

Tromboseprofylakse i dagkirurgi igen igen

Anna-Marie Münster DSTH

Helle V Clausen, tovholder

Jens Bartholdy DSDK

Sven O Skouby

Kommisorium

- Sammedagskirurgi giver det anledning til anvendelse af tromboseprofylakse ?
- I så fald hvem?
- Hvornår ?
- Hvorlænge?

Anker mod guideline:

- Omfanget af patienter i tromboseprofylakse blev for stort, og der var indsigelse mod stratificering af risiko for DVT/LE
- Manglende evidens
- Definition af risikomarkører

Siden sidst:

- Vi har arbejdet på:
- Definitioner af risiko patienter
- ”Ambulante og dagkirurgisk” patienter
- Evidens
- Nye randomserede studier, kohorte, longitudinelle studier ect.

Patientens risiko vurderes ud fra:

- Risiko for DVT/LE afhænger af :
 - Patientens status
 - Operation
- Profylakse mod DVT skal holdes op imod risiko for blødning per og postoperativt

Definition

- Kategorier.
- ”Ambulant kirurgiske patienter.”
- Små indgreb der lejlighedsvis giver anledning til anvendelse af lokal/UA.
- Ambulant kirurgi dvs. : Kvinden klædes ikke i hospitalstøj og går hjem umiddelbart/ sidder og hviler 1 times tid efter indgrebet.
- ”Rigtige” dagkirurgiske patienter: Ligger i en seng/hvileleje, men går hjem samme dag.

Eksempler

- ”Ambulant kirurgi”.
- Mikrohysteroskopi/”office hysteroscopy”
- Conus
- Patienterne kommer direkte, klæder ikke om, hviler i en stol ca ½-1 time og går hjem.
- Ingen tromboseprofylakse.
- AK behandling ? overvej pausering.

Ambulant kirurgi/dagkirurgi

- Hvis pt. ændrer status fra "ambulant" til "sengeliggende" er der muligvis ændring i pts trombose/blødningsrisiko:
- Anbefaling:
- Patientens risiko vurderes ud fra stratificeringsskemaet. (A?)

Stratificering og kategorisering af patienter

2 forslag:

Guidelinesgruppen og Margit/styregruppens forslag

Evidens for risikostratificering?

- Der er enighed i kirurgisk (thorax-cardiologisk, ortopæd, abdominal/kar kirurgi) regi for inddeling og stratificering i 3 grupper.
- Andre faktorer og medicinske lidelser:
- Risiko er i store opgørelser opgjort for enkelt faktorer og ”Jo flere faktorer man har jo større risiko”. (A)

Patientforhold	Kirurgiske indgreb
<p>Lav-risiko gruppe: Alder < 40 år uden andre prædisponerende risikofaktorer</p>	<p>Lav risiko ”små abdominale indgreb ≤ 1 time sterilisation hysteroskopiske operationer forvægspplastik bagvægspplastik TVT Diagostisk lapaskopi tid <30 min</p>
<p>Moderat risiko-gruppen: Alder > 40 år p-piller med mindre end 1 års anvendelse Varicer, Overvægt BMI> 30 Operationer > ½ time Velbehandlet DMII og DMI (-nyre skader,- BT forhøjelse) Familiær disposition til VTE uden påviselig årsag ”Mild” trombofili *</p>	<p>Moderat risiko Laparoskopi ske operationer mere end ½ time Kirurgi ved tidligere inflammatorisk tarmsygdom Større prolapsoperationer Hysterektomi</p>
<p>Høj-risiko gruppen. (kun SDK i udvalgte tilfælde) Cancer Tidligere tromboembolisme Lammelse af underekstremiteter Myeloproliferative sygdomme ”svær” trombofili** Apopleksi /Hjertesvigt/Shock (-dagkirurgisk regi) Kendt med inflammatorisk tarmsygdom mekanisk hjerteklapsopererede</p>	<p>Høj risiko (kun SDK i udvalgte tilfælde) Diagnostisk laparoskopi mhb. staging Kirurgi ved tidligere inflammatorisk tarmsygdom Større prolapsoperationer ” åben cancer kirurgi” hysterektomi (”større”)</p>

- ”mild” trombofili: forhøjet FVIII, FIX, FXII,,heterozygoti factor V Leiden og protrombin punkt mutationerne
- ”svær” trombofili: antitrombin, protein S eller C mangel, tilstedeværelse af komb genetiske defekter, homozygoti factor V Leiden og protrombin
- punktmutationen, tilstedeværelse af anti fosfolipid syndrom (Lupus antikoagulans Beta -2 glycoproteiner)

Margit Dueholms forslag/styregruppens forslag:

Patientforhold	Kirurgiske indgreb
<p>Lav-risiko gruppe: Alder < 40 år uden andre prædisponerende risikofaktorer</p>	<p>Ultralav risiko: Evac, conus, abrasio, hysteroskopi, små hysteroskopiske indgreb</p>
	<p>Lav risiko ”små abdominale indgreb ≤ 1 time sterilisation større hysteroskopiske operationer forvægsplastik bagvægsplastik TVT adnex kirurgi lapaskopisk? kombineret forvæg+ bagvægsplastik Manchester operation</p>
<p>Moderat risiko-gruppen: Alder > [h1]60 år ? Anvendelse af p-piller mindre end 1 års anvendelse [MD2] Varicer [MD3] Overvægt BMI > [h4]35? Velbehandlet DMII og DMI (-nyre skader,- BT forhøjelse) Familiær disposition til VTE uden påviselig årsag Erhvervet trombofili *</p>	<p>Moderat risiko endometriose kirurgi >1 time (laparaskopisk) [MD5] Hysterektomi (”simpel”) [MD6]</p>
<p>Høj-risiko gruppen. Cancer Tidligere tromboembolisme Lammelse af underekstremiteter Myeloproliferative sygdomme Arvelig trombofili** Apopleksi /Hjertesvigt/Shock (-dagkirurgisk regi) Kendt med inflammatorisk tarmsygdom mekanisk hjerteklapsopererede</p>	<p>Høj risiko Større åben kirurgi af over 2- 3 timers varighed</p>

*

Konklusion

- Der er ikke belæg for at gynækologiske patienter er anderledes end andre, med hensyn til sygdomsstratificering og kategorier, hvorfor:
- Anbefaler at 3 grupper opretholdes
- Hvilke gynækologiske operationer der kategoriseres som lav risiko/moderat risiko/ høj risiko, kan selvfølgelig diskuteres ud fra forskellige kriterier, men indgrebets størrelse og tidsforbrug er vigtige indikatorer.
- Vi anbefaler der opretholdes 3 grupper

Stationært afsnit contra dagkirurgisk afsnit. omkostninger

- Stadig ”sygere patienter ” opereres i dagkirurgisk regi. Det betyder ikke, at vi skal slække på sikkerheden.
- Stationær afsnit/dagkirurgi. Det er geografi ikke ændrede indikationer, INDTIL store longitudinelle undersøgelser siger anderledes.

Omkostninger

- TED strømper har afdelingerne i forvejen
- Få patienter vil kræve mere end 1 inj lavdosis ie LWMH
- Pris pr. behandling: fx. Innohep[®] 95 kr. (2500 ie. engangssprøjter v 10 stk.) Kilde: Herlev hospitals Apotek

Blødningsrisikoen er lav (postoperativt)

1 patient med DVT/LE koster rigtig mange penge i forhold.

Hvordan håndteres LWMH til dagkirurgisk patienter?

- Optimalt tidspunkt for LWMH er 6 timer post opr. Logistik kan udarbejdes lokalt.
- Patienter i AK behandling, aftaler selv med det lokale trombosecenter/medicinsk afd. hvordan og hvornår de skal have LWMH.
Patienter kan alle (næsten) injicere LWHM.
- Hvis de ikke kan:
- Patienterne kan fx. få inj. i SDK/stationært afsnit/patienthotel når de går hjem.
- Hjemmesygeplejen kan også anvendes.

Cancer og dagkirurgi

- Lokale forhold i cancercentrene afgør om cancerpatienter kan rummes i dagkirurgisk regi til fx vurdering, hysteroskopisk biopsi.
- Samme principper for tromboseprofylakse uanset om ppts. er i stationærafdeling eller dagkirurgisk afdeling.

Skematisk behandlingsoversigt:

patientforhold	Lav tromboserisiko	Moderat tromboserisiko	Høj tromboserisiko
Kirurgi			
Lav risiko ved kirurgi	Ingen behandling	Ingen behandling*	LMWH (eks. Fragmin 2500 IE-5000 IE x 1 dgl. s.c.) + TED-strømpe v immobisering
Moderat risiko ved kirurgi	Ingen behandling	LMWH (eks. Fragmin 2500 IE x 1 dgl s.c.)	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) + TED-strømpe
Høj risiko ved kirurgi	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) +TED-strømpe	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) +TED-strømpe	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) +TED strømpe

Ændringsforslag fra Margit Dueholm/styregruppen

Patientforhold	Lav tromboserisiko	Høj tromboserisiko
Kirurgi		
Lav risiko ved kirur-gi	Ingen behandling	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) + TED-strømpe efter skønnet mobilisering?
Moderat risiko ved kirurgi		LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) + evt TED-strømpe
Høj risiko ved kirurgi [MD1] Ikke dagkirurgi	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) +TED-strømpe	LMWH (eks. Fragmin 5000 IE x 1 dgl. s.c.) +TED strømpe [MD1]

Nye referencer

- Chochrane 2009 :
- Prolonged thromboprophylaxis with Low Molecular Weight heparin for abdominal or pelvic surgery. M S Rasmussen, P Wille-Jørgensen, L N Jørgensen.

Evidens

- Guidelines der bl.a ligger til grund for vores skema :
- _Prevention of venous thrombembolism. Am.College of chest Physioans Evidens based Clinical Guidelines 8 edt.
- RCOG Working party on Phrofylaxix against Thromboembolism in G&O
- Venøs tromboprofylakse nr 3 2000 klaringsrapport
- Prevention of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism
- ACOG Practice Bulletin aug 2007

Konklusion:

- Vi fastholder 40 år som risiko grænse alder.
- Vi fastholder BMI > 30
- Omkostninger til TED strømper og LWMH er overkommelige
- Lokale forhold afgør om højrisiko patienter kan opr i dagkirurgisk regi
- Opdeler lavrisiko opr i ambulante indgreb og lav risikoooperationer i dagkirurgisk regi.
- Hvor patienter opereres er geografi. Risikoen er den samme og profylakse/ behandlingen den samme.
- Højrisiko operationer hører som regel ikke hjemme i SDK regi

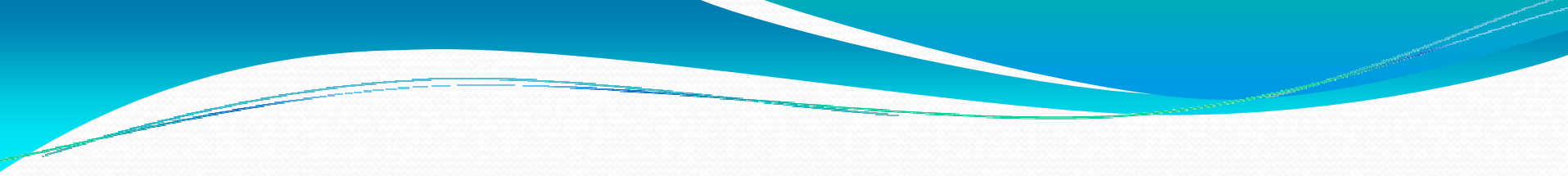
Forslag til projekter.

- Tromboseprofylakse til gynækologiske operationer:
- Landspatient register undersøgelser eneste mulighed for tilstrækkelig stort materiale.



Konklusion.

- Vi fastholder guideline i nuværende form og anbefaler at den godkendes i nuværende form.



Tak til Margit Dueholm for kommentarer og forslag.

