

Bør acetylsalisylsyre seponeres før kirurgi?

Ved hjertekirurgi, karkirurgi, ortopedisk kirurgi og prostatakirurgi bør acetylsalisylsyre ikke rutinemessig seponeres. Ved annen kirurgi bør konsekvensen av blødning i hvert tilfelle veies opp mot konsekvensen av kardiovaskulære hendelser.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Platehemmende medikamenter reduserer risikoen for hjerteinfarkt og hjerneslag hos pasienter med aterosklerotisk sykdom (1). Det har vært vanlig å seponere platehemmende midler ca. en uke før planlagt kirurgi for å redusere blødning under og etter operasjonen. Vi har erfaring for at dette fortsatt skjer i en viss utstrekning. Spørsmålet er om seponering medfører økt risiko for kardiovaskulære hendelser. Det er viktig å veie risikoen for slike hendelser mot peroperativ blødningsrisiko riktig, slik at ikke platehemmende midler blir seponert unødvendig.

Det foreligger få studier som kan gi entydige råd i dette spørsmålet. Randomiserte studier har bare sett på blødningsmengde og ikke på kardiovaskulære hendelser (2, 3). Ifølge en oversiktsartikkel fra 2003 er det ikke funnet holdpunkter for økt hyppighet av klinisk relevante blødningskomplikasjoner ved bruk av acetylsalisylsyre ved hjerte- og karkirurgi, ortopedisk kirurgi eller epiduralanestesi (4). Når det gjaldt kataraktkirurgi, hudkirurgi, gynekologisk og abdominal kirurgi, øre-nese-hals- og kjevekirurgi, lungebiopsi og endoskopisk biopsi var det ikke mulig å konkludere. Der selv en liten blødning kan medføre alvorlige komplikasjoner, for eksempel ved nevrokirurgi, taler dette for seponering. Forfatterne fant også at acetylsalisylsyre burde seponeres preoperativt ved koagulasjonssykdom som i seg selv medfører økt risiko for blødning. Hos hjertepasienter ble det anbefalt ikke å seponere platehemmende preparater i forbindelse med kirurgi.

I en studie ble det ikke funnet forskjellig blodtap etter transurethral prostatareseksjon hos menn som tok acetylsalisylsyre og kontrollpasienter (5). I en annen studie var det heller ingen forskjell i peroperativ blødning eller i klinisk forløp etter transurethral

prostatareseksjon, men de som stod på acetylsalisylsyre, blødde gjennomsnittlig 140 ml mer etter operasjonen. (2). En rekke kasuistikker har gitt mistanke om at seponering av acetylsalisylsyre før transurethral prostatareseksjon kan være farlig (6). I denne pasientgruppen er det mange med tidligere hjerteinfarkt og slag og dermed høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner. Mitchell og medarbeidere konkluderte derfor med at man ikke bør seponere acetylsalisylsyre i denne pasientgruppen før det er avklart i videre studier at det er økt risiko ved å fortsette med medikamentet (6). Det er vist at peroperativ blødning og hemostasetid øker når pasienten er påvirket av både acetylsalisylsyre og clopidogrel (3, 7). Det foreligger ikke studier som viser at den økte blødningstendensen eliminerer gevinsten man oppnår ved at tromboemboliske komplikasjoner forebygges.

I en ny studie er det undersøkt hvordan nylig seponering av platehemmende midler påvirker forløpet etter akutt koronarsyndrom (8). Pasienter innlagt for suspekt akutt koronarsyndrom ble fulgt i 30 dager. 355 hadde tidligere fått seponert platehemmende midler. 73 av dem hadde nylig sluttet med acetylsalisylsyre (n = 70) eller ticlopidin (n = 3) gjennomsnittlig 11,9 dager før innleggelsen, og disse hadde høyere forekomst av død eller hjerteinfarkt (21,9 % og 12,4 %; p = 0,04) og hyppigere blødninger (13,7 % mot 5,9 %, p = 0,03) enn dem som hadde brukt slike midler tidligere. Vanligste årsak til seponering var planlagt kirurgi (43 av 73). Seponering var en uavhengig prediktor for død og større iskemiske hendelser. Studien støtter hypotesen om økt tendens til trombedanning etter nylig seponering av platehemmende midler. Hos kirurgiske pasienter kan stress fra det operative traumet også ha bidratt til å utløse hendelsene.

Vi mener at ved hjertekirurgi, karkirurgi, ortopedisk kirurgi og prostatakirurgi bør acetylsalisylsyre ikke rutinemessig seponeres. Det er mange pasienter som etter behandling med intrakoronar stent behandles med acetylsalisylsyre og clopidogrel. Hvorvidt clopidogrel bør seponeres når det er gitt i kombinasjon med acetylsalisylsyre, bør vurderes i samråd med kardiolog og anestesilege hvis det planlegges spinal- eller epiduralbedøvelse. Ved annen kirurgi bør konsekvensen av blødning i hvert til-

felle veies opp mot konsekvensen av kardiovaskulære hendelser. Medikamentene bør ikke rutinemessig seponeres før planlagt kirurgi. Ny kunnskap (8) taler for at flere pasienter enn tidligere får beholde sine platehemmende medikamenter perioperativt.

Einar Dregelid

einardregelid@helse-bergen.no

Elin Laxdal

Gustav Pedersen

Steinar Aune

Kirurgisk avdeling

Haukeland Universitetssjukehus

5021 Bergen

Litteratur

- Collins R, Peto R, Baigent C et al. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81–106.
- Nielsen JD, Holm-Nielsen A, Jespersen J et al. The effect of low-dose acetylsalicylic acid on bleeding after transurethral prostatectomy—a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Scand J Urol Nephrol* 2000; 34: 194–8.
- Payne DA, Jones CI, Hayes PD et al. Beneficial effects of clopidogrel combined with aspirin in reducing cerebral emboli in patients undergoing carotid endarterectomy. *Circulation* 2004; 109: 1476–81.
- Fijnheer R, Urbanus RT, Nieuwenhuis HK. Withdrawing the use of acetylsalicylic acid prior to an operation usually not necessary. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 21–5.
- Ala-Opas MY, Gronlund SS. Blood loss in long-term aspirin users undergoing transurethral prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30: 203–6.
- Mitchell SM, Sethia KK. Hazards of aspirin withdrawal before transurethral prostatectomy. *BJU Int* 1999; 84: 530.
- Genoni M, Tavakoli R, Hofer C. Clopidogrel before urgent coronary artery bypass graft. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 126: 288–9.
- Collet JP, Montalescot G, Blanchet B. Impact of prior use or recent withdrawal of oral antiplatelet agents on acute coronary syndromes. *Circulation* 2004; 110: 2361–7.