

Profilassi antitrombotica nella day surgery ortopedica

Antithrombotic prophylaxis in orthopaedic day surgery

CANNATA G., MONTELEONE G., OLIVA F.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Dipartimento di Chirurgia - I Sezione di Ortopedia
Direttore: Prof. MAURIZIO MONTELEONE

Relazione al IV Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e di Day Surgery (S.I.C.A.D.S.) - Roma, 28-30 novembre 1999

Riassunto

La tromboembolia è la più temibile tra le complicazioni della chirurgia ortopedica in day surgery. Attraverso l'esame delle poche casistiche presenti in letteratura, gli Autori mettono in evidenza i maggiori fattori di rischio ed espongono le precauzioni più diffusamente adottate. La prevenzione rimane comunque legata tanto alla scelta del protocollo di profilassi quanto alla selezione e alla responsabilizzazione del paziente.

Parole chiave: tromboembolia - profilassi - day surgery.

Summary

Thromboembolism is the most threatening complication of orthopaedic day surgery. The Authors review the scarce literature upon this topic and evidence the major risk factors and the more commonly adopted precautions. Anyway, the prevention remains linked both to the choice of the prophylaxis protocol and to selection and responsabilization of the patient.

Key words: thromboembolism - prophylaxis - day surgery.

Il rischio tromboembolico nella chirurgia ortopedica eseguita in regime di day surgery tende ad essere sottovalutato, da un lato perché si tratta di interventi poco invasivi e scarsamente traumatici, dall'altro perché i pazienti sono considerati indistintamente candidati ad una mobilizzazione precoce e quindi protetti nei confronti di uno dei principali fattori di rischio tromboembolico.

In realtà il rischio è significativo e può assumere connotazioni anche drammatiche, in particolare quando ci trovia-

mo di fronte ad interventi di day surgery ortopedica sugli arti inferiori che comportano il successivo uso dell'apparecchio gessato. In assenza di profilassi, Reilmann et al. (1993) segnalano che la day surgery di lesioni traumatiche degli arti inferiori seguita dall'immobilizzazione in apparecchio gessato si complica con una flebotrombosi nel 14% dei casi, mentre secondo Zagrodnick et al. (1990) le fratture dell'articolazione tibio-peroneo-astragalica trattate in day surgery con successiva immobilizzazio-

ne in apparecchio gessato presentano un'incidenza di complicazioni tromboemboliche pari al 4,5%.

In queste stesse casistiche la situazione è drasticamente cambiata dopo l'introduzione routinaria della profilassi antitrombotica con eparina: le complicazioni tromboemboliche si sono praticamente azzerate, tanto che è stato affermato che l'omissione della profilassi antitrombotica nei pazienti ortopedici ambulatoriali immobilizzati in apparecchio gessato configura una colpa professionale (Schreiber, 1991).

Secondo recenti orientamenti, le indicazioni principali alla profilassi eparinica nell'ambito della day surgery ortopedica sono costituite da interventi di artroscopia e da trattamenti di tipo chirurgico o conservativo di fratture degli arti inferiori (Harenberg, 1998). Tuttavia l'argomento non è stato ancora affrontato in maniera organica: il materiale statistico risulta scarso e difficilmente valutabile per la sua disomogeneità, soprattutto quando cerchiamo di trarre delle conclusioni sia riguardo all'incidenza della tromboembolia nei diversi interventi di day surgery ortopedica, sia in merito a protocolli di profilassi personalizzati secondo il tipo di intervento ed il tipo di paziente.

Comunque, quando ci troviamo a dover scegliere una profilassi antitrombotica farmacologica in regime di day surgery ortopedica, in linea di principio le caratteristiche di maneggevolezza, efficacia e sicurezza che generalmente si richiedono a qualsiasi profilassi antitrombotica in regime di ospedalizzazione vengono ad essere esaltate a causa del limitatissimo periodo in cui abbiamo a disposizione il paziente e della necessità di demandare a lui stesso l'attuazione della terapia.

La profilassi eparinica parenterale risulta sufficientemente pratica per l'au-

tosomministrazione o per la somministrazione con l'assistenza di familiari o di personale infermieristico (Zagrodnick et al., 1990).

In termini di maneggevolezza e di sicurezza si vanno affermando progressivamente le eparine a basso peso molecolare. Solo l'1% dei pazienti ortopedici operati in day surgery e sottoposti a profilassi con eparina a basso peso molecolare non è in grado di eseguire la terapia compiutamente in modo autonomo (Raich Brufau et al., 1999). Per quanto riguarda gli eventuali effetti collaterali, nella casistica di trattamenti ortopedici ambulatoriali chirurgici o conservativi riportata da Harenberg et al. (1998) l'eparina a basso peso molecolare non ha provocato nessuna complicazione emorragica maggiore e nessun caso di trombocitopenia, ma solo rare complicazioni emorragiche minori come ematomi nella sede di iniezione (4%).

In sostanza, quando si pianifica una profilassi antitrombotica nella day surgery ortopedica è indispensabile un rapporto medico-paziente molto stretto, ancora di più rispetto all'ospedalizzazione ordinaria: da un lato infatti siamo tenuti a calcolare il rischio tromboembolico accuratamente ed in tempi ristretti, dall'altro dobbiamo altresì valutare il profilo psicoattitudinale del paziente, affinché sia in grado di comprendere l'importanza della profilassi e di eseguirla correttamente. D'altra parte, approfondire il rapporto tra medico e paziente in questo tipo di chirurgia è quanto mai opportuno anche ai fini medico-legali: un paziente preparato solo superficialmente alla day surgery può interpretare l'essere mandato a casa precocemente, investito in prima persona della responsabilità della profilassi antitrombotica, come una decisione avventata che non tutela adeguatamente le sue esigenze di salute.

Per monitorare la profilassi antitrombotica, accanto al quadro coagulativo viene raccomandato di eseguire una conta piastrinica prima dell'inizio della profilassi, quindi 3-7 giorni dopo la prima somministrazione e successivamente con cadenza settimanale (Schmidt et al., 1995).

A parte questi principi generali, rimangono tuttora aperti vari interrogativi ai quali non possiamo dare risposte certe. Quali sono i fattori di rischio tromboembolico da prendere in considerazione per la scelta della profilassi nella chirurgia ortopedica in regime di day surgery? Fermo restando il rischio tromboembolico dell'immobilizzazione gessata degli arti inferiori, è giustificata la profilassi antitrombotica di routine in tutti gli operati in day surgery con riduzione postoperatoria del carico? È forse indispensabile prostrarla fino alla ripresa del carico completo? Può essere sufficiente la profilassi antitrombotica per os con antiaggreganti o eparansolfato, almeno fino ad un determinato livello di rischio?

A fronte del perdurare di queste incertezze, qualche prospettiva di maggiore chiarezza ci viene offerta dallo studio di Raich Brufau et al. (1999), che si è proposto di individuare fattori di rischio specifici di tromboembolia nei pazienti sottoposti ad interventi ortopedici in day surgery (artroscopia di ginocchio, artroscopia di spalla, correzione chirurgica di alluce valgo) e di stratificare i pazienti stessi in diverse classi di rischio, personalizzando di conseguenza la profilassi antitrombotica. Sono stati individuati fattori di rischio maggiori, cui sono stati attribuiti 2 punti (anamnesi di pregressa flebotrombosi o tromboembolia), e fattori di rischio minori, cui è stato attribuito 1 punto (chirurgia pregressa degli arti inferiori, applicazione di fascia ischemi-

ca, durata dell'intervento >45', età >50 anni, obesità, contraccettivi orali, tabagismo, patologia cardiocircolatoria). Sulla base di questo sistema a punteggio i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi di rischio tromboembolico, personalizzando di conseguenza la profilassi: gruppo I, assenza di rischio (0-2 punti), profilassi con mezzi fisici; gruppo II, basso rischio (3-4 punti), profilassi con antiaggreganti; gruppo III, rischio moderato (5-6 punti), profilassi con eparina a basso peso molecolare. Viene riferito che attuando questo protocollo non è stato osservato alcun segno clinico di flebotrombosi profonda o di tromboembolia nell'intera casistica.

Certo anche questo studio lascia aperte delle problematiche o si scontra con orientamenti apparentemente consolidati. Da altri Autori è stato sottolineato lo scarso valore predittivo degli "indici di trombofilia" basati sull'associazione di parametri clinici e laboratoristici, mentre rimane di importanza fondamentale una valutazione clinico-anamnestica globale del paziente che non può essere ridotta a correlazioni matematiche (Mosti et al., 1998). Si potrebbe discutere a lungo sugli stessi criteri di assegnazione del punteggio ai fattori di rischio e sulla conseguente stratificazione dei pazienti ai fini delle decisioni terapeutiche: in particolare noi riteniamo che un paziente con anamnesi positiva per un precedente episodio flebotrombotico, anziché essere avviato alla day surgery previa classificazione in uno dei gruppi di rischio, meriti di essere operato in regime di ricovero ordinario. La profilassi con antiaggreganti piastrinici o FANS è ritenuta il più delle volte insufficiente (Schmidt et al., 1995); ma in effetti, alla luce della disomogeneità delle casistiche, ciò non esclude che essa risulti efficace al di sotto di un certo livello di rischio. Per quanto riguarda

poi la profilassi con mezzi fisici attuata nel gruppo senza rischio tromboembolico apparente, si ricade nel discorso accennato in apertura: troppo spesso viene dato per scontato che il paziente operato in day surgery pratici una mobilitazione precoce in sede domiciliare, ma in realtà questa è affidata unicamente alla sua motivazione e manca la possibilità di una verifica diretta, a meno che non si disponga di strumenti di telemedicina. Infine, sottolineare l'assenza di segni clinici di una patologia di cui è notoria la marcata dissociazione tra clinica e diagnostica strumentale appare alquanto approssimativo, anche se nella pratica risulta impossibile monitorare strumentalmente il circolo venoso di pazienti che per la maggior parte del tempo sfuggono all'osservazione diretta.

Comunque va riconosciuto a questo studio il merito di aver tracciato delle linee guida per la profilassi antitrombotica nella day surgery ortopedica: i risultati clinici possono essere ottimizzati se il paziente viene studiato accuratamente

valutando i diversi fattori di rischio tromboembolico in maniera organica e ragionata e personalizzando di conseguenza la profilassi.

Il tutto conferma che la chirurgia ortopedica in regime di day surgery andrebbe eseguita solo in determinate condizioni: struttura e personale "dedicati", vicinanza della struttura di day surgery al domicilio del paziente (da considerare a tutti gli effetti un'espansione della struttura sanitaria stessa) ed integrazione ottimizzata con le altre strutture sanitarie del territorio (medici di base, ambulatori, laboratori, guardia medica). In assenza di questi requisiti riteniamo sia più prudente, soprattutto per gli interventi agli arti inferiori, ricorrere ad un regime di ospedalizzazione ordinaria breve che consente di studiare meglio il paziente e di personalizzare la terapia, osservandone direttamente gli effetti e l'efficacia almeno nell'immediato post-operatorio che è il periodo in assoluto più insidioso per eventuali episodi tromboembolici.

BIBLIOGRAFIA

- HARENBERG J., PIAZOLO L., MISSELWITZ F.: *Thromboembolieprophylaxe mit niedermolekularem Heparin bei ambulanten operierten und nicht-operierten chirurgischen und orthopädischen Patienten*. Zentralbl. Chir., 123, 1284-1287, 1998.
- MOSTI G., IABICHELLA M.L., PICERNI P., CECCARELLE M.: *Prevenzione standardizzata o personalizzata. Quali esami chiedere prima dell'intervento per individuare i pazienti a rischio*. In PIPINO F., BERNI A., MOLFETTA L.: *La TVP e le sue complicanze in ortopedia*. Scientific Press, Firenze, 39-47, 1998.
- RAICH BRUFAU M., MARTINEZ RIPOL P., JIMÉNEZ PÉREZ J.A., JORNET BALLÓ M.: *Guidelines and antithromboembolism prophylaxis in ambulatory orthopedic surgery*. Ambulatory Surg., 7 (Suppl. 1), S29-S30, 1999.
- REILMANN H., WEINBERG A.M., FÖRSTER E.E., HAPPE B.: *Thromboseprophylaxe beim ambulanten Patienten*. Orthopäde, 22, 117-120, 1993.
- SCHMIDT J., HACKENBROCH M.H.: *Prevention of deep venous thrombosis in ambulatory or discharged orthopaedic patients. Actual management*. Arch. Orthop. Trauma Surg., 114, 226-228, 1995.
- SCHREIBER A.: *Zur erforderlichen Sorgfalt bei der Thromboseprophylaxe*. Unfallchirurgie, 17, 19-21, 1991.
- ZAGRODNICK J., KAUFNER H.K.: *Ambulante Thromboembolieprophylaxe in der Traumatologie durch Selbstinjektion von Heparin*. Unfallchirurg, 93, 331-333, 1990.