

Laatst bijgewerkte versie (27/11/2014 – UM) zie: www.reisgeneeskunde.be

(DVT) DIEPE VENEUZE TROMBOSE EN VERRE REIZEN

De laatste jaren hebben studies aangetoond dat er voor langeafstandsvluchten vanaf 4 uur een verhoogd risico bestaat voor symptomatische diepe veneuze trombose met risico voor complicaties (longembolen): 1 per 6.000 reizigers die een langeafstandsvlucht ondernemen, te vergelijken met de incidentie in de algemene bevolking van 1-3/1.000 personen per jaar (1/100.000 bij jongvolwassenen – 1/100 bij hoogbejaarden). Het risico neemt ook toe met de **reistijd**: een vliegreis langer dan 4 uur betekent een verhoging van het trombose risico van 2 tot 4 maal vergeleken met een vliegreis korter dan 4 uur; bij een vliegreis meer dan 12 uur is het risico 10 maal hoger. Men neemt aan, op basis van een aantal studies, dat het risico vooral bij **voorafbestaande** risicofactoren (zie verder) sterk verhoogd kan zijn. Of er bij totale afwezigheid van (gekende of ongekende) risicofactoren een beduidend verhoogd risico bestaat, is nog niet helemaal zeker. Sommige auteurs menen dat ten minste 5% van alle veneuze trombo-embolische problemen verband houdt met reizen. In de komende jaren zullen lopende studies hier zeker meer precieze gegevens over bezorgen.

De langdurige immobiliteit (mogelijk mede in de hand gewerkt – maar dit is nog lang niet zeker – door een beperkte zitruimte en/of het langdurig afgeklemd zijn van vaten door de zetelrand) tijdens het reizen per vliegtuig, wordt gezien als één van de verantwoordelijke factoren voor het ontstaan van stase in de venen. Dit verklaart mede waarom personen groter dan 1,90 m of kleiner dan 1,60 m een verhoogd risico hebben (6x). Het is echter mogelijk dat andere factoren zoals deshydratatie en hypoxemie (lagere zuurstofgehalte, een rol spelen, maar recente studies ondersteunen deze hypothesen niet overtuigend (er is mogelijk een bescheiden bijdrage van de hypoxemie op de stollingsneiging). De term “*economy class syndrome*” is niet correct en moet verlaten worden omdat de problemen zich evengoed kunnen voordoen bij reizigers in “*bussiness class*” maar ook in de wagen, autobus of trein. De benaming “*travel related thrombosis*” (WHO) of kortweg “**traveller’s thrombosis**” wordt nu naar voren geschoven.

De symptomen van DVT en/of PE treden niet steeds onmiddellijk op, maar kunnen zich voordoen binnen de enkele uren tot 2 weken na aankomst, en het risico blijft verhoogd tot ongeveer 8 weken na terugkeer.

Er worden verschillende vooraf bestaande factoren als risicofactoren aangegeven (gebaseerd op de richtlijnen van WHO 2012 en CDC 2014)

- een persoonlijke voorgeschiedenis van diepe veneuze trombose of longembolen; ook een voorgeschiedenis van diepe veneuze trombose of longembolen bij een eerstegraadsverwant
- het gebruik van oestrogenen (orale contraceptiva; in het kader van menopauzale klachten);
- zwangerschap en de eerste maand na de bevalling;
- recente chirurgische ingreep of trauma, vooral bij chirurgie van het abdomen of van de onderste ledematen; immobilisatie van de onderste ledematen door verlamming of door een gipsverband e.d.;
- kanker; inname van tamoxifen, zeker zo geassocieerd met cytostatica;
- aangeboren of verworven toename van de stolling;
- ernstige obesitas.

Verder citeert men ook:

- recente langdurige immobilisatie;
- recente frequente langeafstandsvluchten;
- ernstige chronische veneuze insufficiëntie (varices);
- leeftijd boven de 40 jaar (het risico neemt verder toe met de leeftijd en is vooral verhoogd op bejaarde leeftijd);
- ernstige dehydratatie door gastroenteritis (niet door de droge lucht in het vliegtuig!);
- congestief hartfalen.

Personen met één, maar zeker met een combinatie van meerdere risicofactoren, worden aangeraden om medisch advies in te winnen voor een lange reis, vanaf een reistijd van 3-4 uur.

Een studie in de Lancet (mei 2001) leert dat een **asymptomatische** diepe veneuze trombose niet onfrequent is: zij werd gevonden bij 12% van de reizigers die een vlucht van meer dan 8 uur ondernamen.

Asymptomatische diepe veneuze trombose verdwijnt in de regel spontaan zonder gevolgen.

In diezelfde studie stelde men vast dat er geen diepe veneuze trombose ontstond bij de reizigers die elastische steunkousen droegen.

Voorlopig kunnen echter nog geen wetenschappelijk onderbouwde preventieve aanbevelingen voor het grote publiek worden gegeven (gebrek aan goed opgezette studies), tenzij de algemene aanbeveling om geregeld de benen te bewegen tijdens een lange vlucht.

Men raadt het volgende aan (WHO, CDC):

- het dragen van losse comfortabele kledij;
- vraag een stoel aan het gangpad in plaats van aan het raam;
- de been/voet ruimte onder de zetel van de passagier ervoor dient leeg te blijven (geen handbagage) om been- en voetbewegingen toe te laten;
- regelmatig van houding veranderen en meerdere malen per uur enkele oefeningen doen met de onderste ledematen (aan boord worden hiervoor door vele vliegtuigmaatschappijen specifieke instructies gegeven tijdens de vlucht);
- indien mogelijk regelmatig rechtstaan en rondwandelen (probleem: tijdens turbulenties);

- hoewel voldoende inname van (niet-alcoholische) dranken tijdens lange vluchten aangeraden is om dehydratatie te vermijden, staat de rol hiervan in de preventie van diepe veneuze trombose niet vast. De lucht in het vliegtuig is weliswaar erg droog (10-20 % verzadiging), toch is dit geen oorzaak van dehydratatie. Veel drinken betekent anderzijds wel dat de passagier geregeld (om de twee tot drie uur) moet opstaan om naar het toilet te gaan, wat op zich een gunstig effect kan hebben.
- zowel CDC als WHO ontraden momenteel formeel het voorschrijven van aspirine als preventie van “travel related thrombosis”.

Personen met **beduidend tot sterk verhoogd risico voor flebotrombose** dienen in geval van een lange vliegtuigreis eventueel nog **bijkomende voorzorgsmaatregelen** te nemen:

- het dragen van **aangepaste steunkousen tot aan de knie**;
- bij personen met een zeer hoog risico is de enige logische medicamenteuze aanpak de subcutane toediening van één preventieve dosis van één van de **heparines met laagmoleculair gewicht**, voor de lange vliegtuigreis (ten laatste 2-6 uur vóór vertrek) (wordt op kamertemperatuur bewaard en de subcutane inspuiting kan door de huisarts aan de patiënt worden aangeleerd). Vergeet ook de terugreis niet! Beperkte studies hebben een gunstig effect aangetoond. Deze aanbevelingen zijn ook van toepassing voor langdurige busreizen, bvb. met een nachtbus.
- **aspirine** heeft hier **geen** plaats (CDC, WHO) Aspirine heeft weliswaar in de postoperatieve periode een aangetoond risicoreductie van 30% voor diepe veneuze trombose en mogelijk van 50% voor fatale longembolie. Toch is het advies om hiermee te starten vanaf enkele dagen voor vertrek zeer controversieel, omdat het preventief effect wellicht veel lager is dan 30 %, en er is verder een niet te onderschatten risico voor neveneffecten (potentiële ernstige maagbloedingen, vooral - maar niet uitsluitend - bij patiënten met voorafbestaande erosieve gastritis of ulceraties, combinatie met alcohol, etc.)
- De rol van de nieuwere orale antistollingsmiddelen ‘NOACs’, die steeds meer worden ingeschakeld, zal in de komende jaren wel duidelijker worden. De inname van bvb. Rivaroxaban 10 mg éénmalig of Apixaban 5 mg in 2 doses met 12 uur tussen (bij reizen langer dan 24 uur is een extra inname nodig) is een prima alternatief voor subcutane toediening van heparines met laagmoleculair gewicht (LMWH). De prijs is ook goedkoper dan LMWH maar gezien er geen terugbetaling is voor de indicatie van preventie van 'traveller's thrombosis' komt het voor patiënt wel duurder. De meeste reizigers prefereren evenwel perorale therapie, wat ook handiger is dan spuitjes op reis.