

BEHANDELING EN PREVENTIE VAN DIEPE VENEUZE TROMBOSE

- Bij de *behandeling en secundaire preventie* van diepe veneuze trombose wordt de duur van de behandeling met anticoagulantia bepaald in functie van het risico van recidieven en van het risico van bloedingen. Als het niet gaat om een recidief en er geen andere risicofactoren voor trombose zijn, lijkt een behandelingsduur van 3 maand te volstaan.
- Voor de *primaire preventie*, bv. in geval van een chirurgische ingreep bij patiënten met hoog risico van trombo-embolie, blijft profylactische toediening van een heparine met laag moleculair gewicht de eerste keuze. Bij de patiënten die bedlegerig zijn om medische, d.w.z. niet-chirurgische redenen, is het echter niet gemakkelijk de patiënten te identificeren bij wie het risico van trombo-embolie voldoende hoog is om een dergelijke behandeling te rechtvaardigen.

Zie ook Folia februari 2004 en september 2005.

Duur van de anticoagulerende behandeling in de secundaire preventie

De aanpak van diepe veneuze trombose (DVT) berust in principe op de toediening van een heparine met laag molculair gewicht, samen met een vitamine K-antagonist; het heparine wordt minstens 5 dagen gegeven, en eventueel langer tot een INR van ≥ 2 wordt bereikt. De duur van deze anticoagulerende behandeling wordt bepaald door het risico van recidieven en van het risico van bloedingen.

- Bij bestaan van *tijdelijke (reversibele) risicofactoren* wordt een behandelingsduur van 3 maanden aanbevolen.
- Bij bestaan van *persisterende risicofactoren* wordt een behandelingsduur van minstens 6 maand aanbevolen, soms zelfs langer indien het bloedingsrisico gering is.
- In *afwezigheid van risicofactoren (idiopathische DVT)*, lijkt een behandeling gedurende 3 maanden voldoende, behalve wanneer het gaat om een recidief. Uit

een gerandomiseerde gecontroleerde studie blijkt inderdaad dat wanneer de behandelingsduur verlengd wordt van 3 maanden tot 6 maanden, het risico van recidieven bij stoppen van de behandeling niet vermindert, maar dat het bloedingsrisico verhoogt.

- Bij *recidiverende veneuze trombo-embolie* moet men de voordelen van een langdurige behandeling, mogelijk zelfs voor onbepaalde duur, afwegen tegen het verhoogde bloedingsrisico.

Primaire preventie van diepe veneuze trombose

Een antitrombotische behandeling is aanbevolen in de primaire preventie van DVT bij zware orthopedische chirurgie, abdominale of majeure pelvische chirurgie en bij andere ingrepen die leiden tot langdurige immobilisatie bij patiënten met risicofactoren voor trombo-embolie (leeftijd > 60 jaar, obesitas, hartfalen, respiratoire insufficiëntie, kanker, infectie, acute inflammatoire aandoening, trombo-embolische antecedenten).

In bepaalde situaties, bv. bij arthroscopie van de knie of immobilisatie door gipsverband,

blijft de nood voor primaire preventie van trombo-embolie controversieel. Volgens het *American College of Chest Physicians (ACCP)* is trombo-embolische profylaxis in deze situaties niet systematisch gerechtvaardigd, gezien het gebrek aan bewijzen van doeltreffendheid.

Bij langdurige immobilisatie om medische, d.w.z. niet-chirurgische redenen bij patiënten met een hoog risico van trombo-embolie (zie hoger), blijkt uit twee recente meta-analyses dat profylactische antitrombotische behandeling het risico van longembool en DVT met ongeveer de helft vermindert, maar zonder daling van de globale mortaliteit. Het voordeel in absolute termen lijkt echter gering: in één van deze meta-analyses werd berekend dat 345

risicopatiënten op die manier moesten behandeld worden om bij één onder hen een longembool te voorkomen (*Number Needed to Treat* of NNT van 345). Het is daarenboven niet gemakkelijk om buiten de chirurgische sfeer, de patiënten te identificeren bij wie het risico van trombo-embolie voldoende hoog is om een profylactische antitrombotische behandeling te rechtvaardigen.

Wanneer primaire preventie aangewezen is, zijn de heparines met laag moleculair gewicht de eerste keuze. Natriumfondaparinux, een inhibitor van factor Xa, is een alternatief, maar het is geen eerste keuze gezien de geringere ervaring op lange termijn vergeleken met de heparines, en de hogere kostprijs.

PREVENTIE VAN TROMBO-EMBOLIE BIJ VOORKAMERFIBRILLATIE

Bij patiënten met voorkamerfibrillatie met hoog risico van trombo-embolie zijn vitamine K-antagonisten doeltreffender dan anti-aggregantia ter preventie van cerebrovasculaire accidenten, ook bij personen ouder dan 75 jaar. Men dient echter rekening te houden met de toename van het risico van majeure bloedingen en met de praktische problemen bij het starten en voortzetten van een dergelijke behandeling, vooral bij ouderen. Wanneer vitamine K-antagonisten gecontra-indiceerd zijn of wanneer het gaat om patiënten met laag risico van trombo-embolie, blijft acetylsalicylzuur de eerste keuze.

De conclusie van een artikel in de *Folia* van maart 2007 over de preventie van trombo-embolie bij voorkamerfibrillatie was dat bij patiënten met hoog risico van trombo-embolie, vitamine K-antagonisten doeltreffender zijn dan anti-aggregantia (zelfs wanneer anti-aggregantia worden geassocieerd). Sedertdien bevestigen de resultaten van een

recente analyse van 29 studies bij meer dan 28.000 patiënten de hogere doeltreffendheid van vitamine K-antagonisten ten opzichte van anti-aggregantia in de preventie van trombo-embolie bij voorkamerfibrillatie: het aantal patiënten dat gedurende één jaar moest behandeld worden met een vitamine K-antagonist in plaats van een anti-