

## Perioperatief staken van anti-trombotica; laveren tussen Scylla en Charybdis zonder wetenschappelijk bewijs

Editorial bij de bijdrage van J.C.M. Dielemans, P.J.A.M. Brouwers, L.J. Kappelle, C.J.M. Frijns

F. Van Calenbergh

*(Tijdschr Neurol Neurochir 2009;110:229-30)*

Het onderwerp dat door Dielemans en coauteurs behandeld wordt, is uitermate belangrijk, niet alleen vanuit wetenschappelijk maar ook vanuit medicolegaal standpunt. Door onnauwkeurig te laveren tussen Scylla en Charybdis kan immers niet alleen de boot averij oplopen. De vraag moet ook beantwoord worden wie de schade betaalt: de rederij, de loods of de kapitein.

Hoe deze juridische vraag beantwoord wordt, is ongetwijfeld niet helemaal gelijklopend in België en Nederland. Ik beperk me tot enkele overwegingen vanuit de Belgische realiteit en heb niet de pretentie om grote waarheden te verkondigen.

De auteurs geven een beknopt maar helder overzicht van de gepubliceerde en bekende gegevens betreffende het perioperatief staken van antitrombotica. Vooral aspirine en orale antistolling komen aan bod. De nieuwere plaatjesaggregatieremmers (vooral clopidogrel), die in de praktijk vaak met aspirine gecombineerd worden, werden blijkbaar onvoldoende bestudeerd op dit gebied. Het besluit van de auteurs voor wat betreft niet-neurochirurgische ingrepen is duidelijk: er is nog steeds veel onzekerheid en weinig evidentie. Een strikt protocollair beleid is dan ook niet mogelijk. Er is een verhoogd bloedingsrisico bij ingrepen onder antistolling, maar ook een verhoogd risico op trombotische complicaties door staken van

de antitrombotica. Een individuele beslissing moet genomen worden, met afwegen van de risico's van beide houdingen. De beslissing moet in het dossier genoteerd worden. De globale teneur van het artikel pleit in de meeste gevallen voor het niet of heel kortdurend staken.

Op medicolegaal gebied is de raad om dergelijke beslissingen uitgebreid met de patiënt en zijn of haar familieleden te bespreken heel belangrijk. Het nauwkeurig noteren van de uitleg en de beslissing is eveneens van cruciaal belang. Al te vaak moeten deze en soortgelijke beslissingen bij een latere betwisting gereconstrueerd worden uit onbetrouwbare herinneringen, a posteriori opgestelde hospitalisatieverslagen, et cetera.

Desondanks vrees ik dat in de individuele situatie een hemorragische complicatie psychologisch meer indruk zal maken dan een trombotische. In het eerste geval moet de patiënt misschien urgent opnieuw geopereerd worden ("Ze hebben onze moeder vannacht opnieuw moeten openmaken", hoor je dan). In het tweede geval lijkt het alsof de patiënt een symptoom ontwikkelt van een al lang gekende aandoening, iets wat de familie al lang vreesde en dus als onverwacht ervaart ("Ze heeft al 2 beroertes gehad, we zagen de derde al aankomen"). Wetenschappelijke onzekerheid zal geen argument zijn om geen verdere stappen te ondernemen. Een ander aspect is het feit dat de meeste chirurgische tekstboeken aanraden om

**Auteur:** dhr. prof. dr. F. Van Calenbergh, neurochirurg, Universitair Ziekenhuis Leuven, afdeling Neurochirurgie, Herestraat 49, 3000 Leuven, België, Tel: +32 (0)16 34 42 90, e-mailadres: neurochirurgie@uzleuven.be

**Trefwoorden:**

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële vergoeding: geen gemeld.

Ontvangen 31 juli 2009, geaccepteerd 13 augustus 2009.

aspirine minstens 5 dagen voor een electieve operatie te stoppen. Ook wanneer we de vraag aan internetzoekmachines stellen, lijkt een grote meerderheid van de gevonden websites het stoppen van antistolling te verkiezen, zelfs voor kleine dermatologische en esthetische ingrepen. De aansprakelijkheid van de chirurg voor de postoperatieve verwikkelingen lijkt dus groter wanneer het gaat om bloedingen dan om laattijdige trombotische verwikkelingen. De postoperatieve diepe veneuze trombosen en longembolieën zijn een analoge situatie: de waarde van profylactische toediening van laagmoleculairgewichtheparine staat al lang vast, maar het optreden van een diepe veneuze trombose is slechts zelden een reden om naar de rechtbank te stappen.

Nog moeilijker is het specifieke probleem van de neurochirurgische craniale en spinale ingrepen, waar de morbiditeit van een bloeding tijdens of na de ingreep niet te vergelijken is met een hematoom in bijvoorbeeld de buikwand of de spieren rond de heup. Neurochirurgen komen frequent in contact met patiënten die een hersenbloeding (intracerebraal of subduraal) vertonen als gevolg van de inname van orale antistolling, 'tissue plasminogen activator' (tPA), heparine en aspirine of clopidogrel. Als een neurochirurgische ingreep moet worden verricht om het hematoom te ontlasten, wordt algemeen aangenomen dat de antistollingsbehandeling gestopt moet worden en dat met allerlei middelen gepoogd moet worden een zo normaal mogelijke stolling te verkrijgen. Dit wordt door internationale en nationale richtlijnen bevestigd.<sup>1</sup> Ik verwijs ook naar de observationele studie die in het Universitair Ziekenhuis Leuven werd verricht.<sup>2</sup>

Uiteraard is een ingreep voor een hemorragische complicatie niet vergelijkbaar met een electieve ingreep voor een andere aandoening. Deze ervaringen verklaren wel dat neurochirurgen een hoog risico van bloedingen verwachten bij het niet staken van antistolling, zoals aangehaald door de auteurs.<sup>3-5</sup> Er zijn om die reden ook nauwelijks gecontroleerde studies verricht over dit probleem, omwille van de evidente risico's en de onloochenbare, zeer moeizame hemostase bij patiënten die geopereerd worden voor een intracerebraal hematoom als complicatie van

een behandeling met aspirine of orale antistolling. Dergelijke studies zullen ook in de nabije toekomst vermoedelijk niet gebeuren.

Wanneer in een juridische context bepaald moet worden wie aansprakelijk is, zal vaak het principe van de 'bonus medicus' aangehaald worden indien geen sluitende wetenschappelijke richtlijnen voorhanden zijn: welke houding zou een voorzichtige, goed opgeleide arts in deze situatie aangenomen hebben? Kan de chirurg de beslissing om de antitrombotica te staken zelf nemen (eventueel in samenspraak met de anesthesioloog) of moet er overleg gepleegd worden met de arts die het geneesmiddel voorschreef? Als uit dit overleg de beslissing voortvloeit om te opereren onder antitrombotica en er een bloeding optreedt, wie van beiden is dan aansprakelijk? Hoewel harde wetenschappelijke argumenten om de antitrombotica te staken ontbreken, vrees ik dat op dit ogenblik het vonnis in de meeste gevallen de chirurg aansprakelijk zal stellen. Het uitvoerig gedocumenteerde artikel van Dielemans et al. kan wellicht toch helpen om in elk individueel geval de beste beslissing te nemen. Op zijn minst moeten wij de raad van de auteurs om de argumenten voor de beslissing grondig te bespreken en gedetailleerd te noteren, goed ter harte nemen!

## Referenties

1. Appelboom R, Thomas EO. Warfarin and intracranial haemorrhage. *Blood Rev* 2009;23:1-9.
2. De Vleeschouwer S, Van Calenbergh F, Van Loon J, Nuttin B, Goffin J, Plets C. Risk analysis of thrombo-embolic and recurrent bleeding events in the management of intracranial haemorrhage due to oral anticoagulation. *Acta Chir Belg* 2005;105:268-74.
3. James DN, Fernandes JR, Calder I, Smith M. Low dose aspirin and intracranial surgery. A survey of the opinions of consultant neuroanaesthetists. *Anaesthesia* 1997;52:169-78.
4. Korinth MC. Low-dose aspirin before intracranial surgery – results of a survey among neurosurgeons in Germany. *Acta Neurochir (Wien)* 2006;148:1189-96.
5. Korinth MC, Gilsbach JM, Weinzierl MR. Low-dose aspirin before spinal surgery: results of a survey among neurosurgeons in Germany. *Eur Spine J* 2007;16:365-72.