

Θρομβοφιλία

ΤΡΟΥΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ Α8

- Θρομβοφιλία ονομάζουμε την παθολογική κατάσταση υπερπηκτικότητας της αιματικής κυκλοφορίας στον άνθρωπο με αποτέλεσμα την ανάπτυξη θρόμβων σε όργανα και αγγεία.
- Στις περιπτώσεις αυτές εντάσσονται και η παθολογία πήξης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα θρομβοεμβολιακά επεισόδια στην έγκυο ή στο έμβρυο, ακόμη και εμβρυϊκή απώλεια (αποβολή).
- Ο προγεννητικός έλεγχος ρουτίνας για θρομβοφιλία σε μη επιλεγμένες γυναίκες δεν συνιστάται αφενός μεν λόγω της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών και της έλλειψης μιας ασφαλούς, αποδοτικής και μακροπρόθεσμης μεθόδου προφύλαξης κατά του θρομβοεμβολιακού επεισοδίου, αφετέρου δε επειδή ένας στους 7 περίπου Έλληνες εκδηλώνει κάποια μορφή θρομβοφιλίας οπότε υπάρχει κίνδυνος για άνευ αιτίας υπερβολική διευθέτηση στην διάγνωση και στην θεραπευτική αντιμετώπιση.



Θρομβοφιλία Συμπτώματα & Πρόληψη

SYMPTOMS

- ΠΕΠΛΗΚΑΙ ΕΠΙ ΔΕΞΙΩΣ
- ΟΞΥΡΟΙ ΟΧΛΟΙ
- ΠΛΥΣΣΑΤΑ
- ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ
- ΚΑΛΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΛΟΚ

ζυγίζω σώμα

αποφύγετε αλκοόλ και τσιγάρα

αποφύγετε μακρά ταξίδια

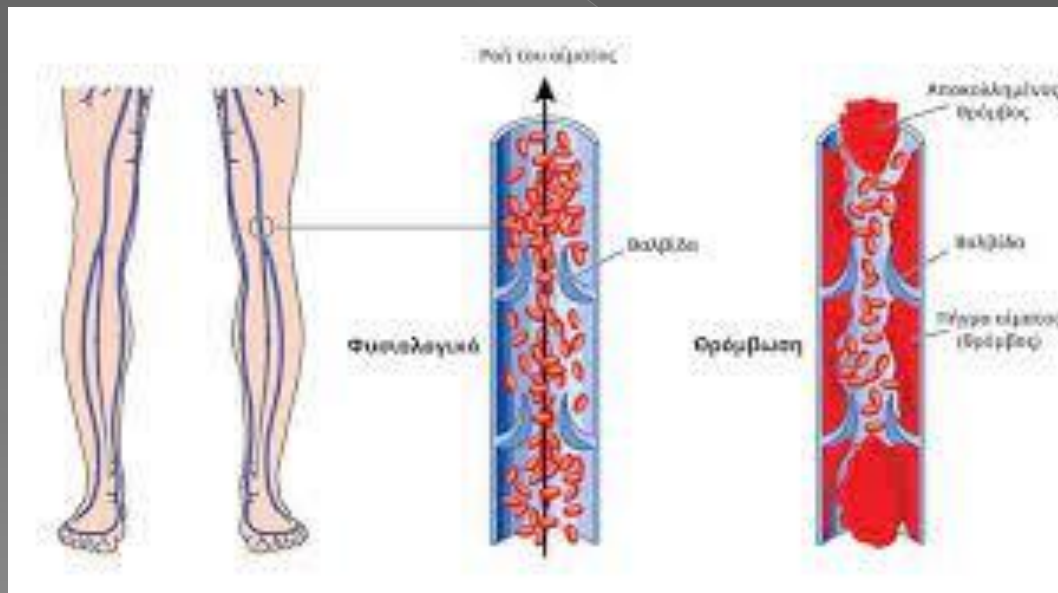
αποφύγετε χειρουργεία

φορέω παπούτσι

αποφύγετε μακρά στάση

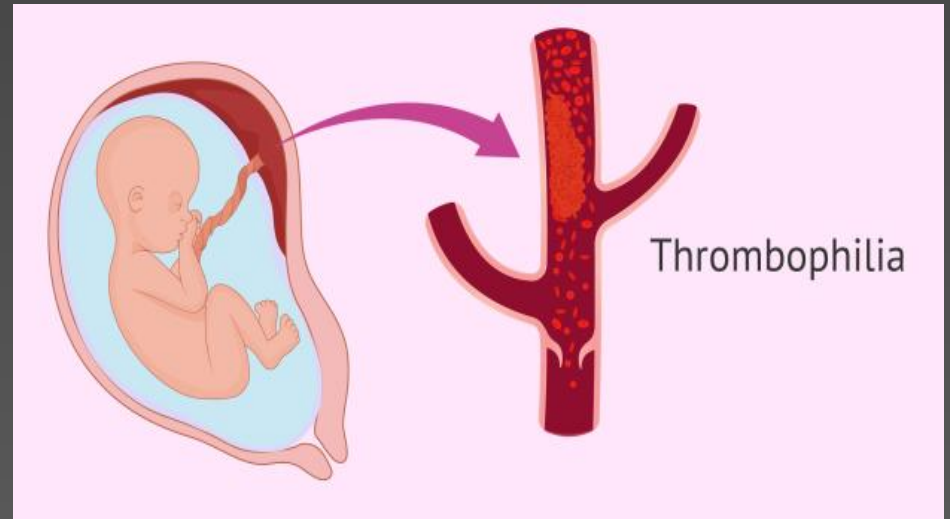
αποφύγετε μακρά περίοδοι καθίσματος

αποφύγετε μακρά περίοδοι στάσης



Είναι η θρομβοφιλία κληρονομική;

Η θρομβοφιλία μπορεί να είναι κληρονομική (ένα ελαττωματικό γονίδιο από τους γονείς μας συνήθως μεταδίδει την γενετική θρομβοφιλία), αλλά και επίκτητη (αποτέλεσμα μιας δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος η οποία προκαλεί την παραγωγή ενός αντισώματος το οποίο παρεμβαίνει στον μηχανισμό πήξης του αίματος), καθώς μπορεί να προκύψει από διάφορες καταστάσεις (διαβήτης, καρκίνος, παχυσαρκία, ακινησία, εγκυμοσύνη, τοκετός).



Ο μηχανισμός της πήξης του αίματος είναι μια αλληλουχία σύνθετων διεργασιών που καταλήγουν στην δημιουργία θρόμβου καθώς και στην αυτόματη αναστολή της αλληλουχίας διεργασιών από το ίδιο το σύστημα για την επίτευξη της αναγκαίας ισορροπίας στην πήξη. Η ίδια η εγκυμοσύνη και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τροποποιεί στον γυναικείο οργανισμό την φυσιολογικά δεδομένη ισορροπία των παραγόντων πήξης και αντιπήξης σε όφελος μιας υπαρκτής ισορροπίας υπερπηκτικότητας της κυκλοφορίας με απώτερο σκοπό να προστατέψει την έγκυο από τις αιμορραγίες και τις επιπλοκές που προκαλεί αυτή κατά την διάρκεια της αποκόλλησης του πλακούντα στο τοκετό, οποτεδήποτε συμβεί αυτός.

○ Τι μπορεί να προκαλέσει;

- ✓ Θρομβοφλεβίτιδα
- ✓ Στειρότητα
- ✓ Αποβολή κυήματος μετά τις 10 εβδομάδες
- ✓ Ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου μετά τις 28 εβδομάδες
- ✓ Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου (IUGR)
- ✓ Αποκόλληση πλακούντα
- ✓ Προεκλαμψία

○ Σε ποιές γυναίκες συνίσταται έλεγχος για θρομβοφιλία;

- ✓ Ατομικό αναμνηστικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων
- ✓ Οικογενειακό ιστορικό θρόμβωσης ή θρομβοφιλίας
- ✓ Ιστορικό καθ' έξιν αποβολών
- ✓ Ιστορικό ενδομήτριου θανάτου εμβρύου
- ✓ Ιστορικό αποκόλλησης πλακούντα
- ✓ Ιστορικό ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης εμβρύου
- ✓ Ιστορικό διάχυτης ενδαγγειακής πήξης
- ✓ Ιστορικό αιφνίδιας πορφύρας

- Γενικώς οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια θρόμβωσης στις φλέβες. Οι άνθρωποι με τον παράγοντα V Leiden είναι σε σχετικά μικρό κίνδυνο να εμφανίσουν θρόμβωση αλλά ίσως αναπτύξουν με την παρουσία κάποιου άλλου παράγοντα, όπως η ακινησία.

- **Στους νέους άνδρες, χρησιμοποιούμε το βασικό Check up, για τον έλεγχο των βασικών παραμέτρων της υγείας του οργανισμού, με τις εξετάσεις :**

- Γενική αίματος
- ΤΚΕ
- CRP ποσοτικό
- Σάκχαρο νηστείας / Σάκχαρο διώρου
- Ουρία
- Κρεατινίνη
- Ουρικό οξύ
- Κάλιο
- Νάτριο
- Χοληστερίνη
- HDL
- LDL
- Τριγλυκερίδια
- Ολικά λιπίδια
- γ-GT
- Τρανσαμινάσες ALT & AST
- Γενική ούρων

- Με δεδομένη την εν γένει ευαισθησία των ανδρών σε καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και στην έντονη σεξουαλική τους συμπεριφορά, οι πρόσθετες αναλύσεις που επιλέγουμε είναι σε πρώιμους δείκτες βλαβών του καρδιαγγειακού συστήματος, καθώς και σε δείκτες λοιμώξεων μέσω του γενετικού συστήματος. Οι πρόσθετες εξετάσεις είναι οι :
- Ινωδογόνο (Fibr) Είναι παράγοντας πήξης, υπεύθυνος για την επούλωση των τραυματισμένων αγγείων. Το ινωδογόνο το χρησιμοποιούμε ως δείκτη ενδοαγγειακών φλεγμονών. Υψηλές τιμές του συσχετίζονται με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ιδιαίτερη αξία έχει η μέτρηση του σε άτομα υψηλού κινδύνου σε καρδιαγγειακά και κυρίως σε άτομα με σημαντική δυσλιπιδαιμία, και καπνιστές.
- Ομοκυστεΐνη (Hcy) Σε ενήλικα άτομα, η ομοκυστεΐνη αποτελεί ανεξαρτητο δείκτη βλαβών των αγγείων, καθώς και δείκτη κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Υψηλές τιμές παρατηρούνται σε άτομα παχύσαρκα, καπνιστές αλλά και στο 11% του πληθυσμού με τη γονιακή μετάλλαξη MHTFR C677T που συσχετίζεται με θρομβοφιλία και νευροεκφυλιστικά νοσήματα.
- Η μέτρησή της ομοκυστεΐνης προτείνεται έτσι ώστε εάν χρειαστεί
- να γίνει ο γονιακός έλεγχος θρομβοφιλίας και να δοθούν έγκαιρα διατροφικές οδηγίες για την χρόνια αντιμετώπιση της.
- να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή
- Lp(a) (λιποπρωτεΐνη α) Είναι λιπίδιο το οποίο σε αυξημένες τιμές μπορεί να βλάψει μακροπρόθεσμα το καρδιαγγειακό σύστημα των νεαρών ανδρών. Η μέτρησή της προτείνεται για την ολοκληρωμένη εκτίμηση του πιθανού κινδύνου από δυσλιπιδαιμία και τη σωστή ρύθμιση της διατροφής, ειδικά σε περιπτώσεις με οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας ή καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- CK (κρεατινοφωσφοκινάση) Η εξέταση χρησιμοποιείται ως δείκτης καταπόνησης των μυών από άθληση, ώστε να αποφευχθεί πιθανή υπεράθληση και πιθανές κακώσεις σε μύες και συνδέσμους. Πιθανά αδικαιολόγητα αυξημένες τιμές μπορεί να υποδυκνύουν την ύπαρξη αυτοάνοσου νοσήματος. Τα HBsAg (Αυστραλιανό αντιγόνο) και anti-HIV (αντισώματα HIV) ανιχνεύουν αντίστοιχα λοιμώξεις από ηπατίτιδα Β και από τον ιό του AIDS. Ο έλεγχος των συγκεκριμένων αναλύσεων διασφαλίζει την έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων αυτών, αλλά και ευαισθητοποιεί στην ασφαλή σεξουαλική έκφραση.
- *Τα αποτελέσματά σας τα παραδίδουμε με πλήρη επεξήγηση – αξιολόγηση και πρώτες οδηγίες εφόσον χρειασθούν*
- Σαν προετοιμασία για την πρωινή αιμοληψία και εξέταση, προτείνονται τα εξής :
 - να γίνει υποχρεωτικά λήψη γεύματος το προηγούμενο βράδυ.
 - η λήψη του τελευταίου γεύματος να γίνει μέχρι και 11-12 ώρες πριν την αιμοληψία.
 - το βραδινό γεύμα να έχει τα λιγότερα δυνατά ζωικά λιπαρά (εάν εμπεριέχει τυριά, λιπαρά γαλακτοκομικά και κρέατα).
 - το πρωί να μη γίνει λήψη γεύματος, παρά μόνο καφέ, με ελεύθερη κατανάλωση νερού.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Για την διάγνωση της θρομβοφιλίας υπάρχουν τα πάνελ διαγνωστικής προσέγγισης που διαχωρίζονται ανάλογα με την κλινική διαγνωστική προσέγγιση αν πρόκειται για κληρονομική ή για επίκτητη θρομβοφιλία, τα τέστ ελέγχου πρέπει να εκτελούνται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
 - α) *τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά από το συμβάν στο οποίο αποδίδεται η επιπλοκή*
 - β) *η ελεγχόμενη να μην είναι έγκυος (μεταβολές σε APC-R, Πρωτεΐνη C, Πρωτεΐνη S, ATIII)*
 - γ) *να μη γίνεται λήψη αντιπηκτικών ή ορμονικών σκευασμάτων*
- Ο έλεγχος θρομβοφιλίας προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής και τη λήψη μέτρων προφύλαξης από επόμενο επεισόδιο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για γυναίκες υψηλού κινδύνου που σχεδιάζουν να προχωρήσουν σε εγκυμοσύνη και στις οποίες θα πρέπει να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα αποφυγής φλεβικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων και λοιπών επιπλοκών της κύησης. Υπάρχουν πάρα πολλές αιματολογικές εξετάσεις. Όμως το ποιες από αυτές χρειάζεται να γίνουν θα πρέπει να το αποφασίσει ο θεράπων ιατρός σας λαμβάνοντας υπόψη το προσωπικό ιατρικό ιστορικό καθώς και το ιστορικό κληρονομικότητας αλλά και να εκτιμήσει και τους άλλους πιθανώς επιβαρυντικούς παράγοντες όπως παχυσαρκία, κάπνισμα, συνοδά νοσήματα κλπ.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Οι κύριες εξετάσεις είναι:

Παράγοντας V (Leiden)

Προθρομβίνη (G20210A)

MTFR (C677T)

Γονοτύπωση του APOE

PAI-1(-675 4G/5G)

GP1a (C807T)

Αντιπηκτικό Λύκου

Έλεγχος για σύνδρομο καρδιολιπίνης

Έλεγχος για αυτοάνοσα νοσήματα

Γενική Αίματος

Χρόνοι Πήξης

- Γενικά, ως γυναίκες υψηλού κινδύνου θρομβοφιλίας κατατάσσονται αυτές που έχουν:

◆ ανεπάρκεια αντιθρομβίνης (AT-III)

◆ ομοζυγότες για παράγοντα V Leiden (FVL μετάλλαξη)

◆ ομοζυγότες για τη μετάλλαξη προθρομβίνης G20210 (PGM),

◆ διπλοί ετεροζυγότες για FVL και PGM.

Αυτές οι γυναίκες θα πρέπει να λάβουν αντιπηκτική θεραπεία προγεννητικά και επιλόχεια.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ποια είναι η θεραπεία επιλογής;

Η θεραπεία επιλογής προσαρμόζεται σε δύο κύριες ομάδες παθολογίας, στις περιπτώσεις καθ' ἑξίν αποβολών και στην αντιμετώπιση εγκύου με διαγνωσμένο ή σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν θρομβοεμβολικό επεισόδιο. Επίσης υπάρχουν δύο θεραπευτικές κατευθύνσεις που συνιστανται στην χορήγηση χαμηλών δόσεων ασπιρίνης ή χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης με εξαίρεση την περίπτωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου όπου έχει θέση η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης.

Η διαχείριση των γυναικών με χαμηλού κινδύνου θρομβοφιλία, όπως οι ετεροζυγότες FVL και PGM, ανεπάρκειας πρωτεΐνης C ή πρωτεΐνης S, εξαρτάται από το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων, καθώς και άλλους τυπικούς παράγοντες κινδύνου φλεβοθρόμβωσης, όπως η παχυσαρκία. Οι γυναίκες αυτές, εφόσον είχαν στο ιστορικό τους ένα ενιαίο εκ των προτέρων θρομβοεμβολικό επεισόδιο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο στην εγκυμοσύνη τους για θρόμβωση και πρέπει να λάβουν προγεννητικά και επιλόχεια αντιπηκτική θεραπεία.

Αντίθετα, γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο θρομβοφιλίας χωρίς προηγούμενο ατομικό ιστορικό ή ισχυρό οικογενειακό ιστορικό φλεβοθρόμβωσης, δεν απαιτούν προγεννητική προφυλακτική αντιμετώπιση, αλλά θα πρέπει να υποβάλλονται σε εκτίμηση κινδύνου εξατομικευμένη και να έχουν στενή παρακολούθηση για κλινικές ενδείξεις και συμπτώματα φλεβικής θρόμβωσης. Ελλείψει άλλων σημαντικών παραγόντων κινδύνου, η πιθανότητα φλεβοθρόμβωσης σε αυτές τις γυναίκες είναι λιγότερο από 1%. Ωστόσο, η [Αμερικάνικη Ένωση Μαιευτήρων – Γυναικολόγων \(ACOG\)](#) θεωρεί ότι η προφυλακτική θεραπεία είναι δικαίωμα εκλογής για αυτή την ομάδα γυναικών. Αντίθετα, η επιλόχεια θεραπεία θα πρέπει να εξατομικεύεται και να επιλέγονται γυναίκες σε κίνδυνο, όπως αυτές μετά από καισαρική τομή και οι παχύσαρκες.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Σε ανθρώπους χωρίς ανιχνεύσιμη θρομβοφιλία ο κίνδυνος να αναπτυχθεί θρόμβωση μέχρι την ηλικία των 60 είναι 12%. Περίπου 60% όσων έχουν ανεπάρκεια αντιθρομβίνης θα εμφανίσουν θρόμβωση τουλάχιστον μια φορά μέχρι τα 60. Το ίδιο θα συμβεί με το 50% όσων έχουν ανεπάρκεια της πρωτεΐνης S, Αντίθετα, όσοι εμφανίζουν αντίσταση στην ενεργοποιημένη πρωτεΐνη C(εξαιτίας του παράγοντα V Leiden) εμφανίζουν μια ελάχιστη αύξηση κινδύνου να πάθουν θρόμβωση, με το 15% να έχει τουλάχιστον ένα θρομβωτικό επεισόδιο μέχρι τα 60. Γενικώς οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια θρόμβωσης στις φλέβες.
- Οι άνθρωποι με τον παράγοντα V Leiden είναι σε σχετικά μικρό κίνδυνο να εμφανίσουν θρόμβωση αλλά ίσως αναπτύξουν με την παρουσία κάποιου άλλου παράγοντα, όπως η ακινησία. Οι περισσότεροι με μετάλλαξη στο γονίδιο της προθρομβίνης(G20210A) δεν αναπτύσσουν θρόμβωση.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- Οι σοβαρότερες θρομβοφιλίες(τύπου I) είναι σπάνιες. Ανεπάρκεια στην αντιθρομβίνη εμφανίζει μόνο το 0,2% του γενικού πληθυσμού και 0,5-7,5% των ανθρώπων με θρόμβωση στις φλέβες. Ανεπάρκεια στην πρωτεΐνη C εμφανίζει επίσης το 0.2% του πληθυσμού και 2,5-6% των ανθρώπων με θρόμβωση. Ανεπάρκεια στην πρωτεΐνη S εμφανίζει το 1,3-5% των ανθρώπων με θρόμβωση, ενώ το ποσοστό στον γενικό πληθυσμό είναι άγνωστο.
- Οι ηπιότερες θρομβοφιλίες(τύπου II) είναι πολύ συχνότερες. Ο παράγοντας V Leiden υπάρχει στο 5% του πληθυσμού της Βόρειας Ευρώπης ενώ είναι πολύ σπανιότερος στην Ασία και την Αφρική. Από τους ανθρώπους με θρόμβωση 10% έχουν τον παράγοντα V Leiden ενώ από αυτούς που παραπέμφθηκαν για θρομβοφιλικό τεστ 30-50%. Η μετάλλαξη της προθρομβίνης υπάρχει στο 1-4% του γενικού πληθυσμού, στο 5-10% των ανθρώπων με θρόμβωση και στο 15% όσων έκαναν το θρομβοφιλικό τεστ. Όπως και ο παράγοντας V Leiden, η μετάλλαξη στη προθρομβίνη είναι σπάνια στην Ασία και στην Αφρική.
- Στον ελληνικό πληθυσμό η συχνότητα της κληρονομικής προδιάθεσης για θρομβοφιλία θεωρείται ότι είναι περίπου 10-15%.
- Για το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο δεν είναι γνωστά τα ακριβή ποσοστά. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα ανευρίσκονται στο 24% όσων παραπέμπονται για θρομβοφιλικό τεστ.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

- Rudolf Virchow. Ο Γερμανός παθολόγος Rudolf Virchow ενοχοποίησε τις ανωμαλίες στη σύσταση του αίματος για την ανάπτυξη θρόμβωσης, το 1856. Η ακριβής όμως φύση αυτών των ανωμαλιών παρέμεινε αβέβαιη μέχρι το 1965, όταν ο Νορβηγός αιματολόγος Olav Egeberg περιέγραψε την έλλειψη αντιθρομβίνης. Ακολούθησαν η έλλειψη πρωτεΐνης C το 1981(από το Scripps Research Institute και από το Centers of Disease Control) και η έλλειψη πρωτεΐνης S το 1984(από το University of Oklahoma).
- Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο περιγράφηκε πλήρως τη δεκαετία του 80 μετά από πολλές αναφορές για συγκεκριμένα αντισώματα σε άτομα με συστηματικό [ερυθηματώδη λύκο](#) και θρόμβωση. Η ανακάλυψη του συνδρόμου αποδίδεται στον Βρετανό ρευματολόγο Graham R.V. Hughes και για αυτό πολλές φορές αναφέρεται σαν σύνδρομο Hughes.
- Οι πιο συχνές γενετικές θρομβοφιλίες περιγράφηκαν στη δεκαετία του 90. Πολλές έρευνες έδειχναν ότι άνθρωποι με θρόμβωση εμφανίζουν αντίσταση στην ενεργοποιημένη πρωτεΐνη C. Το 1994 μια ομάδα στο Leiden([Λέιντεν](#)),στην Ολλανδία, ανέδειξε μια σημαντική μετάλλαξη στον παράγοντα V που τον έκανε να αντιστέκεται στην ενεργοποιημένη πρωτεΐνη C.Για αυτόν τον λόγο, ο μεταλλαγμένος αυτός παράγοντας ονομάστηκε παράγοντας V Leiden. Δύο χρόνια αργότερα, η ίδια ομάδα περιέγραψε μια κοινή μετάλλαξη στο γονίδιο της προθρομβίνης που προκαλεί αύξηση των επιπέδων προθρομβίνης και μια ήπια αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης θρόμβωσης.
- Στο μέλλον, περισσότερα μπορούν να ανακαλυφθούν σχετικά με τις θρομβώσεις με έρευνες σε όλον τον γενετικό κώδικα, ψάχνοντας για μικρές [μεταλλάξεις](#) στα [γονίδια](#).

Αιτίες που οδηγούν στη θρόμβωση



Επίπτωση θρομβοφιλίας σε γυναίκες με μαιευτικές επιπλοκές

Συγγενής θρομβοφιλία

- Προεκλαμψία 53%
- Αποκόλληση Πλακούντα 60%
- IUGR 50%
- Ενδομήτριος Θάνατος 42%

Συγγενής και επίκτητη θρομβοφιλία

- Προεκλαμψία 68%
- Αποκόλληση Πλακούντα 70%
- IUGR 61%
- Ενδομήτριος Θάνατος 58%

ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

- Το 4-20% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν φλεβική θρόμβωση. Η φλεβική θρόμβωση είναι μια από τις χειρότερες επιπλοκές σε ασθενείς με καρκίνο γιατί πολλές φορές καταλήγει στο θάνατο.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής επταπλασιάζεται σε ασθενείς με καρκίνο.
- Η χρήση της χημειοθεραπείας αυξάνει 6 φορές την εμφάνιση της φλεβικής θρόμβωσης.
- Νέες αντικαρκινικές αγωγές οι οποίες περιλαμβάνουν την thalidomide, lenalidomide, ή την bevacizumab ή χρήση ορμονικής θεραπείας (tamoxifen) και η ερυθροποιητίνη αυξάνουν παρα πολύ τις πιθανότητες εμφάνισης φλεβικής θρόμβωσης.
- Η πιθανότητα εμφάνισης φλεβικής θρομβοεμβολής στο πρώτο χρόνο μετά την διάγνωση του καρκίνου είναι 10.7% σε καρκίνο του στομάχου 7.9% σε καρκίνο της ουροδόχου κύστης, 3.6% σε ωοθηκών 4.3% του εντέρου και 20% του παγκρέατος.
- Πάνω από 20.7% των ασθενων με καρκίνο οι οποίοι έχουν εμφανίσει VTE, παρουσιάζουν δεύτερο επεισόδιο VTE μέσα στο επόμενο χρόνο
- Η VTE συσχετίζεται με πτωχή πρόγνωση: Περίπου 25% των ασθενών πέθαναν μέσα στις επόμενες 7 ημέρες από την εμφάνιση της VTE και μόνο 12% με επεισόδιο VTE έχουν προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από ένα χρόνο.
- Η χημειοθεραπεία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης VTE κατά 60% περισσότερο στους ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με αυτούς που δεν κάνουν χημειοθεραπεία.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΗΠΑΡΙΝΩΝ

- ⦿ Η χρήση αντιπηκτικής αγωγής παρουσιάζει τις παρακάτω βασικές παρενέργειες:
- ⦿ 1.Αιμορραγία
- ⦿ 2.Αλωπεκία
- ⦿ 3.Οστεοπόρωση
- ⦿ 4.Θρομβοπενία
- ⦿ 5.HIT (Heparine Induced Thrombocytopenia)

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

- Το αντίδοτο της κλασικής ηπαρίνης για την αιμορραγία είναι η θεική πρωταμίνη. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η θεική πρωταμίνη καλύπτει εν μέρει και τις άλλες χαμηλού μοριακού τυπου ηπαρίνες .

- Εξουδετέρωση αντι Χα δράσης μέσω θεικής Πρωταμίνης



ΧΜΒΗ	Μέσο ΜΒ	Εξουδετέρωση αντι Χα δράσης Μέσω θεικής Πρωταμίνης
------	---------	---

○ Tinzaparin (Innohep)	6500	85.7%
------------------------	-------------	--------------

○ Dalteparin (fragmin)	4300	57.7%
------------------------	-------------	--------------

○ Enoxaparin (Clexane)	4500	54.2%
------------------------	-------------	--------------

- Η Tinzaparin (Innohep) είναι η μοναδική χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη με στατιστικώς σημαντικά μικρότερη αιμορραγία σε σχέση με την κλασική ηπαρίνη.

Μηχανισμοί φλεβικής επιστροφής του αίματος στον δεξιό κόλπο

◉ Χαρακτηριστικά ασθενούς

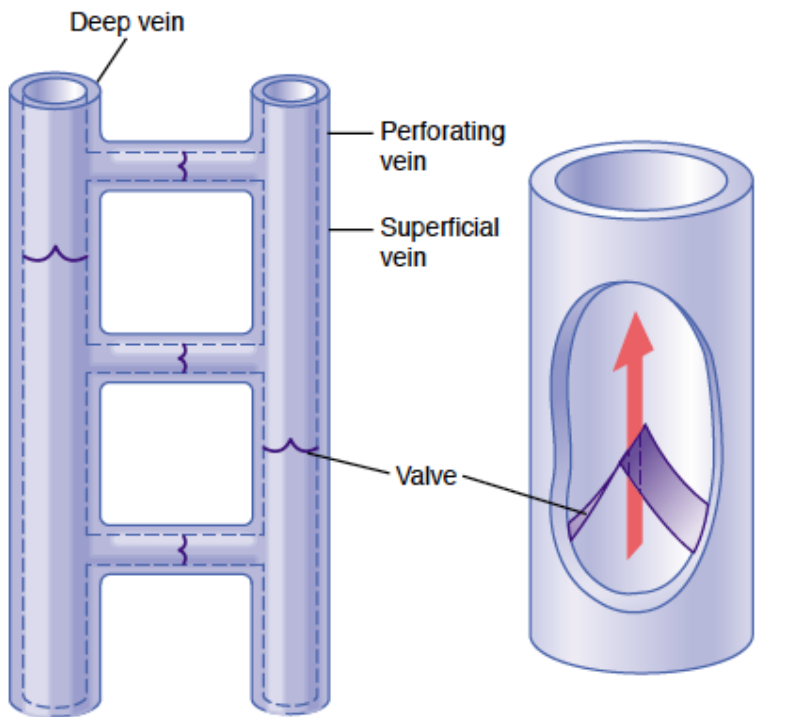


Figure 15-11

Venous valves of the leg.

- ◉ Φλεβική αντλία ή μυϊκή αντλία
- ◉ Δημιουργεί περίπου 70mmHg πίεση κατά το περπάτημα
- ◉ Μειώνει την πίεση στο φλεβικό σύστημα των κάτω άκρων από 90 σε 20 mmHg
- ◉ Σε ένα άτομο σε απόλυτη ορθοστασία & ακινησία το 10-20% του κυκλοφορούντος ενδαγγειακού όγκου εξαγγειώνεται μέσα
- ◉ σε περίπου 15-30 λεπτά λόγω αύξησης
- ◉ της πίεσης στα τριχοειδή

- Φλεβική θρόμβωση (κάτω άκρων) / ανατομική ταξινόμηση

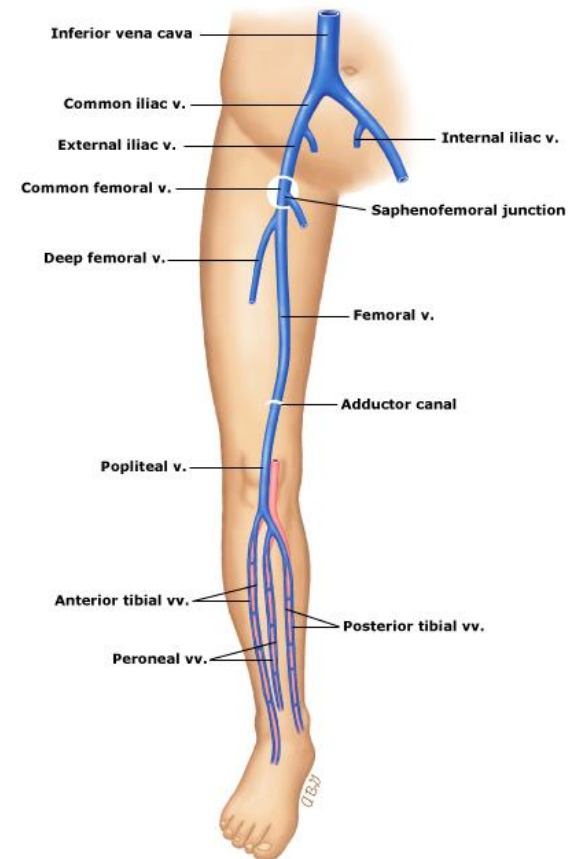
Βαθύ φλεβική θρόμβωση

- - Άνω (κνημιαία, περνιαία)
- - Εγγύς (ιγνυακή, μηριαία, λαγόνια)

Επιπολής φλεβική θρόμβωση

- - Άνω
- - Εγγύς (μείζονα σαφηνή φλέβα)

Deep veins of the lower extremity



Deep veins of the right lower extremity. The paired tibial veins (anterior tibial, peroneal, and posterior tibial) are shown with their adjacent arteries. The bridging veins between the paired veins are also demonstrated. The popliteal and femoral veins are also sometimes duplicated (omitted from the diagram) with one of the duplicated segments frequently larger in caliber than the other.

◎ Φλεβική θρόμβωση (κάτω άκρων) / παθολογικές φυσιολογικές συνέπειες, συμπτώματα & σημεία

○ Άμεσες τοπικές συνέπειες

- ◎ - Οξεία πλήρης ή μερική απόφραξη φλέβας
- ◎ - Φλεβική υπέρταση, οξεία φλεβική ανεπάρκεια
- ◎ - Ετερόπλευρη εγκατάσταση οιδήματος (κάτω από το επίπεδο της θρόμβωσης), τοπικό άλγος και αύξηση θερμότητας, θετικό σημείο Homan

◎ Η διαγνωστική ευαισθησία και ειδικότητα των συμπτωμάτων και σημείων αυτών είναι εξαιρετικά χαμηλή!!!!

- Φλεβική θρόμβωση (κάτω άκρων) / παθολογικές φυσιολογικές συνέπειες, συμπτώματα & σημεία
- Άμεσες τοπικές συνέπειες
 - - Οξεία πλήρης ή μερική απόφραξη φλέβας
 - - Φλεβική υπέρταση, οξεία φλεβική ανεπάρκεια
 - - Ετερόπλευρη εγκατάσταση οίδηματος (κάτω από το επίπεδο της θρόμβωσης), τοπικό άλγος και αύξηση θερμοότητας, θετικό σημείο Homan's
- Άμεσες απομακρυσμένες συνέπειες
 - - Απόσπαση θρόμβου - εμβολή (πνευμονική εμβολή)

ΠΗΓΕΣ

- <https://embryomitriki.gr>
- <https://el.wikipedia.org/wiki>

- **BINTEO**
- <https://www.youtube.com/watch?v=pzeBWbvPRS8>
- https://www.youtube.com/watch?v=2aJojX47SsE&list=PLHW4kqGYHY7K7s_PTAqhoy9Xg0J_KZa9c

