



umcg



Antitrombotisch beleid

Karina Meijer

ochtendrapport Interne Geneeskunde

300616



umcg

Achtergrond

- Initiatief door NIV, geschreven door multidisciplinaire werkgroep
 - internisten, huisartsen, orthopeden, longartsen, klinisch chemici, anesthesiologen, cardiologen, traumatologen, kinderartsen, klinisch geriaters, neurologen, gynaecologen, radiologen en laboratoriumartsen.
- Ondersteund door KiMS
- Gebaseerd op CBO consensus 2008 en ACCP guidelines 2012



Proces

- Start in 2013
- Voorzitter Menno Huisman (NIV, LUMC), vertegenwoordigers gevraagd uit relevante wetenschappelijke verenigingen
- Brede 'Invitational conference'
- Besluit welke delen CBO *niet* herzien worden
- Door in commissie van 27 (3 a 4 per onderwerp)



Format richtlijn

- Op basis van uitgangsvragen
- Per vraag gekozen hoe te beantwoorden:
 - Systematische literatuuranalyse
 - ACCP richtlijn
 - ‘bij de werkgroep bekende literatuur’, ‘beperkte search’
 - Bekend dat er geen literatuur is, ‘expert opinion’
- Inleiding, onderbouwing, conclusies, aanbevelingen



Inhoud

- Preventie van longembolie en diep veneuze trombose (VTE)
- Hormonale anticonceptie en VTE
- Hormonale suppletie therapie en VTE
- Preventie van VTE in de verloskunde
- Preventie trombose pasgeborenen (neonaten) & kinderen tot 18 jaar
- **Therapie bij VTE**
- Kleppen en antistolling
- **Perioperatief beleid bij antistolling**
- Strategie in geval van bloeding/ingreep bij antistolling
- Laboratoriumtesten bij antistollingsmiddelen

Therapie bij VTE

- [Initiële behandeling Veneuze Trombo-Embolie](#)
 - Wat is het beste beleid voor de initiële behandeling van veneuze trombo-embolie?
- [Katheter geleide trombolysie bij de behandeling DVT van het been](#)
 - Is trombolysie geïndiceerd bij de behandeling van diepe veneuze trombose van het been?
- [Trombolysie bij de behandeling DVT van de arm](#)
 - Is trombolysie geïndiceerd bij de behandeling van diepe veneuze trombose van de arm?
- [Thuisbehandeling longembolie](#)
 - Kan een patiënt met longembolie thuis worden behandeld of moet deze altijd worden opgenomen?
- [Thuisbehandeling bij diep veneuze trombose](#)
 - Welke patiënten met aangetoonde diepe veneuze trombose (DVT) kunnen thuis worden behandeld met antistollingsbehandeling?
- [Continueren antistolling na VTE](#)
 - Hoelang dient antistollingsbehandeling na een VTE te worden gecontinueerd?
- [Behandeling oppervlakkige tromboflebitis](#)
 - Wat is de beste behandeling voor een oppervlakkige tromboflebitis van het been?
- [Behandeling diepe kuit\(spier\)venetrombose](#)
 - Wat is het beste beleid voor een geïsoleerde diepe kuit(spier)venetrombose?
- [Behandeling katheter gerelateerde trombose](#)
 - Is het nodig om een trombose die optreedt op basis van een katheter in de arm te behandelen met antistolling?
- [Behandeling toevallig gevonden DVT/longembolie](#)
 - Is het nodig om een patiënt zonder klachten bij wie bij toeval een diepe veneuze trombose of longembolie wordt gezien bij afbeeldend onderzoek te behandelen met antistolling?



‘Wat is het beste beleid voor de initiële behandeling van VTE?’ – 1/4

- Behandel patiënten met objectief aangetoonde VTE met anticoagulantia.
- Overweeg patiënten met een hoge klinische verdenking op VTE in afwachting van bevestiging van de diagnose met objectieve testen, te behandelen.
- Behandel diepe veneuze trombose, van het been of de arm, of longembolie initieel bij voorkeur met een **DOAC** met of zonder voorafgaande behandeling met LMWH, op basis van samenvatting producteigenschappen (bijsluiter).

Rivaroxaban in het UMCG

- Min of meer voorkeurspreparaat
 - Rivaroxaban 2dd 15 mg a 3 weken, daarna 1dd 20mg (ev aangepast op nierfunctie)
- Murphy:
 - Apotheek heeft niet op voorraad
 - Geen opstartdoserings gegeven
 - Opstartdoserings te kort gegeven
 - Opstartdoserings gecombineerd met LMWH
 - Vergeten te kijken naar comedicaatie



‘Wat is het beste beleid voor de initiële behandeling van VTE?’ – 2/4

- Behandel patiënten met een diep veneuze trombose of longembolie met een onderliggende maligniteit met LMWH.
- Behandel diepe veneuze trombose en longembolie met LMWH gevolgd door vitamine K antagonist (therapeutische INR **range 2,0 tot 3,0**) indien geen DOAC kan worden voorgeschreven.
- Gebruik **geen DOAC bij VTE patiënten met ernstige nierinsufficiëntie** (eGFR < 30 ml/min). Bij matige nierinsufficiëntie (eGFR 30 tot 49 ml/min) moet dosis aanpassing worden toegepast (dabigatran, edoxaban) of voorzichtigheid worden betracht (rivaroxaban/apixaban).



‘Wat is het beste beleid voor de initiële behandeling van VTE?’ – 3/4

- Start, indien wordt gekozen voor VTE behandeling met VKA, ook LMWH.
- Staak de LMWH indien de INR stabiel is en twee dagen boven de 2,0 (met een minimale LMWH behandeling van vijf dagen).
- Meet niet routinematig anti-Xa spiegels bij patiënten met VTE die met LMWH worden behandeld.



‘Wat is het beste beleid voor de initiële behandeling van VTE?’ – 4/4

- Controleer bij gebruik van LMWH bij patiënten met extreme obesitas (BMI >50 kg/m²) de anti-Xa spiegel.
- Gebruik bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie (eGFR <30 ml/min) bij voorkeur intraveneus ongefractioneerde heparine in plaats van LMWH. Streef hierbij naar een therapeutische APTT range.
- Indien voor LMWH wordt gekozen bij nierinsufficiëntie, pas dan de dosering aan en meet anti-Xa spiegels (zie modules over [laboratoriumtesten bij antistollingsmiddelen.](#))



‘Hoelang dient antistollingsbehandeling na een VTE te worden gecontinueerd?’ – 1/3

- Behandel patiënten met een eerste episode van VTE **na een tijdelijke risicofactor gedurende drie maanden** met antistollingstherapie.
- Behandel patiënten met een eerste episode van **idiopathische VTE gedurende tenminste drie maanden** met antistollingstherapie. Maak na drie maanden behandeling een **individuele afweging** tussen bloedingsrisico (waarbij gebruik kan worden gemaakt van tabel 1 onder het kopje "overwegingen") en het verlagen van het recidief tromboserisico van een verlengde behandeling en **herhaal jaarlijks** deze afweging. Hierbij dient de patiënt nadrukkelijk betrokken te worden.
- Behandel patiënten met een eerste episode van een idiopathische VTE en een hoog bloedingsrisico gedurende drie maanden met antistollingstherapie.

‘Hoelang dient antistollingsbehandeling na een VTE te worden gecontinueerd?’ – 2/3

- Behandel patiënten met een **recidief (idiopatisch of uitgelokte) VTE langdurig** met antistollingstherapie. Behandel patiënten met een hoog bloedingsrisico ten minste drie maanden.
- Behandel patiënten met een VTE **en een maligniteit** met therapeutische dosis LMWH gedurende tenminste zes maanden. Zolang er sprake is van actieve maligniteit dan wel chemotherapie of adjuvante behandeling kan deze behandeling worden verlengd. Behandel patiënten met een hoog bloedingsrisico ten minste drie maanden. Maak regelmatig, in ieder geval jaarlijks, een individuele afweging tussen bloedingsrisico en het verlagen van het recidief tromboserisico van een verlengde behandeling.



‘Hoelang dient antistollingsbehandeling na een VTE te worden gecontinueerd?’ – 3/3

- Behandel patiënten met VTE, die in aanmerking komen voor continueren van behandeling, met een DOAC of VKA, waarbij het de voorkeur heeft om de initiële behandeling voort te zetten. Bij apixaban wordt de dosering na 6 maanden aangepast.
- Baseer de behandelduur van een idiopathische VTE niet op risicoscores, D-dimeer of resttrombus.
- Geef bij het continueren van behandeling van VTE orale antistollingstherapie en niet acetylsalicylzuur. **Alleen bij een contra-indicatie voor orale antistollingstherapie (bijvoorbeeld ernstige bloeding) kan overwogen worden om (langdurig) acetylsalicylzuur te geven, als patiënten geen contra-indicatie tegen acetylsalicylzuur hebben.**



Perioperatief beleid bij antistolling

- Tekst grotendeels technisch
- Indicatie voor overbruggen VKA conservatiever:
 - Alleen hoog-risico overbruggen
 - Geïsoleerd AF alleen overbruggen bij CHA₂DS₂-VASc 8 of 9



Samenvattend

- Enorme hoeveelheid informatie, maar heel toegankelijk in te zien op www.richtlijndatabase.nl
- Veel nuttige, onomstreden adviezen
 - Sommige misschien toch ter lokale discussie
- Grote praktische consequenties:
 - Voorkeur DOACs bij VTE (niet bij huisartsen)
 - Ip langdurige behandelen na 1^e idiopathische VTE
 - Jaarlijkse herevaluatie
 - Overbrugbeleid moet worden aangepast



In het UMCG

- Basis voor UMCG breed antistollingsbeleid io
- Op stollingspoli
 - We zien geleidelijke introductie NOACs/DOACs
 - al langer beweging naar op indicatie langdurige antistolling na 1^e event
 - Te groot aanbod voor langdurig-antistol spreekuur: 1½ste lijn poli?

