

Neurologian klinikan ohje:

Polikliininen lannepisto ja antitromboottinen lääkehoito 5.6.2018

Työryhmä 14.5.2017: Elina Armstrong, Riitta Lassila, Elina Laakso, Sari Atula. Päivitys Tiina Sairanen, Elina Armstrong ja konsulttina Tomi Niemi.

Tarkista potilaan mahdolliset verenvuotoriskitekijät (esim. anemia, trombosytopenia, maksan- tai munuaisten vajaatoiminta, muu lääkitys, luontaistuotteet). Ellei käytettävissä ole verikokeita viimeisen puolen vuoden ajalta, ota 1-2 viikkoa ennen: PVK, Tromb, TT ja APTT. Marevanin käyttäjällä lähtö-INR:llä on vaikutusta siltahoidon suunnittelussa.

VARFARIINI

- Tauko 2-4 vrk, kunnes INR < 1,5; määritä lannepistopäivänä INR.
- Pienen tukosriskin potilaalle (esim. flimmeri ilman muuta sydänsairautta ja/tai tromboembolisia tapahtumia) siltahoitoa ei tarvita; pyri kuitenkin mahdollisimman lyhyeen Marevan-taukoon. Varfariini aloitetaan lannepiston jälkeen uudestaan kotiannoksella, kun hemostaasi on varmistettu.
- Suuren tukosriskin potilaalle (esim. mitraalitekoläppä, vaikea tukostaipumus, tuore tromboosi) aloitetaan siltahoidona pienimolekyylinen hepariini hoitoannoksina toisena taukopäivänä:
 - Klexane®-annos on 0,5 (-1) mg/kg x 2 s.c.
 - Fragmin®-annos on 50 (-100) KY/kg x 2 s.c.
 - Innohep®-annos on 50 (-90) IU/kg x 2 s.c.
- Viimeisen LMWH-hoitoannoksen voi antaa 18-24 h ennen lannepistoa.
- Jatka aloitettua ihonalaista LMWH-hoitoa hoitoannoksina (siltahoito) aikaisintaan 6 tuntia lannepiston jälkeen, yhtä aikaa aikaisemmalla kotiannoksella aloitetun varfariinihoidon kanssa jatkuen kunnes INR on ollut hoitoalueella kahtena peräkkäisenä päivänä. Muista ohjeistaa LMWH:n jatkaminen lannepiston jälkeen potilaalle/hoitopaikkaan!

Ks tarvittaessa tarkemmin <http://www.hematology.fi> /Hoito-ohjeet/Hyytymishäiriöt/HUS:n suosituksia/Antitromboottisen hoidon tautus

SUORAT ORAAALISET ANTIKOAGULANTIT

- Kokemukset suorien oraalistien antikoagulanttien käytöstä lannepiston yhteydessä ovat toistaiseksi vähäisiä. LMWH on turvallisempi vaihtoehto.
- Tauon pituus riippuu toimenpiteeseen liittyvästä vuotoriskistä ja lääkemannoksesta. Munuaisten vajaatoiminta lisää vuotoriskiä ja pidentää eliminaatioaika ad 7 vrk. Pitoisuusmäärityksistä voi olla hyötyä, jos on riski lääkkeen kumuloitumisesta (munuaisten vajaatoiminta) tai muutenkin korostunut vuotoriski. Tauko 1-2 vrk (2 vrk jos vuotoriksi on korostunut)
- **Dabigatraani:** tauko 1-2 vrk (tai kunnes P-Dabi-Ta <40 mikrog/l (21030) tai P-Trombai (2782) lähellä viitealuetta). Pidemmässä tau'uossa harkitse siltahoidon tarve. Huomioi lääkkeenottoaika!
- **Rivaroksabaani:** tauko 1-2 vrk (tarvittaessa pitoisuusmääritys P-aFXaRiv (6266)).
- **Apiksabaani:** tauko 1-2 vrk (tarvittaessa pitoisuusmääritys P-aFXaApi (6348))
- **Edoksabaani:** tauko 1-2 vrk (tai kunnes P-AntiFXa < 0,1 U/ml; edoksabaanin oma testi tulossa, ks. HUSLAB ohjekirja).
- Aloita uudelleen aikaisintaan seuraavana aamuna ja kun hemostaasi varmistettu.

ANTITROMBOSYYTTINEN HOITO

ASA

- Pieniannoksista (≤ 100 mg) ASA:n käyttöä ei tauoteta, jos kyseessä on sekundaaripreventiivinen käyttö. Primaaripreventiivinen lääke tauotetaan 5 vrk ennen lannepistoa.
- ASA-dipyridamoli-yhdistelmä: kun ASAlle on selkeä indikaatio, sitä ei tauoteta, dipyridamolin suhteen riittää 12t tauko eli viimeinen lääke otetaan lannepistoa edeltävänä iltana ja seuraava lannepiston jälkeisenä aamuna.

Klopidogreeli

- Klopidogreelilääkityksen aikaisen lannepiston turvallisuudesta ei ole kirjallisuusnäyttöä. Työryhmä suosittelee että klopidogreelilääkitystä ei tarvitse tauottaa ellei potilaalla ole toista samanaikaista vuotoalttiutta lisäävää tekijää, kuten anemia tai trombosytopenia, maksan tai munuaisten vajaatoimintaa, antitromboottinen lääkekombinaatio (kts. seuraava kappale) tai ennakoitavissa teknisesti vaikea lannepisto.
 - jos joudutaan varaamaan uusi aika vaikean piston vuoksi, johon pyydetään anestesiologin apua: 5 vrk:n tauko

Tauon tarvetta arvioitaessa huomioi:

- Muut hemostaasia heikentävät seikat: hyytymistekijävaje, trombosytopenia, anemia (hkr alle 30), NSAID-lääkitys, munuaisten vajaatoiminta.
- Spinaali- ja epiduraalihakematooman muut riskitekijät: osteoporoosi, spinaalistennoosi tai muu rangan patologia, korkea ikä, steroidilääkitys, SSRI-lääkitys.
- Menetelmään liittyvät riskit: useita pistoja, vaikea pisto, kokematon pistäjä, verta neulasta.

Uudet ADP-estäjät (tikagrelori ja prasugreeli) ja lääkekombinaatiot

- konsultoi kardiologia
 - **ADP-reseptoriantagonisti jatkuu ASA:n rinnalla**
 - Stabiili sepelvaltimotauti:
 - 1 kk sepelvaltimeen asennetun metallistentin jälkeen.
 - 6 kk lääkestentin asennuksen jälkeen.
 - Akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä:
 - mielellään 12 kk hoidosta riippumatta.
 - **Lääkitystä ei pidä myöskään tauottaa:**
 - 1 kk:n sisällä sepelvaltimoahtauksen laajennuksesta lääkepalloilla tai stentin restenoosin hoidosta lääkepalloilla.
 - -6 kk:n sisällä sepelvaltimoahtauksen laajennuksesta lääkepalloa + stenttiä käyttäen.