

Perioperativ thromboseprofylakse i tilslutning til brystkirurgi

Patienter, der opereres for kræft, har generelt en øget risiko for venøs thromboembolisme (VTE) i form af dyb venøs thrombose (DVT) og/eller pulmonal emboli (PE) sammenlignet med patienter, der opereres for benign lidelse med tilsvarende operationer. Størrelsen af risikoen er associeret til cancertypen og er størst ved cancer i ovarier, pancreas og cerebrum ⁽¹⁾, medens risikoen ved operationer for brystkræft kun er sparsomt undersøgt. Det er herudover påvist, at en fjerdedel af postoperative symptomatiske VTE indtræder efter udskrivelse, heraf 40 % mindst 21 dage efter kirurgi ⁽¹⁾. Risikoen for VTE i tilslutning til operation for brystkræft angives væsentligt mindre end ved andre cancerformer ⁽²⁾.

Da VTE er en alvorlig komplikation, som kan være fatal, anbefales perioperativ thromboseprofylakse som led i den kirurgiske behandling af patienter med brystkræft.

Opgørelser ved kirurgisk behandling af brystkræft over fordele og ulemper ved systemisk profylakse (lavmolekylær heparin) og mekanisk profylakse (TED strømper og aktiv mobilisering) er sparsomme. Det er i enkelte studier fundet, at systemisk profylakse øger risikoen for behandlingskrævende blødning efter operation ⁽³⁾ uden at mindske risikoen for VTE udover hvad der opnås ved mekanisk profylakse. Et andet arbejde ⁽⁴⁾, omfattende 4400 operationer, finder risikoen for VTE efter mekanisk profylakse så beskeden, at man ikke anbefaler systemisk profylakse. En dansk opgørelse over 4.000 operationer for brystkræft i Danmark i 2008 har vist en 30 dages mortalitet på nul ⁽⁵⁾.

Der findes ikke evidens for at operationstypen (mastectomi/BCS med eller uden konventionel aksilrømning) har betydning for forekomsten af DVT.

Sammenfattende må man konkludere, at thromboseprofylakse i form af TED strømper, til patienter uden kendte risikofaktor, resulterer i samme hyppighed af postoperativ VTE som heparin-baseret profylakse. Der foreligger ikke opgørelser, der belyser den optimale behandlingsvarighed af TED strømper.

Patienter med øget risiko for VTE (thrombofili, tidligere VTE, BMI højere end 35, kronisk immobilisering, venøs insufficiens, og pulmonal hypertension) anbefales behandlet med systemisk profylakse med lavmolekylært heparin med behandlingsstart senest 12 timer postoperativt. Der er efter abdominal- og bækkenkirurgi solid evidens for at tilbyde heparin behandling i 4 uger efter kirurgisk behandling ⁽¹⁾.

Det er på denne baggrund DBCG's anbefaling:

at patienter uden kendte disponerende risikofaktorer til VTE i tilslutning til operation for brystkræft tilbydes thromboseprofylakse i form af TED strømper under indlæggelsen.

at patienter med øget risiko for VTE tilbydes thromboseprofylakse i form af lavmolekylært heparin, begyndende senest 12 timer postoperativt og varende 4 uger.

at patienter i AK-terapi fortsætter behandlingen under det brystkirurgiske behandlingsforløb, men at INR-niveauet, afhængig af indikationen, justeres til 2,0-2,5 i operationsdøgnet.

1. Dansk Selskab for Thrombose og Hæmostase og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi. Behandlingsvejledning, Cancer og venøs thrombose (CAT vejledningen, www.dsth.dk) 2009.
2. Cameron IC, Azmy IA. Thromboprophylaxis in patients undergoing surgery for breast cancer. *Breast*. 2001 Dec;10(6):535-7.
3. Friis E, Hørby J, Sørensen LT et al. Thromboembolic Prophylaxis as a Risk Factor for Postoperative Complications after Breast Cancer Surgery. *World J Surg*. 2004; 28:540-43.
4. Andtbacka RHI, Babiera G, Singletary SE et al. Incidence and Prevention of Venous Thromboembolism in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery and Treated According to Clinical Pathways. *Ann Surg* 2006; 243:96-101.
5. Kroman N, Christansen P, Hussain Z, Kehlet H. Brystkræftkirurgi i Danmark. *UFL* 2010; 2836-2839.