

Καθυστέρηση στη Χειρουργική Αντιμετώπιση των Καταγμάτων Ισχίου λόγω της Λήψης Αντιπηκτικής Αγωγής- Αναδρομική Μελέτη 6 ετών

Βασιλική Χατζηραβδέλλη¹ MD, MSc, Μαρία Τσατλίδου¹ MD, Άγγελος Βασιλειάδης¹ MD, PhD, Δημήτριος Αλβανός¹ MD, Αναστάσιος Μπελετσιώτης¹ MD, PhD

1 Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα κατάγματα ευθραυστότητας του ισχίου αποτελούν μείζον θέμα των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Το 2017, στις 5 μεγαλύτερες Ευρωπαϊκές χώρες συν τη Σουηδία, ο αριθμός τέτοιων καταγμάτων εκτιμήθηκε στα 2.7 εκατομμύρια¹. Ο πληθυσμός που εμφανίζει τέτοιου είδους κατάγματα συχνά παρουσιάζει και άλλες συννοσηρότητες που χρήζουν αγωγής με αντιπηκτικούς παράγοντες, δημιουργώντας προκλήσεις στην αντιμετώπιση τους. Τα κατάγματα ισχίου αποτελούν Ορθοπαιδική πάθηση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης, βέλτιστα σε λιγότερο από 48 ώρες. Αυτό οδηγεί σε μείωση των επιπλοκών, της θνητότητας και των ελκών κατάκλισης.² Σύμφωνα με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ανασθησιολογικής Εταιρείας ανάλογα με το είδος του αντικπηκτικού συστήνεται διαφορετικός χρόνος αναμονής για τη διενέργεια ραχιαίας αναισθησίας που κυμαίνεται από καθόλου (ακετυλοσαλικυλικό οξύ) ως 10 ημέρες (πικλοπιδίνη). Στην παρούσα αναδρομική μελέτη διαπιστώνονται σημαντικές καθυστερήσεις στο χρόνο χειρουργικής αντιμετώπισης των καταγμάτων ισχίου τόσο σε ασθενείς που λάμβαναν κάποιο αντιπηκτικό όσο και σε αυτούς που δεν λάμβαναν, σημαντικά περισσότερο από το επιθυμητό σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (6 ημέρες και 3.8 ημέρες αντίστοιχα κατά μέσο όρο). Ειδικά στην κατηγορία ασθενών που λάμβαναν ασπιρίνη ο μέσος χρόνος ως το χειρουργείο ήταν 5.6 ημέρες. Παράγοντες όπως η βελτιστοποίηση της κατάστασης της υγείας των εύθραυστων αυτών ασθενών, έλλειψη ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, έλλειψη χειρουργικού χρόνου είναι πιθανοί συμπαράγοντες που επηρέασαν το χρόνο αντιμετώπισης πέρα από την καθυστέρηση λόγω χρόνιας χρήσης αντιπηκτικών.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών >65 ετών που υπέστησαν κάταγμα ισχίου χαμηλής ενέργειας και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά κατά την περίοδο 2014-2019. Έγινε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της χώρας σύμφωνα με τους κωδικούς ICD10 S72.0- S72.1, που αντιστοιχούν σε υποκεφαλικό και διατροχαντήριο κάταγμα ισχίου. Καταγράφηκαν οι ημερομηνίες εισαγωγής, χειρουργείου και εξόδου από το νοσοκομείο καθώς και η λήψη ή μη αντιπηκτικού παράγοντα και το είδος αυτού. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δυο ομάδες με βάση την λήψη αντιπηκτικού ή μη προ του κατάγματος. Περαιτέρω διαχωρισμός έγινε σε υποομάδες ανάλογα με το είδος του αντιπηκτικού που λάμβαναν.

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη του χρόνου αντιμετώπισης των καταγμάτων ισχίου σε γηριατρικούς ασθενείς, σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο της χώρας και πόσο επηρεάζεται από τη λήψη αντιπηκτικών.

	Time before puncture/catheter manipulation or removal	Time after puncture/catheter manipulation or removal	Laboratory tests
Unfractionated heparins (for prophylaxis, ≤15 000 IU per day)	4-6h	1h	Platelets during treatment for more than 5 days
Unfractionated heparins (for treatment)	i.v. 4-6h s.c. 8-12h	1h	aPTT, ACT, platelets
Low-molecular-weight heparins (for prophylaxis ^a)	12h	4h	Platelets during treatment for more than 5 days
Low-molecular-weight heparins (for treatment)	24h	4h	Platelets during treatment for more than 5 days
Fondaparinux (for prophylaxis, 2.5 mg per day)	36-42h	6-12h	(anti-Xa, standardised for specific agent)
Rivaroxaban (for prophylaxis, 10 mg q.d.)	22-26h	4-6h	(PT, standardised for specific agent)
Apixaban (for prophylaxis, 2.5 mg b.i.d.)	26-30h	4-6h	?
Dabigatran (for prophylaxis, 150-220 mg)	Contraindicated according to the manufacturer	6h	?
Coumarins	INR ≤1.4	After catheter removal	INR
Hirudins (lepirudin, desirudin)	8-10h	2-4h	aPTT, ECT
Argatroban ^b	4h	2h	aPTT, ECT, ACT
Acetylsalicylic acid	None	None	
Clopidogrel	7 days	After catheter removal	
Ticlopidine	10 days	After catheter removal	
Prasugrel	7-10 days	6h after catheter removal	
Ticagrelor	5 days	6h after catheter removal	
Closozafol ^c	42h	5h after catheter removal	
NSAIDs	None	None	

ACT, activated clotting time; aPTT, activated partial thromboplastin time; b.i.d., twice daily; ECT, ecarin clotting time; INR, international normalised ratio; IU, international unit; i.v., intravenously; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; s.c., subcutaneously; q.d., daily. ^aAll time intervals refer to patients with normal renal function. ^bMaximum prophylactic dosages for low-molecular-weight heparins are listed in Table 3. ^cProlonged time interval in patients with hepatic insufficiency.

ANTICOAGULATION TYPE	No Cases
NONE	490
ACETYLSALICYLIC ACID	165
ANTI-Xa	40
WARFARIN	64
LMWH	11
CLOPIDOGREL	105
DOUBLE ANTICOAGULATION	18

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αναζήτηση απέδωσε 894 ασθενείς (25% άντρες, 75% γυναίκες) εκ των οποίων το 45% λάμβαναν κάποιο αντιπηκτικό παράγοντα και το 55% όχι.

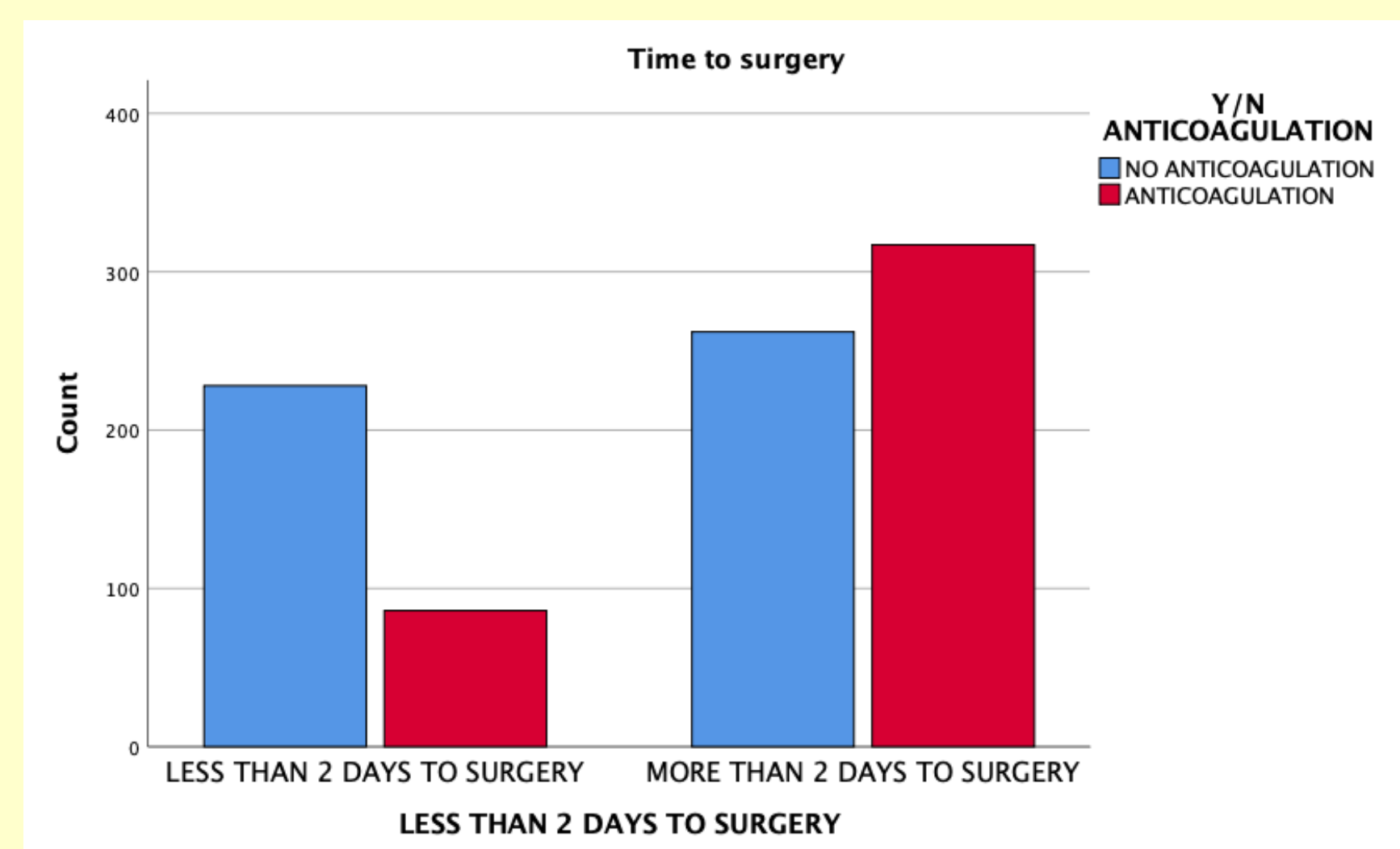
Για την ομάδα των ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή ανεξαρτήτως είδους (ακετυλοσαλικυλικό οξύ, κλοπιδογρέλη, βαρφαρίνη, ΗΧΜΒ, Anti Xa) ο μέσος χρόνος αναμονής ως το χειρουργείο ήταν 6 (SD 3.1) ημέρες ενώ για τους ασθενείς που δεν λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή ήταν 3.8 (SD 3.2) ημέρες.

Μεγαλύτερο χρόνο αναμονής κατά σειρά παρουσίασαν η ομάδα που λάμβανε **βαρφαρίνη** με μέσο χρόνο αναμονής ως το χειρουργείο 6.8 ημέρες (SD 3), **κλοπιδογρέλη** 6.79 ημέρες (SD 3) και **ακετυλοσαλικυλικό οξύ** (5.6 ημέρες/ SD 3.2) διαφορές που ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0.0001).

Η μέση μετεχειρητική νοσηλεία των ασθενών υπό αντιπηκτικά ήταν 6.6 ημέρες και της ομάδας χωρίς πρότερη λήψη αντιπηκτικών 9.5 ημέρες χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

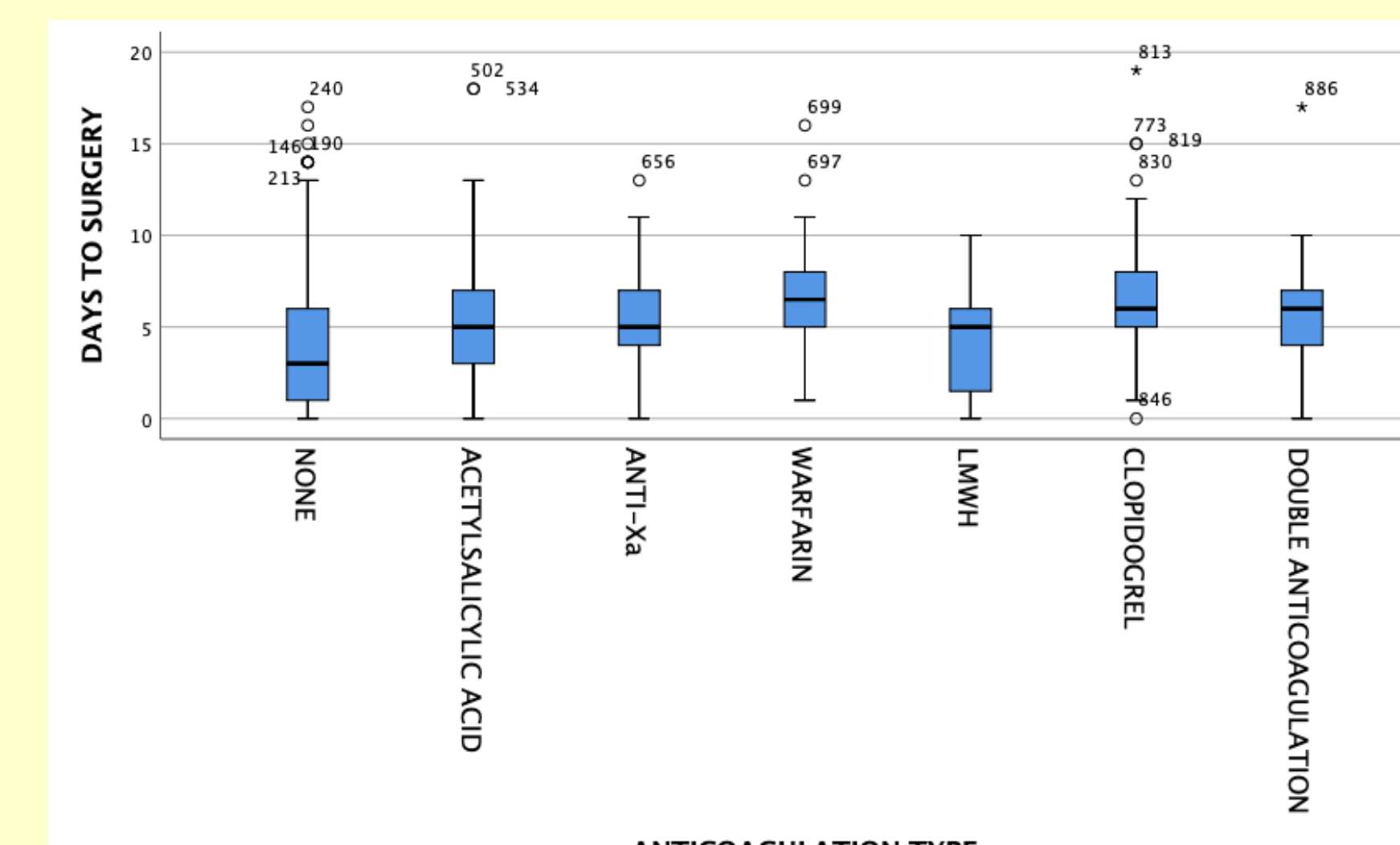
Μόλις 314 από τους 894 χειρουργήθηκαν σε λιγότερο από 48 ώρες. Οι ασθενείς που δεν λάμβαναν αντιπηκτικά είχαν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να χειρουργηθούν σε < 48 ώρες σε σχέση με αυτούς που λάμβαναν.

Εικόνα 1



Γράφημα 1

Πίνακας 1



Γράφημα 2

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ασθενείς που λάμβαναν αντιπηκτικά είχαν μεγαλύτερο χρόνο αναμονής έως τη χειρουργική αποκατάσταση ανεξάρτητα από το είδος του αντιπηκτικού. Η εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων που έχουν θεσπιστεί παγκοσμίως σχετικά με την πρόωπη αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων σε λιγότερο από 48 ώρες είναι απαραίτητη συνθήκη. Προς αυτήν την κατεύθυνση, πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων για τον εξορθολογισμό στη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, Norton N, Halbout P, Cooper C, et al. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. Arch Osteoporos [Internet]. 2020;15(1):59. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11657-020-0706-y>
- Klestil T, Röder C, Stotter C, Winkler B, Nehrer S, Lutz M, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep [Internet]. 2018;8(1):13933. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-32098-7>
- <https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2010/12000/>

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Χατζηραβδέλλη Βασιλική
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"
 Email: v.chatziravdeli@gmail.com
 Phone: 6948201038