



TAO e procedure chirurgiche

Data 13 agosto 2008
Categoria cardiovascolare

Nei pazienti a basso rischio tromboembolico in TAO che devono sottoporsi a piccola chirurgia il warfarin potrebbe essere sospeso per 4-5 giorni senza essere sostituito dall'eparina.

In questo studio sono stati seguiti 1024 pazienti in terapia anticoagulante orale sottoposti a procedure cruenti (colonscopia, chirurgia dentale od oculare). L'età media dei pazienti era di 72 anni e nella maggior parte dei casi il warfarin veniva assunto per fibrillazione atriale, protesi valvolare meccanica o tromboembolismo venoso. Solo nell'8,3% dei casi venne effettuata la cosiddetta "bridge therapy" che consiste nella sostituzione del warfarin con eparina a basso peso molecolare; negli altri casi si sospendeva la TAO senza altra terapia. In tutto si sono registrati 1293 episodi di sospensione del warfarin e un evento tromboembolico entro 30 giorni si verificò nello 0,7% dei casi. Tale percentuale era dello 0,4% quando la sospensione del warfarin durava per 5 giorni o meno e del 2,2% per 7 o più giorni. Un'emorragia maggiore (definita come evento che richiedeva il ricovero oppure che riguardava una sede critica come le emorragie intracraniche e retroperitoneali, oppure che portava a morte il paziente) si verificò in 6 pazienti (0,6%), inclusi 2 pazienti che avevano effettuato la "bridge therapy".

In altri 17 pazienti (1,7%), inclusi 10 pazienti che avevano effettuato la bridge therapy, si ebbero emorragie significative dal punto di vista clinico, anche se non rientravano nella definizione di emorragia maggiore. In particolare le emorragie maggiori si verificarono nel 3,7% dei casi di bridge therapy e nello 0,2% dei casi di semplice sospensione della TAO, mentre emorragie clinicamente significative non maggiori si ebbero rispettivamente nel 9% e nello 0,6%.

Gli autori ammettono che il loro studio non risponde in maniera definitiva alla problematica presentata dai pazienti in TAO che devono sottoporsi a interventi chirurgici né che i risultati si possono applicare alle procedure di chirurgia maggiore o ai pazienti ricoverati. Per rispondere sarebbero necessari RCT ad hoc, tuttavia i risultati confermano quanto raccomandato dalle linee guida dell'American College of Chest Physician che suggerisce che nei pazienti a basso rischio tromboembolico il warfarin può essere sospeso per 4-5 giorni senza effettuare la bridge therapy.

Fonte:

Garcia DA, Regan S, Henault LE, et al. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. Arch Intern Med. 2008 Jan 14;168 63-69.

Commento di Renato Rossi

Uno dei problemi che si debbono affrontare con la terapia anticoagulante orale è cosa fare quando il paziente si deve sottoporre ad interventi chirurgici. Una revisione della letteratura su 31 studi, in genere di scarsa qualità e nessuno di tipo randomizzato e controllato, ha concluso che la percentuale di eventi tromboembolici era dello 0,4% se si sceglieva la strategia di continuare la TAO, dello 0,6% se si sceglieva di sospendere la TAO senza usare l'eparina, dello 0% se si sospendeva la TAO e si usava eparina per infusione venosa, dello 0,6% se si sospendeva la TAO e si usava eparina a basso peso molecolare e dell'8,0% in caso di strategie non chiare o non specificate. Emorragie maggiori si erano verificate nello 0,2% delle procedure dentali e nello 0% di procedure come l'artrocentesi, l'intervento di cataratta, la colonscopia con o senza biopsia e l'endoscopia digestiva superiore. Questi risultati portavano gli autori a concludere che in caso di procedure dentali, artrocentesi, interventi di cataratta ed endoscopie diagnostiche i pazienti possono continuare il warfarin senza problemi. Per altre procedure invasive la TAO deve essere sospesa e la decisione se somministrare o meno eparina (bridge therapy) deve essere individualizzata in base al rischio tromboembolico del paziente. Gli autori riconoscevano anche che le evidenze di letteratura sono limitate e aiutano poco ad imboccare la via migliore.

Un editorialista commentando questi dati concludeva che la scelta si basa, più che su RCT, sull'opinione degli esperti e anche sulle preferenze del paziente.

In effetti per poter optare per una strategia piuttosto che per un'altra si devono considerare le diverse variabili: da una parte il rischio trombotico del paziente, dall'altra il rischio emorragico legato alla procedura.

Uno schema orientativo di massima, ripreso dalle linee guida FCSA-SIMG, è riassunto nella tabella sottostante.

- a) Manovre chirurgiche semplici (biopsie cutanee e mucose, piccola chirurgia, estrazioni dentarie senza incisione, endoscopie senza biopsie o resezioni): non variare la TAO, controllare l'INR 24 ore prima dell'intervento.
- b) In caso di interventi con rischio emorragico più importante e se il rischio tromboembolico non è elevato (nella maggior parte dei pazienti, esclusi quelli che hanno una protesi valvolare o una trombosi atriale o ventricolare): ridurre la dose del warfarin in modo da abbassare l'INR a 1,5-2.
- c) In caso di chirurgia maggiore, biopsie di tessuti profondi, anestesia peridurale, toracentesi, rachicentesi,



paracentesi: sospendere la TAO alcuni giorni prima dell'intervento ed iniziare eparina a basso peso molecolare; il warfarin andrà ripreso a seconda del tipo di intervento e della avvenuta cicatrizzazione, ovviamente previa embridazione con l'eparina.

Un recente revisione dell'argomento, basandosi su linee guida ed evidenze di letteratura, suggerisce uno schema di comportamento leggermente diverso .

- a) In caso di procedure a basso rischio emorragico si può proseguire la TAO senza problemi, controllando però prima dell'intervento che l'INR non sia sopra il range terapeutico.
- b) Nel caso di procedure a rischio emorragico più elevato la TAO deve essere sospesa 4-5 giorni prima dell'intervento:
 - 1) se il rischio tromboembolico è basso (lone atrial fibrillation senza fattori di rischio oppure pregressa trombosi venosa da più di 3 mesi) non è necessario attuare la bridge therapy e si riprende il warfarin la sera stessa dell'intervento (tuttavia se la procedura può predisporre alla trombosi, come per esempio coronarografia, chirurgia addominale od ortopedica, neurochirurgia, è preferibile comunque la bridge therapy)
 - 2) se invece il rischio tromboembolico è intermedio o elevato (in pratica tutti i pazienti che non rientrano nella definizione di basso rischio) è opportuno effettuare la bridge therapy con eparina a basso peso molecolare oppure eparina per via venosa.

Se però questo è quanto dicono le varie linee guida bisogna dire che nella pratica viene sempre più spesso raccomandato al paziente di sospendere il warfarin e di rivolgersi al medico curante per la prescrizione di un'eparina a basso peso molecolare, anche in caso di interventi semplici, a rischio emorragico molto basso. Ma lo studio recensito in questa pillola ci ricorda che la bridge therapy non è esente da rischi di emorragie anche gravi che probabilmente non vale la pena di correre sempre e comunque.

Referenze

1. Dunn As et al. Perioperative Management of Patients Receiving Oral Anticoagulants. A Systematic Review. Arch Intern Med. 2003 Apr 28;163:901-908.
2. Ansell JE. The perioperative management of warfarin therapy. Arch Intern Med 2003 Apr 28; 163:881-883
- 3.FCSA-SIMG. Guida alla terapia anticoagulante orale per medici di medicina generale, 2000. www.simg.areacv.it
4. Du Breil AI et al. Outpatient management of anticoagulation therapy. Am Fam Physician 2007; 75:1031-1042