

Tromboprofilaxia în perioperator – trecere în revistă

Transcrierea podcastului

Oferit de:

Prof. Dimitrios Tsakiris, University of Basel, Switzerland

Prof. Daniel Bolliger, Basel University Hospital, Switzerland

Moderat de:

Tonke de Jong (COR2ED)

Rețineți:

Podcasturile HEMOSTASIS CONNECT sunt concepute să fie ascultate.

Dacă aveți această posibilitate, vă recomandăm să ascultați versiunea audio, care include emoții și o expresivitate ce nu pot fi percepute la fel de ușor doar prin citirea textului tipărit. Transcrierile sunt editate pentru a putea fi citite. Vă rugăm să consultați versiunea audio corespunzătoare înainte de a urmări textul din versiunea tipărită.

Acest podcast este o inițiativă a COR2ED și a fost realizat de HEMOSTASIS CONNECT, un grup de experți internaționali care lucrează în domeniul hematologiei.

Acest podcast este susținut printr-un grant educațional independent, de la Viatris.

Opiniile exprimate reprezintă părerile personale ale experților. Acestea nu reprezintă neapărat opiniile instituțiilor experților sau ale celorlalți membri ai grupului HEMOSTASIS CONNECT.

Pentru declarațiile experților privind eventuale conflicte de interese, vă rugăm să accesați site-ul web COR2ED.

Dimitrios Tsakiris

Bun venit, tuturor.

Numele meu este Dimitrios Tsakiris. Sunt hematolog la Universitatea din Basel, specializat în hemostază.

Astăzi, vă prezint un podcast educațional în care alături de colegul meu, Daniel Bolliger ne vom concentra pe problemele trombotice.

Acesta este al patrulea episod dintr-o serie axată pe probleme trombotice.

Azi vorbim despre tromboprofilaxia în perioperator. Credem că este un subiect important, care vă va ajuta să înțelegeți importanța tromboprofilaxiei și să anticipați necesitatea de a alege produsul potrivit și durata corectă a tratamentului.

Dar, haideți să îl salutăm mai întâi pe profesorul Bolliger.

Bună dimineața, Daniel.

Ne poți spune câteva cuvinte pe această problemă?

Daniel Bolliger

Bună ziua, Dimitrios, și, de asemenea, transmit și eu bun venit, tuturor. Numele meu este Daniel Bolliger. Sunt șeful departamentului de anestezie în non-operator la Spitalul Universitar din Basel, și am un interes deosebit legat de coagularea în perioperator și gestionarea problemelor hematologice ale pacientului.

În opinia mea, strategiile de terapie anticoagulantă în perioperator și profilaxia tromboembolismului sunt aspecte foarte importante pentru evitarea complicațiilor în peri- și postoperator, precum și pentru îmbunătățirea rezultatului actului medical asupra pacientului.

Dimitrios Tsakiris

Mulțumesc, Daniel.

Să începem mai întâi cu câteva cuvinte despre fiziopatologia trombozei în perioperator. Acesta este un subiect recunoscut încă din anii '70. Primele studii din acea perioadă au demonstrat că majoritatea evenimentelor trombotice încep intraoperator, dar aproximativ o treime din acestea se auto-rezolvă ca urmare a fibrinolizei și nu sunt recunoscute ulterior.

Totuși, riscul de tromboză în peri- și postoperator rămâne, însă acesta s-a schimbat în decursul timpului. Astăzi nu este la fel ca acum 30 de ani. Aici am dori să auzim și părerea ta, Daniel.

Crezi că riscul a devenit mai puțin evident sau s-a schimbat datorită evoluției tehnologiei chirurgicale?

Daniel Bolliger

Complicațiile tromboembolice continuă să fie o problemă relevantă după și în timpul intervențiilor chirurgicale majore. Știm foarte bine că pacienții se află într-o stare protrombotică din cauza reacției inflamatorii din timpul operației și, de asemenea, după operație.

Totuși, administrarea prea multor anticoagulate poate interfera cu vindecarea rănilor și sângerarea de după sau din timpul intervenției chirurgicale.

În ultimii ani, tipul și caracterul invaziv al intervențiilor chirurgicale s-au schimbat considerabil. Aș spune că, de obicei, chirurgii urmăresc o intervenție minim invazivă. În plus, așa-numitele programe de recuperare rapidă post-operator, programele ERAS, vizează accelerarea mobilizării, hrănirii, etc., după operație. Este posibil ca aceste schimbări să fi scăzut riscul de tromboembolism de-a lungul anilor.

Pe de altă parte, pacienții îmbătrânind și devenind mai bolnavi, au mai multe comorbidități. Acest lucru le va crește riscul de evenimente tromboembolice postoperator.

În plus, avem mai mulți pacienți cu intervenții chirurgicale pentru cancer, iar aceste cancere pot fi în stadii mai avansate. Aceasta va duce, desigur, la un risc mai mare de tromboembolism după operație. Ar putea necesita chiar o profilaxie mai intensivă și mai prelungită împotriva evenimentelor tromboembolice.

Dimitrios Tsakiris

Este interesant să auzim că, în ciuda dezvoltării tehnologice a tehnicilor chirurgicale, aceste îmbunătățiri pot fi contracarate de, să spunem, o povară mai mare a trombozei, pe care o poartă chiar pacienții.

Dar, pe lângă asta, știm că au fost dezvoltate și anticoagulante mai noi, care ne pot ajuta să extindem tratamentul și să îl administrăm în situații în care, înainte, acest lucru nu putea fi realizat atât de simplu.

Să trecem la următoarea parte a discuției, legată de aplicarea efectivă a profilaxiei în perioperator.

Primul lucru pe care mulți ar dori să-l facă în această situație, este să cuantifice riscul trombotic. În literatura americană au apărut scoruri de risc, cum ar fi scorul Caprini sau scorul Rogers, care s-au folosit pentru a defini dacă un pacient are un risc de tromboză scăzut, mediu sau ridicat.

Daniel, care este experiența ta cu astfel de scoruri în centrele europene?

Avem nevoie de ele?

Sunt ele utilizate?

Daniel Bolliger

Din perspectiva mea clinică, nu folosim astfel de instrumente de certificare a riscului. Desigur, acestea pot permite estimarea riscului trombotic general al pacientului. Dar cred că este mai important să facem evaluări individuale și să ajustăm terapia antitrombotică în funcție de riscul pacientului. Sigur, acestea pot fi estimate prin astfel de scoruri și, de asemenea, prin riscurile chirurgicale care s-au schimbat.

Așadar, aceste scoruri pot să nu fie adecvate în prezent și cred că acesta este motivul pentru care nu le folosim în mod regulat.

Dimitrios Tsakiris

Totuși, avem nevoie de, să spunem, ghiduri.

Utilizați ghiduri interne pentru tromboprofilaxie în institutul vostru?

Daniel Bolliger

Desigur, avem ghiduri interne pentru profilaxia tromboembolismului, dar acestea nu se bazează pe astfel de scoruri, ci se bazează, în principal, pe experiențele chirurgicale. Și, desigur, chirurgul trebuie să vadă când este necesară sau când se permite începerea

profilaxiei tromboembolice și, de asemenea, pe ce durată ar trebui utilizată această terapie profilactică.

Dimitrios Tsakiris

Da, cred că trebuie pus în balanță riscul trombotic cu riscul de sângerare al pacientului, iar apoi să se aleagă anticoagulantul corect.

Legat de alegerea agentului antitrombotic, heparinele reprezintă de mult timp tratamentul utilizat de primă intenție. Dar, în ultimii 10 ani, au apărut anticoagulante mai noi, anticoagulante cu acțiune directă care și-au găsit locul în anumite tipuri de intervenții chirurgicale.

Ai putea spune că există o preferință generală pentru unul sau pentru celălalt?

Sau alegerea depinde de anumite aspecte individualizate?

Daniel Bolliger

Sincer, aș spune că abordarea este individualizată pentru fiecare pacient. Desigur, avem nevoie de ghiduri, după cum am spus, dar, în general, trebuie să le adaptăm. Cum am menționat, există scoruri – scorul Caprini, scorul Caprini modificat – pentru estimarea riscului trombotic, dar există și scoruri pentru estimarea riscului de sângerare, de exemplu, scorul HAS-BLED. Trebuie să recunosc că ambele au factori de risc similari. Deci, un pacient, un pacient în vârstă, cu hipertensiune arterială, este la risc de evenimente tromboembolice, dar și de sângerare. Așadar, s-ar putea să nu fie foarte utile în general sau în cazul unui anumit pacient.

Dimitrios Tsakiris

Dar, legat de alegerea agentului, ai alege mai întâi o heparină cu greutate moleculară mică sau anticoagulante orale cu acțiune directă, mai noi, de exemplu, pentru chirurgia ortopedică majoră?

Daniel Bolliger

Din perspectiva pacientului, utilizarea anticoagulantelor orale și, în special, a anticoagulantelor orale mai noi cu acțiune directă poate fi mult mai confortabilă, deoarece, cum am spus, sunt medicamente orale și nu necesită înțepături ca heparinele cu greutate moleculară mică.

În plus, DOAC-urile par să fie cu un profil de siguranță similar cu al heparinelor cu greutate moleculară mică și au un risc de sângerare mai mic sau egal. Cu toate acestea, timpul de acțiune al DOAC-urilor poate fi mai lung, iar asta poate fi o problemă dacă pacientul are nevoie de o reintervenție chirurgicală urgentă sau dacă sângerează.

Așadar, o posibilitate este, de exemplu, utilizarea heparinei cu greutate moleculară mică sau a heparinei nefracționate pentru faza postoperator foarte de timpuriu sau în timpul spitalizării, iar apoi să se treacă la DOAC după vindecarea plăgii și/sau după externare.

Dimitrios Tsakiris

Da, acum ai menționat externarea, iar asta ne aduce la întrebarea despre durata tromboprofilaxiei.

Prelungești tromboprofilaxia în perioada de după externare sau o întrerupi când pacientul este externat?

Care este practica ta din spital?

Daniel Bolliger

Cred că acest lucru depinde foarte mult de tipul de intervenție chirurgicală.

De exemplu, în cazul unei operații la șold, tratamentul în acest moment ar trebui, cu siguranță, prelungit, deoarece pacientul are nevoie de mai mult de trei, patru, cinci săptămâni pentru a fi complet mobilizat, iar în acest timp ar trebui să fie sub profilaxie tromboembolică.

Alți pacienți similari, de exemplu, cu operație toracică laborioasă pentru cancer pulmonar, au adesea nevoie de o profilaxie tromboembolică de durată și foarte puternică, deoarece prezintă un risc deosebit de ridicat chiar și la câteva săptămâni după operație.

Așadar, acestea sunt exemple tipice în care este nevoie de profilaxie tromboembolică prelungită.

Dar, depinde și de pacient, și de riscul său de sângerare. La un pacient cu un risc de sângerare foarte ridicat, se poate întrerupe mai devreme decât la un pacient cu un risc de sângerare în general scăzut.

Dimitrios Tsakiris

Aceasta este și experiența mea în acest sens, și anume că există o tendință de prelungire a duratei postoperator, deoarece, dacă un factor de risc trombotic persistă mai mult timp după spitalizare, atunci pacientul trebuie acoperit, trebuie protejat împotriva trombozei.

Deci, ghidurile iau și acest lucru în considerare.

Cred că acest lucru este clar, în special pentru chirurgia ortopedică majoră sau pentru pacienții cu cancer, după cum ai menționat.

Să trecem pe scurt prin câteva aspecte mai practice. Aș dori să discutăm puțin despre trei subiecte.

În ultimul timp, publicațiile au prezentat aspirina ca un antitrombotic eficient și cu un profil bun de siguranță în chirurgia ortopedică majoră.

Consideri că aceste studii au fost acceptate de către comunitatea ortopedică sau și-au găsit o aplicare, de exemplu, comparativ cu heparinele clasice cu greutate moleculară mică sau DOAC-urile?

Daniel Bolliger

Din nou, acest lucru depinde foarte mult de riscul de sângerare și de riscul tromboembolic al pacientului. În general, am folosi DOAC-uri sau heparine cu greutate moleculară mică, și nu aspirină pentru recidivele tromboembolice.

Cu toate acestea, pot exista unii pacienți speciali care au, să spunem, un risc de sângerare foarte mare la utilizarea DOAC-urilor sau a heparinelor cu greutate moleculară mică și în cazul cărora ai putea alege aspirina ca alternativă. Dar aceasta este, într-adevăr, o excepție și nu ar trebui să fie o recomandare pentru toți pacienții.

În acest sens, ghidurile ESAIC ale Societății Europene de Anestezilogie și Terapie Intensivă din 2018 au recomandat utilizarea aspirinei ca o recomandare 2C. Deci, ai putea să o utilizezi, dar, cu siguranță, nu este prima alegere.

Dimitrios Tsakiris

Da, 2C este, practic, opinia experților. Nu este o dovadă absolută din medicina bazată pe dovezi. Așa este.

Atunci să trecem la următoarea.

La utilizarea anticoagulantelor în perioada postoperator, trebuie să le monitorizăm intensitatea?

Care este experiența ta în această privință?

Daniel Bolliger

În general, utilizarea heparinelor cu greutate moleculară mică sau a DOAC-urilor nu necesită monitorizare. În schimb, utilizarea antagoniștilor vitaminei K mai vechi trebuie monitorizată prin testarea INR, pentru a avea un interval sigur al terapiei anticoagulante.

Cu toate acestea, există unele excepții în care monitorizarea poate fi recomandată și în cazul pacienților care iau DOAC-uri sau heparine cu greutate moleculară mică.

Un exemplu tipic este acela al pacienților care necesită o intervenție chirurgicală de urgență sau o reintervenție chirurgicală, sau care sângerează. În aceste cazuri, s-ar putea lua în considerare monitorizarea eficienței medicamentoase a DOAC-urilor sau a heparinelor cu greutate moleculară mică.

De obicei, recomandăm întreruperea DOAC-urilor cu 24 până la 48 de ore înainte de intervenția chirurgicală. Dacă pacientul are insuficiență renală, atunci se mai adaugă 24 de ore. Dacă intervenția chirurgicală are risc scăzut, 24 de ore pot fi suficiente. Dacă este vorba de o intervenție chirurgicală cu risc ridicat sau dacă sângerarea este o complicație majoră, atunci trebuie să se întrerupă DOAC timp de 48 de ore.

Dar, să zicem că se impune o intervenție chirurgicală de urgență și nu știi exact când a fost ultima administrare a medicamentului. În acest caz, aș recomanda monitorizarea. Există

teste specifice pentru fiecare medicament, care pot fi utilizate, dar, de obicei, poți apela doar la testele normale de activitate anti-Xa, care pot fi utilizate și pentru heparine cu greutate moleculară mică sau heparine nefracționate.

Dimitrios Tsakiris

Da. Îți mulțumesc pentru asta.

Și ultima problemă practică pe care aș dori să o abordez pe scurt se referă la filtrele de venă cavă inferioară. Ai menționat pacienții cu complicații legate de sângerare. În cazurile în care pacienții nu pot primi terapie anticoagulantă sau nu sunt eligibili pentru aceasta, unii specialiști folosesc filtrele de venă cavă inferioară ca tromboprofilaxie.

Din punctul de vedere al hematologiei, dacă pot fi puțin provocator, nu vedem nicio indicație pentru filtrele de venă cavă inferioară, deoarece nu faci decât să generezi probleme suplimentare ulterioare.

Care este părerea și experiența ta în această privință, Daniel?

Daniel Bolliger

Filtrele de venă cavă inferioară pot fi luate în considerare doar la anumiți pacienți. Ar trebui să fie o abordare individualizată și personalizată, bazată pe discuțiile dintre chirurg, specialistul în terapie intensivă, hematolog și, eventual, anestezist.

Dar, din propria mea experiență, noi folosim astfel de filtre la mai puțin de cinci pacienți pe an. Deci chiar este o excepție.

Dimitrios Tsakiris

Aș dori doar să spun că, dacă se alege filtrul de venă cavă inferioară, acesta ar trebui să fie un filtru detașabil, care poate fi îndepărtat după una sau două săptămâni. Astfel, se rezolvă o mulțime de probleme ulterioare. Foarte bine.

Acum am acoperit subiectul pe care l-am planificat.

Dragi ascultători, permiteți-mi să sintetizez discuția pe care am purtat-o și să vă transmit câteva mesaje de reținut.

În primul rând, riscul trombotic este o amenințare constantă pentru pacienți postoperator, dar scade odată cu evoluția tehnologiei chirurgicale.

În plus, ghidurile din ultimii ani au făcut o trecere de la heparine cu greutate moleculară mică la anticoagulate orale cu acțiune directă, precum și de la durată scurtă la durată mai lungă de administrare.

În al treilea rând, aspirina în doză mică poate fi utilizată ca o excepție în chirurgia ortopedică majoră pentru a diminua riscul de tromboză venoasă dacă DOAC-urile nu sunt aplicabile sau dacă există un risc ridicat de sângerare.

Profesor Bolliger, dorești să adăugi un ultim cuvânt la aceste mesaje?
Daniel, te rog.

Daniel Bolliger

Sunt complet de acord cu ce ai spus.

Profilaxia evenimentelor tromboembolice încă este o problemă importantă, deoarece astfel de complicații sunt amenințări relevante pentru pacienții în perioperator, ce pot afecta în mod considerabil morbiditatea și mortalitatea după intervenția chirurgicală.

Mulțumesc.

Dimitrios Tsakiris

Mulțumesc, Daniel, pentru contribuția ta de astăzi.

Vă mulțumesc vouă, ascultătorilor, că astăzi ați fost alături de noi.

Tonke de Jong

Dacă v-a plăcut acest podcast și doriți să aflați mai multe, căutați „Hematology Medical Conversation Podcast” în contul COR2ED Medical Education.

De asemenea, nu uitați să evaluați acest podcast, să vă abonați la canalul nostru și să distribuiți colegilor voștri.

Vă mulțumesc că ne-ați ascultat și ne vedem data viitoare!

Acest podcast este o inițiativă a COR2ED și a fost realizat de HEMOSTASIS CONNECT, un grup de experți internaționali care lucrează în domeniul hemostazei.

Opiniile exprimate reprezintă părerile personale ale experților. Acestea nu reprezintă neaparat opiniile organizațiilor experților sau ale celorlalți membri ai grupului HEMOSTASIS CONNECT.

Pentru declarațiile experților cu privire la orice conflict de interese, vă invităm să vizitați site-ul web COR2ED.