

Pasienter i indremedisinske avdelinger får ikke tilstrekkelig tromboseprofylaktisk behandling, noe som fører til unødvendig mange tilfeller av tromboemboli

Mangelfull tromboseprofylakse

Leger har i dag godt innarbeidede rutiner for bruk av tromboseprofylaktisk behandling hos kirurgiske pasienter, inkludert traumepasienter. Imidlertid viser enkelte studier at over halvparten av symptomatiske tromboemboliske tilfeller og omlag tre firedeler av fatale lungeembolier opptrer hos ikke-kirurgiske pasienter (1, 2). Blant indremedisinske pasienter viser flere studier at mange av dem som ikke får tromboseprofylaktisk behandling, utvikler venøs tromboemboli. Den relative risikoen for venøs tromboemboli er åtte ganger større når man blir hospitalisert for en akutt medisinsk tilstand, og pasienter ved indremedisinske avdelinger står for nær en firedel av alle tilfeller med venøs tromboemboli (1–4). Gode randomiserte studier har vist at tromboseprofylaktisk behandling er svært effektivt for å redusere forekomsten av venøs tromboemboli hos slike pasienter (3, 4).

Brækkan og medarbeidere påviser i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet et betydelig underforbruk av tromboseprofylaktisk behandling hos pasienter innlagt med hoveddiagnosene kronisk obstruktiv lungesykdom, hjertesvikt og pneumoni på en indremedisinsk sengepost ved Universitetssykehuset Nord-Norge de siste årene (5). Situasjonen er trolig den samme ved andre indremedisinske avdelinger i Norge og er i tråd med flere andre studier publisert i internasjonale tidsskrifter. Hvorfor er andelen som får tromboseprofylaktisk behandling blant indremedisinske pasienter så lav?

Det finnes i dag klare retningslinjer for bruk av tromboseprofylaktisk behandling hos indremedisinske pasienter. I amerikanske retningslinjer, publisert i tidsskriftet *Chest* i 2004, anbefales tromboseprofylaktisk behandling hos akutt syke indremedisinske pasienter som innlegges pga. hjertesvikt og/eller lungesvikt, eller som er sengeliggende og har én eller flere risikofaktorer, slik som kreft, tidligere venøs tromboemboli, sepsis, akutt neurologisk lidelse eller inflammatorisk tarmsykdom (6). Anbefalingen om bruk av lavmolekylært heparin hos slike pasienter er meget godt dokumentert gjennom flere randomiserte studier, og fordelene ved bruk oppveier eventuell risiko og kostnader forbundet med slik behandling (6). De amerikanske retningslinjene er godt egnet også for norske forhold og er allerede blitt implementert gjennom lokale retningslinjer for behandling ved flere norske sykehus.

Lavmolekylært heparin som tromboseprofylaktisk behandling til indremedisinske pasienter har ikke vist signifikant økt forekomst av blødning eller økt mortalitet sammenliknet med placebo i store randomiserte studier (3, 4). Ved bruk av lavmolekylært heparin i henhold til anbefalte retningslinjer der mulig blødningstendens hos pasienten er blitt utelukket, er derfor en eventuell frykt for blødning nærmest ubegrunnet. Flere studier har vist at tromboseprofylaktisk behandling med lavmolekylært heparin reduserer risikoen for asymptomatisk eller symptomatisk venøs tromboemboli hos indremedisinske pasienter med mer enn 50% (7). Frykten for å påføre en pasient en alvorlig blødning, kan nok være med på å forklare underforbruket av tromboseprofylaktisk behandling av indremedisinske pasienter. Dette underbygges av funnene i studien av Brækkan og medarbeidere fra Tromsø, der en firedel av pasientene som fikk tromboseprofylaktisk behandling, fikk en lavere dose enn anbefalt (5).

Flere helseøkonomiske analyser har vist at lavmolekylært heparin som tromboseprofylaktisk behandling hos indremedisinske

pasienter er kostnadseffektivt (8). Det finnes imidlertid ikke gode studier om hva som er optimal behandlingsvarighet ved tromboseprofylaktisk behandling.

Implementering av nye retningslinjer i avdelingsdriften er en forutsetning for at pasienter skal få korrekt behandling. Det er derfor urovekkende at innføring av lokale prosedyrer med informasjonsmøte og skriftlig redegjørelse kun ga en minimal gevinst hva angår andel pasienter som fikk tromboseprofylaktisk behandling, slik som i studien til Brækkan og medarbeidere (5). Funnene i denne og andre studier med indremedisinske pasienter er trolig representative også for pasienter ved andre typer avdelinger. Tilsvarende studier ved andre avdelinger med mange pasienter som pga. sengeleie og komorbiditet skulle ha tromboseprofylaktisk behandling, ville sannsynligvis ha avdekket tilsvarende underbehandling og underdose-ring.

Brækkan og medarbeidere har anskueliggjort et viktig helseproblem hos indremedisinske pasienter der det er rom for betydelige forbedringer. Ved økt oppmerksomhet, bedre opplæring og økt bevisstgjøring på problemstillingen kan man utvilsomt oppnå en betydelig helsegevinst på kort tid.

Pål André Holme

holme@rikshospitalet.no

Pål André Holme (f. 1967) er spesialist i indremedisin og blodsykdommer. Han har vært stipendiat ved Institutt for Indremedisinsk forskning, Universitetet i Oslo, der han disputerte i 1997 innen feltet trombose og hemostase. Han er nå overlege ved Seksjon for blodsykdommer, Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet.

Litteratur

1. Goldenhaber SZ, Dunn K, MacDougall RC et al. New onset of venous thromboembolism among hospitalized patients at Brigham and Women's Hospital is caused more often by prophylaxis failure than by withholding treatment. *Chest* 2000; 118: 1680–4.
2. Sandler DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis? *J R Soc Med* 1989; 82: 203–5.
3. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341: 793–800.
4. Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AG et al. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation* 2004; 110: 874–9.
5. Brækkan S, Grimsgaard S, Hansen J-B. Tromboseprofylakse hos pasienter på indremedisinsk sengepost. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1177–80.
6. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126: 338–400S.
7. Alikhan R, Cohen AT. A safety analysis of thromboprophylaxis in acute medical illness. *Thromb Haemost* 2003; 89: 590–1.
8. Schadlich PK, Kentsch M, Weber M, et al. Cost effectiveness of enoxaparin as prophylaxis against venous thromboembolic complications in acutely ill medical inpatients: modelling study from the hospital perspective in Germany. *Pharmacoeconomics* 2006; 24: 571–91.