Anti-coagulatiebeleid op basis van éénduidig protocol voor huisartsen.

Haio: Claeys Simon , U.G.
Promotor: Schrans Diego , U.G.
Praktijkopleider: BERGEZ Bernard , FESTJENS Tom , LEMIENGRE Marieke , VANNOOTE Frederik

Context: Directe orale anticoagulantia (DOAC) vormen reeds enkele jaren een alternatief voor vitamine K antagonisten (VKA), onder andere bij de preventie van beroerte bij patiënten met voorkamerfibrillatie (VKF). De komst van deze nieuwe medicatiegroep brengt natuurlijk ook de nodige uitdagingen en onduidelijkheden met zich mee. De uitdagingen die we in deze scriptie willen aankaarten en verder verduidelijken zijn het perioperatief gebruik van deze medicatiegroepen.

Onderzoeksvraag: Onderzoek bestaande richtlijnen 1. Op basis van welke criteria wordt het tromboserisico van een patiënt en het bloedingsrisico van een operatie ingeschat? Welke operaties hebben een laag/hoog bloedingsrisico? Welke operaties hebben een klinisch niet-significant bloedingsrisico? 2. Welke criteria moeten in rekening gebracht worden bij het opstellen van een anticoagulatiebeleid voor de verschillende VKA's? Is bridging vereist en hoe dient dit te gebeuren? Hoe en wanneer wordt postoperatief herstart? Hierbij komen we dan tot een éénduidig protocol voor deze VKA's. 3. Welke criteria moeten in rekening gebracht worden bij het opstellen van een anticoagulatiebeleid voor de verschillende DOAC's? Is bridging vereist en hoe dient dit te gebeuren? Hoe en wanneer wordt dergelijke medicatie postoperatief herstart? Hierbij komen we dan tot een éénduidig protocol voor deze DOAC's. Kwantitatief luik Hoe staan ervaringsdeskundigen tegenover dit nieuwe protocol? Hoe kan de onderlinge samenwerking hieromtrent verbeteren?

Methode: Om een duidelijk beeld van deze uitdagingen en onduidelijkheden omtrent bovenstaande problematiek beter te kunnen schetsen, werden de verschillende richtlijnen van de drie grootste West-Vlaamse ziekenhuizen onderzocht en getoetst aan de recentste Europese richtlijnen van de "European Society of Cardiology (ESC)". Hieruit proberen we een éénduidig protocol op te stellen voor beide medicatieklassen waarbij we aandacht hebben voor de evidence van elke aanbeveling. Deze protocollen werden hierna tijdens twee focusgroepgesprekken voorgelegd aan de verschillende groepen ervaringsdeskundigen (huisarts, cardioloog, algemeen chirurg en anesthesist).

Resultaten: Tijdens deze twee focusgroepgesprekken kwamen twee thema's naar voren, namelijk interdisciplinaire communicatie en verder finaliseren van de protocollen. Ten eerste besluiten we dat het belangrijk is dat omtrent dit beleid een gedeelde verantwoordelijkheid kan heersen. Hierbij speelt een interdisciplinaire communicatie een uitermate belangrijke rol. We bespreken een beleid dat ervoor zorgt dat alle partijen betrokken blijven met een eigen maar ook gedeelde verantwoordelijk en er ook voldoende controle op elkaar kan gebeuren. We bespraken hierbij ook de mogelijkheden tot verbeteren van de interdisciplinaire communicatie. We concluderen dat de mogelijkheid tot elektronisch communiceren via een e-form hierbij de beste manier zou vormen. We besluiten dat reeds stappen gezet worden in de goeie richting, maar merken echter ook dat het verbeteren van deze communicatie een blijvend werkpunt zal blijven waarop door de verschillende disciplines zal toegekeken moeten worden. We geven hiervoor enkele suggesties.

Conclusie: Door de focusgroepgesprekken konden de protocollen ook verder verfijnd worden. Dit brengt ons finaal tot onderstaande sterk vereenvoudigde protocollen. Vitamine K antagonisten Preoperatief: STOP VKA TOT 8D preoperatief bij hoog bloedingsrisico en continueer bij laag

bloedingsrisico. Hoog thromboserisico = START LMWH in therapeutische dosis als INR <2 of 2D na laatste toediening VKA (bij stabiel geregelde patiënt). Laag thromboserisico = geen bridging. Bepaal 2D voor ingreep INR en stuur bij met Konakion (vitamine K) 1 à 2 mg als INR > 1,5. Postoperatief: HERSTART VKA D1-2 naargelang hemostatische status aan preoperatieve onderhoudsdosis + boostingsdosis (+50% gedurende 2D). DOAC Preoperatief: STOP DOAC 1D preoperatief bij laag bloedingsrisico en 2D bij hoog bloedingsrisico. Uitzondering: inname Dabigatran met GFR < 50 mL/min/1,73m² waarbij respectievelijk 2D en 4D preoperatief. Postoperatief: HERSTART DOAC 1D postoperatief bij laag bloedingsrisico en 2D bij hoog bloedingsrisico.