

Neurologové se ptají...

Existují nějaké štandarty, kedy (po kolkých týždňoch) začať bezpečne spätne nastavovať pacienta po extirpácii expanzívnych procesov?

L. B., Bratislava

Otázka bezpečného znovunasazení antikoagulační léčby po neurochirurgických výkonech na mozku je v klinické praxi poměrně častá a nepochybně významná, přesto překvapivě neexistují důkazy na úrovni evidence based medicine „class I a II“, a proto závěry nelze interpretovat jako štandardy či „guidelines“, ale pouze jako terapeutická doporučení. Tato doporučení jsou navržena na základě několika animálních studií na potkanech a několika retrospektivních prací.

Z jejich výsledků vyplývá, že znovunasazení antikoagulace v prvních 24–48 hodinách po výkonu přináší nepochybně vyšší riziko krvácivých komplikací, a proto jej nelze doporučit.

Riziko krvácivých komplikací na jedné straně je třeba posuzovat v kontextu rizika tromboembolických příhod na straně druhé. Z tohoto hlediska je možné nemocné rozdělit do tří skupin:

Vysoce (tromboembolicky) riziková skupina, kam patří nemocní do tří měsíců po plicní embolii či flebotrombóze, nemocní do 9 měsíců po vysoce rizikových periferních cévních náhradách, a do 1 měsíce po arteriálním tromboembolizmu (cévní mozkové příhody při stenóze karotidy, síňové fibrilaci nebo intrakardiálním trombu). Pokud nelze oddálit neurochirurgický výkon za vysoce rizikové období, je nutné po vysazení antikoagulace (3–5 dní před výkonem, pokles INR pod 1,5) překlenout kolemoperační období nízkomolekulárním heparinem a znovu nasadit antikoagulační léčbu 3–5 dní po výkonu.

Středně riziková skupina, kam patří nemocní s mechanickou či kombinovanou chlopenní náhradou, chlopenní vadou s fibrilací síní, fibrilací síní 2–12 měsíců po CMP, disekcí karotidy, nemocní 9 měsíců až 3 roky po rizikových cévních náhradách a více než rok po arteriálním tromboembolizmu. Zde se doporučuje po překlenutí kolemoperačního období nízkomolekulárním heparinem znovunasadit antikoagulaci 5–7 pooperační den.

Do skupiny s nízkým rizikem tromboembolických komplikací patří nemocní s prostou síňovou fibrilací, náhradami aortální chlopně, bioprotetických mitrálních náhradách, chlo-

penních vadách bez síňové fibrilace a nemocní více než 3 měsíce po plicní embolizaci či flebotrombóze. Zde je vhodné perioperační zajištění nízkomolekulárním heparinem převést na p.o. antikoagulaci v rozmezí 7–14 dnů.

U všech nemocných je nutná pečlivá monitorace koagulačních faktorů a zabránit jejich předávkování!

Závěrem je nutno zdůraznit individuální přístup. Je třeba vzít v úvahu i povahu neurochirurgického výkonu (jistě je namístě přísnější režim, je-li neurochirurgický výkon indikován z důvodu krvácivé příhody) a ve složitějších případech konzultovat postup neurochirurgem, specialistou indikujícím původní předoperační antikoagulační léčbu, případně hematologem.

MUDr. Jan Klener

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice
Na Homolce
Roentgenova 5, 150 30 Praha 5
jan.klener@homolka.cz

