheparynowych leków p/krzepliwych;
- VKA są przeciwwskazane dopiero, można je podać w początkowym okresie razem z danaparoidem po wzroście liczby płytek >150tys. gdyż istnieje ryzyko martwicy kończyny.

- Danaparoid (NZ) bezpośredni inhibitor cz. X nieznacznie przechodzi przez łożysko, zalecany przy HIT u ciężarnych;

  dostępność dowodów na stosowanie w ciąży jest bardzo niska (49 leczonych danaparoidem - 3 przypadki zgonu płodu);
- Pentasacharydy - Fondaparinux (NR) bezpośredni inhibitor cz.X nie zaleca się stosowania w ciąży.

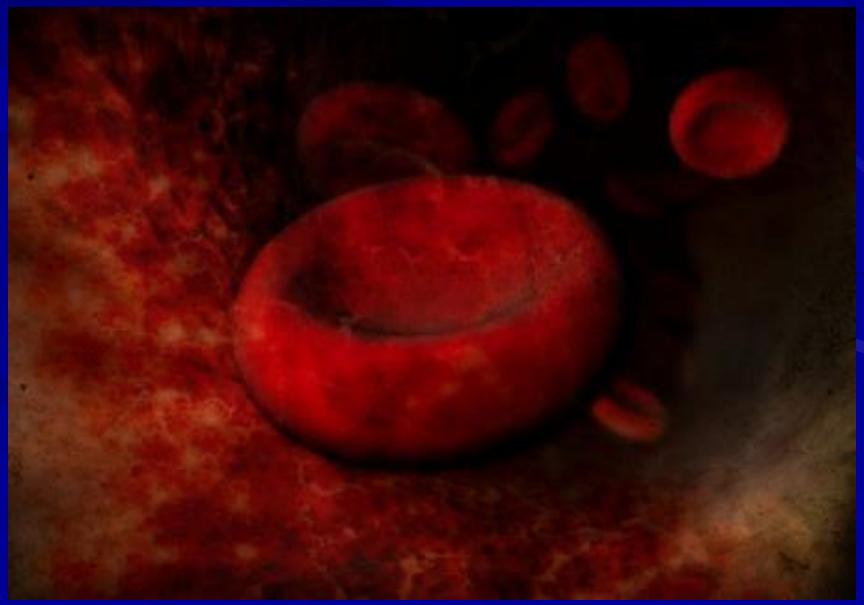
  Chociaż są wyniki korzystnego działania przy przeciwwskazaniu do danaparoidu.

U kobiet w ciąży i w okresie karmienia piersią zalecamy unikanie podawania:

- doustnych bezpośrednich inhibitorów trombiny : dabigatran etexylate NR;
- inhibitorów czynnika X :

rivaroksaban NR,

apiksaban NR.



Profilaktyka u ciężarnych obciążonych zwiększonym ryzykiem ŻChZZ

Dodatkowe czynniki ryzyka

- trombofilia wystepuje u połowy ciężarnych z ŻChZZ, ciężarne z niedoborem ATIII, białka C i S, mutacją Leiden są w okresie ciąży obarczone ośmiokrotnie większym ryzykiem wystąpienia ŻCHZZ nawet jeśli przed ciążą nie występowała zakrzepica.
- waga ciała >30 BMI (kg/m2)
- wiek >36 lat
- pilne cięcie cesarskie
- dodatkowe zabiegi chirurgiczne

Jak rozpoznać grupę ryzyka?

Czynniki ryzyka u ciężarnych poddawanych cięciu cesarskiemu określają ryzyko ŻChZZ po porodzie

(wytyczne ACCP 2012 -modyfikacja polska, Medycyna Praktyczna)

Duże czynniki ryzyka OR>6, >3%

- unieruchomienie >1 tydzień;
- krwotok poporodowy>1l krwi i konieczność interwencji chirurgicznej;
- przebyta ŻChZZ;
- stan przedrzucawkowy lub zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu;
- trombofilia: niedobór AT III, czynnik V Leiden, mutacja G20210A genu protrombiny;
- choroby współistniejące - LE, choroba serca, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa,
- przetoczenie krwi;
- zakażenie poporodowe.

Małe czynniki ryzyka jeśli występują łącznie >=2 sugeruje >3% ryzyko

- BMI>30kg/m2;
- ciąża mnoga,
- krwotok poporodowy z utrata>1l krwi
- palenie >10 papierosów dziennie
- zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu (wiek ciąży + waga urodzeniowa z uwzględnieniem płci < 25 percentyla)
- trombofilia niskiego ryzyka niedobór białka C i S
- stan przedrzucawkowy

Profilaktyka a cięcie cesarskie

- U kobiet poddawanych cieciu bez dodatkowych czynników ryzyka nie stosujemy dodatkowej profilaktyki poza wczesnym uruchomieniem. (1B),
- U kobiet po cięciu obciążonych zwiększonym ryzykiem zakrzepicy 1 duży czynnik lub 2 i więcej mniejsze sugerujemy stosowanie profilaktyki farmakologicznej. (2B)
- Jeśli istnieją p/wskazania sugerujemy stosowanie metod mechanicznych.(2B)

Trombofilia

Główne objawy u kobiet w ciąży:

- ŻCHZZ,
- powikłania ciąży związane z zawałem łożyska - poronienie, zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu,

stan przedrzucawkowy, oddzielenie łożyska i obumarcie płodu.

- 60% kobiet z rozwiniętą zakrzepicą w ciąży ma mutację czynnika V Leiden.
- inne zaburzenia to:

  - mutacja genu protrombiny 20210A,
  - hiperhomocysteinemia,
  - obecność przeciwciał APL
- najgroźniejsze i największe ryzyko utraty ciąży i zakrzepicy w ciąży jest jednak związane z niedoborem AT III.

Stąd

- Kobiety z nawracającą utrata płodu >3 przed 10 tygodniem,smierć płodu po 10 tygodniu(wII trymestrze, ciężkim lub nawracającym stanem przedrzucawkowym lub zahamowaniem wewnątrzmacicznego wzrostu płodu powinny być przebadane w kierunku trombofilii.
- Jedynie u ciężarnych z APLA potwierdzono korzyść ze stosowania heparyny w połączeniu z ASA w okresie ciąży.
- Stosowanie heparyny w dawce profilaktycznej

u ciężarnych z pozostałymi trombofiliami zmniejsza jednak istotnie ryzyko wystąpienia ŻChZZ.

Trombofilia a ciąża

- Istnieje silny związek pomiędzy poronieniem w I trymestrze ciąży a obecnością APLA i hyperhomocysteinemią i jest to związane z zaburzeniem zagnieżdżania zarodka;
- W II trymestrze niepowodzenia ciąży są związane z zakrzepicą naczyń łożyska i z mutacja Cz. V Leiden.
- silny związek istnieje pomiędzy niedoborem AT III a urodzeniem martwego płodu, lub ze złożonymi jego defektami.

Ciąża zagrożona

U kobiet z powikłaniami (poronienie, stan przedrzucawkowy, zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, przedwczesne odklejenie łożyska)

- Bez obecności podwyższonego miana APLA

nie zaleca się profilaktyki w ciąży.

U kobiet obciążonych stanem przedrzucawkowym zaleca się ASA w małej dawce od II trymestru.

Trombofilia małego ryzyka

- heterozygota czynnika V Leiden
- heterozygota mutacji 20210A genu protrombiny
- niedobór białka C i S

Trombofilia dużego ryzyka

- niedobór antytrombiny III;
- homozygota czynnika V Leiden lub homozygota mutacji genu protrombiny,
- podwójna heterozygota mutacji 20210A protrombiny i czynnika V Leiden.

Jak postępować ?

Trombofilia małego ryzyka

bez przebytej zakrzepicy :

- przed porodem bez leczenia/obserwacja lub dawka profilaktyczna HNF/HDCz ;
- baczna obserwacja bez profilaktyki ewentualnie poporodowe leczenie p/krzepliwe HDCz lub VKA w przypadku obecnosci innych dodatkowych czynników ryzyka

1 epizod ŻChZZ w przeszłości obecnie bez leczenia

- przed porodem HDCz/HNF w dawce profilaktycznej lub obserwacja bez leczenia
- po porodzie poporodowe leczenie p/krzepliwe HDCz lub VKA

Trombofilia dużego ryzyka

Bez przebytej zakrzepicy lub z 1 epizodem ŻChZZ w wywiadzie obecnie bez leczenia

- przed porodem HDCz/HNF w dawce profilaktycznej lub dostosowanej;
- po porodzie -poporodowe leczenie przeciwkrzepliwe w dawce dostosowanej przez 6 tygodni o intensywności jak w czasie ciąży.

Epizod ŻChZZ w wywiadzie w obecności przejściowego czynnika ryzyka bez trombofili

- przed porodem obserwacja bez leczenia;
- po porodzie poporodowe leczenie przeciwkrzepliwe

Epizod ŻChZZ w wywiadzie w obecności przejściowego czynnika ryzyka związanego z ciążą lub stosowaniem estrogenów

- przed porodem HDCz /HNF w dawce profilaktycznej
- po porodzie poporodowe leczenie przeciwkrzepliwe.

Idiopatyczna ŻChZZ w wywiadzie obecnie bez leczenia

- przed porodem HDCz/HNF w dawce profilaktycznej lub baczna obserwacja bez leczenia
- po porodzie poporodowe leczenie przeciwkrzepliwe

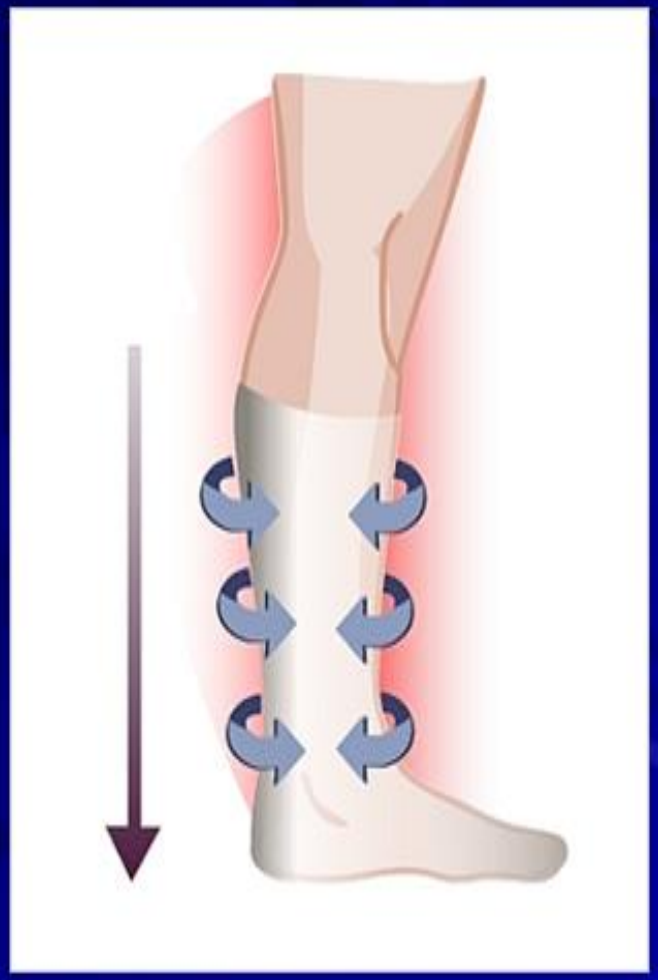
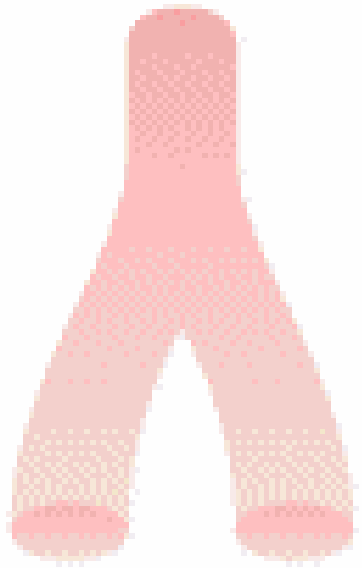
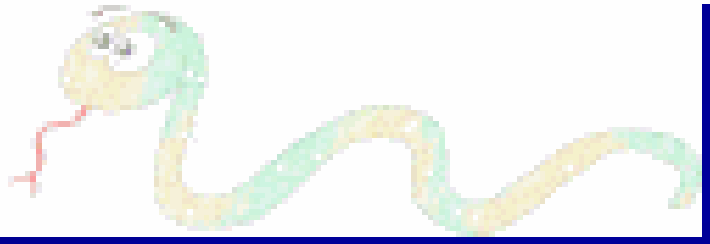
> 2 epizody ŻChZZ bez przewlekłego leczenia przeciwkrzepliwego

- przed porodem HDCz /HNF w dawce profilaktycznej lub dostosowanej;
- po porodzie poporodowe leczenie przeciwkrzepliwe lub HDCz /HNF w dawce leczniczej 6 tygodni.

> 2 epizody ŻChZZ obecnie przewlekłe leczenie przeciwkrzepliwe

- przed porodem HDCz/HNF w dawce dostosowanej;
- po porodzie przywrócenie leczenia przeciwkrzepliwego.

Profilaktyka / Leczenie Kompresjoterapia



Dziękuję za uwagę