



Tromboseprofylakse til pasienter med covid-19-infeksjon

DEBATT

EIRIK TJØNNFJORD

E-post: eirik.tjonnfjord@so-hf.no

Eirik Tjonnfjord er lege i spesialisering i blodsykdommer ved Tromboseklinikken, Medisinsk klinikk, Sykehuset i Østfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIRI ØVERSTAD

Siri Øverstad er lege i spesialisering ved Medisinsk klinikk, Sykehuset Østfold, nå i rotasjon på Infeksjonsmedisinsk avdeling.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SAAD ABALLI

Saad Aballi er overlege på Infeksjonsmedisinsk avdeling, Sykehuset Østfold og har vært hovedansvarlig for covid-19-pasienter ved sykehuset.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WALEED GHANIMA

Waleed Ghanima er ph.d., forskningssjef og overlege i hematologi, Sykehuset Østfold og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vi mistenker at mange utvikler tromboembolisme ved covid-19-infeksjon. Profylakse bør vurderes også til ikke-innlagte pasienter.

Koagulasjonsforstyrrelser og tromboembolisme ved covid-19 ser ut til å være en betydelig komplikasjonsfaktor, og det er rapportert om venøs tromboembolisme hos inntil 70 % av innlagte pasienter. Det har derfor vært stort fokus på tromboseprofylakse hos innlagte pasienter med påvist covid-19, og de fleste retningslinjer anbefaler lavmolekylært heparin (LMVH) (1, 2).

Pasienter med bekreftet covid-19 som ikke er innlagt ved sykehus, utgjør en majoritet av pasientgruppen. Vi ønsker å reise en debatt om også disse har behov for profylaktisk antikoagulasjonsbehandling.

Ved Sykehuset Østfold hadde vi i vår fire pasienter som ble diagnostisert med venøs tromboembolisme ved innkomst (3). Disse kom til sykehuset med mistanke om denne tilstanden etter å ha vært hjemme med covid-19-symptomer, og de hadde ikke mottatt tromboseprofylakse. Alle var middelaldrende menn som hadde hatt uttalte influensalignende symptomer og hadde vært immobilisert i 1–2 uker (3).

De opplevde forverring av luftveissymptomer, hovedsakelig dyspné, etter forbigående bedring. D-dimerverdien var forhøyet hos samtlige, noe som også kan ses ved covid-19 uten venøs tromboembolisme (1). Nyoppståtte symptomer, eller forverring av symptomer, bør likevel føre til ytterligere diagnostikk, bl.a. med tanke på venøs tromboembolisme. Det ble gjort i ovennevnte tilfeller (3).

Hvem skal ha tromboseprofylakse?

Covid-19 har vist seg å være en trombogen sykdom med høy risiko for venøs tromboembolisme, spesielt hos innlagte pasienter, der immobilisering medfører tilleggsrisiko (4). Retningslinjer anbefaler tromboseprofylakse til innlagte pasienter (2). Aktuell litteratur og anbefalinger er i all hovedsak sentrert rundt innlagte pasienter, og lite fokus har vært rettet mot ikke-innlagte pasienter. Vår erfaring med diagnostikk av venøs tromboembolisme blant ikke-hospitaliserte covid-19-pasienter tyder på at det kan være en langt hyppigere komplikasjon enn det man til nå har observert.

Mulige årsaker til denne underdiagnostiseringen hos inneliggende og/eller ambulante pasienter kan være mange. Ofte tilskrives eksaserbasjoner av covid-19 sykdommen i seg selv. Smittevern hensyn kan dessuten øke terskelen for diagnostikk, akutt nyresvikt kan vanskeliggjøre kontrastundersøkelse, og pasientene kan være så ustabile at det ikke er tilrådelig med bildediagnostikk. Dessuten kan symptomatologien fra små lungeemboluser uten nevneverdig hemodynamisk eller respiratorisk påvirkning antakelig også forveksles med covid-19-symptomer. Dette kan føre til at pasientene ikke tar kontakt med helsevesenet for videre undersøkelser.

Foreløpig har vi kun sett fire ikke-innlagte pasienter som har utviklet venøs tromboembolisme, men vi mistenker mørketall

Det er generelt lite kunnskap om ikke-innlagte pasienter med covid-19. Anbefalingene åpner for tromboseprofylakse for ikke-hospitaliserte pasienter med høy risiko for venøs tromboembolisme (4, 5), men vår erfaring er at det ikke anvendes i praksis, da det har vært lite fokus på behandling av disse pasientene.

Det finnes ingen sikre kliniske kriterier eller biokjemiske markører som kan brukes for å selektere pasienter med høy risiko for utvikling av venøs tromboembolisme. Helsetjenesten kan derfor risikere overbehandling dersom alle ikke-hospitaliserte pasienter blir behandlet med tromboseprofylakse. For innlagte pasienter vil risikoen for utvikling av venøs tromboembolisme være til stede flere uker etter utskrivning, men etter vår erfaring er ikke profylakse i tiden etter utskrivning gjeldende praksis. Ca. 60 % av alle rapporterte tilfeller av venøs tromboembolisme forekommer etter utskrivning (2).

Med bakgrunn i aktuell litteratur og erfaringer anbefaler vi å vurdere tromboseprofylakse til følgende grupper:

- Covid-19-bekreftede ikke-hospitaliserte pasienter etter individuell vurdering (4). Pasienten bør undersøkes klinisk ved diagnosetidspunktet, få informasjon om risikoen for venøs tromboembolisme samt få beskjed om å ta kontakt med helsevesenet ved immobilisering eller ved forverring av symptomer. Dersom pasienten er immobilisert eller har høy risiko for venøs tromboembolisme, bør man vurdere oppstart med tromboseprofylakse. Vi anbefaler direktevirkende orale antikoagulasjonsmidler (DOAK) i vedlikeholdsdose inntil tilstanden er normalisert. Ved forverring av luftveissymptomer, spesielt hvis de er ledsaget av forhøyet D-dimer, bør venøs tromboembolisme mistenkes. Pasienten bør da henvises til sykehus for avklaring.
- Pasienter med høy risiko for venøs tromboembolisme (har høy alder, er intensivbehandlet, er immobilisert, har risikofaktorer for venøs tromboembolisme eller forhøyet D-dimer), men som har lav blødningsrisiko, bør fortsette med

antikoagulasjonsbehandling i 2–4 uker etter utskrivning, eventuelt inntil full mobilisering. Vi anbefaler overgang til direktevirkende orale antikoagulasjonsmidler ved utskrivning (2).

Foreløpig har vi kun sett fire ikke-innlagte pasienter som har utviklet venøs tromboembolisme, men vi mistenker mørketall. Inntil mer kunnskap er tilgjengelig, er vår anbefaling å følge de skisserte rådene.

LITTERATUR:

1. Thachil J, Tang N, Gando S et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 1023–6. [PubMed][CrossRef]
2. Spyropoulos AC, Levy JH, Ageno W et al. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 1859–65. [PubMed][CrossRef]
3. Overstad S, Tjonnfjord E, Garabet L et al. Venous thromboembolism and coronavirus disease 2019 in an ambulatory care setting - A report of 4 cases. *Thromb Res* 2020; 194: 116–8. [PubMed][CrossRef]
4. Clinical guide for the prevention, detection and management of thromboembolic disease in patients with COVID-19.
<https://static1.squarespace.com/static/5e6613a1dc75b87df82b78e1/t/5eecb111fdd1e0249e31904a/1592570129615/VTE-Patients-with-COVID19.pdf> Lest 28.8.2020.
5. Kvåle R, Azrakhsh NA, Mohn KG-I et al. Covid-19 og venøs tromboembolisme – profylakse og behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0440. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 15. september 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0603

Mottatt 26.7.2020, første revisjon innsendt 26.8.2020, godkjent 28.8.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no