

	<h2>Bakgrunn for retningslinjen</h2>	
	Standard	Versjon: 1.00
Organisatorisk plassering: Helse Vest RHF regionale dokumenter - Helsefaglige retningslinjer		
Dok. eier: Baard Christian Schem	Dok. ansvarlig: Ranveig Boge	

Innsetting av hofteprotese er assosiert med økt risiko for venøs tromboembolisme og da særlig dyp venetrombose (DVT) (1, pkt 10.1). DVT kan forebygges både medikamentelt (tromboseprofylakse) og / eller mekanisk. Det er vanlig praksis å gi farmakologisk profylakse etter proteseinnsetting, med mindre dette er kontraindisert. Medikamentell forebygging endrer koaguleringen av blodet, som øker risikoen for blødning. Ved økt risiko for blødning er mekanisk profylakse et alternativ (1-5). Arbeidsgruppen for retningslinjen har kun vurdert kunnskapsgrunnlaget relatert til bruk av mekanisk profylakse for DVT og ikke farmakologisk profylakse.

Dyp venetrombose er en tilstand hvor en blodpropp (trombe) oppstår i en dyp vene, oftest i bena. Tromben kan redusere eller hindre blodstrømmen tilbake til hjertet. Tromben kan løsne (emboli) og følge blodstrømmen til lungene og medføre pulmonal embolisme (PE). Dette kan være en fatal tilstand. Venøs tromboembolisme, i form av dyp venetrombose med eller uten lungeemboli, er en av hovedårsakene til sykdom og død hos sengeliggende pasienter. Det er derfor viktig at tilstanden forebygges hos risikopasienter(6).

DVT manifesterer seg ulikt klinisk fra å ikke gi symptomer i det hele tatt, til smerter, rødme og hevelse av foten. Risikofaktorer for utvikling av blodpropp avhenger av pasientens tilstand og/eller prosedyrer som pasienten gjennomgår. Alder, nedsatt blodsirkulasjon, fedme, økt levring av blod, skader på innsiden av blodåren og immobilitet er kjente risikofaktorer. Ved lengre tids sengeleie eller immobilitet flyter blodet langsommere og kan lettere klumpe seg. Nasjonalt kunnskapssenter skriver i [Rapport nr. 28/2008](#) at "*Risiko for utvikling av DVT er høyere enn 20 % ved store generelle inngrep. Ved ortopediske operasjoner er risikoen høyere enn 40 % (6). Uten tromboseprofylakse er tilfeller av DVT etter denne type operasjon 50 %*". Estimerer tilsier at 90 % av symptomatisk lungeemboli kommer fra en DVT i underekstremiteten (7).

Mekaniske metoder gir en fysiologisk effekt, ved at de motvirker venøs stase i venene (1, 8). De mekaniske metodene er:

- Antitrombosestrømper og kompresjonsstrømper (eng.: Graduated compressions stockings, GCS)
- Pulserende trykkkompresjon (eng.: Intermittent pneumatic compression device, IPCD).
- Foot Impulse Device (FID)

Ortopediske avdelinger i Helse Vest som bruker mekanisk DVT profylakse, benytter kun antitrombosestrømper. Derfor har arbeidsgruppen kun vurdert kunnskapsgrunnlaget relatert til antitrombosestrømper.

Antitrombosestrømper øker blodgjennomstrømningen og tilstreber venøs tilbakestrømning, ved å tilføre et utvendig trykk mot muskulaturen i leggene og venene. Trykket øker hastigheten på blodstrømmen ved å redusere venenes tverrsnitt. Den ytre kompresjonen kan også øke effekten av muskel-

venepumpen. I tillegg kan klaffefunksjonen i venene bedres slik at opphopningen av blod i underekstremitetene reduseres (6). Antitrombosestrømper brukes for å forebygge DVT hos pasienter som har nedsatt mobilitet, og er ment for bruk en tidsavgrenset periode. Antitrombosestrømper gir et gradert trykk, der trykket er størst rundt ankelen og avtar gradvis oppover. Antitrombosestrømper kan fås som knekorte og hoftelange (9).

I praksis brukes begrepene støttestrømper, antitrombosestrømper og kompresjonsstrømper om hverandre (1, pkt.6,2). I retningslinjen blir begrepet "antitrombosestrømper" brukt om såkalte "sykehusstrømper" som er hvite med et inspeksjonshull i. Hullet muliggjør kontroll av fotens blodsirkulasjon postoperativt. Antitrombosestrømpene er hvite for ikke å forveksles med kompresjonsstrømper. Imidlertid refereres det til oversiktsartikler og primærstudier i denne retningslinjen hvor begrepet kompresjonsstrømper hyppig forekommer.

Behovet for denne retningslinjen: Arbeidet med å kunnskapsbasere denne retningslinjen startet fordi bruk av antitrombosestrømper varierer innen ortopediske avdelinger/ klinikker i Helse Vest. Sykepleiere og fysioterapeuter ønsket derfor en oversikt over hvilket kunnskapsgrunnlag som foreligger for bruk eller ikke bruk av antitrombosestrømper. Retningslinjen er utformet slik at kunnskapsgrunnlaget besvarer aktuelle kliniske spørsmål knyttet til bruk av antitrombosestrømper.

Kunnskapsgrunnlaget består av relevant forskningskunnskap og/eller erfaringer fra klinisk praksis. I den grad det har vært mulig, har vi inkludert pasientperspektivet. Styrken på anbefalingene er gradert ut fra kunnskapen som foreligger