

Cholecystektomia laparoskopowa w trakcie leczenia rivaroksabanem

Laparoscopic cholecystectomy during treatment with rivaroxaban

Anna Szpotowicz¹, Iwona Gorczyca-Michta², Beata Wożakowska-Kapłon², Małgorzata Krzciuk¹

¹Oddział Kardiologii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

²I Klinika Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach

Streszczenie

U chorych z migotaniem przedsionków leczonych nowymi doustnymi antykoagulantami może zaistnieć konieczność wykonania procedur chirurgicznych w trybie nagłym. Autorzy przedstawiają przypadek pacjenta leczonego przeciwkrzepliwie rivaroksabanem w dawce 20 mg, wymagającego pilnej interwencji chirurgicznej. U 69-letniego chorego wykonano cholecystektomię laparoskopową po upływie 24 godzin od podania ostatniej dawki rivaroksabanu, nie stwierdzając powikłań krwotocznych.

Słowa kluczowe: rivaroksaban, cholecystektomia, leczenie

Folia Cardiologica 2016; 11, 5: 470–472

Wstęp

Podczas leczenia przeciwkrzepliowego nowymi doustnymi antykoagulantami (NOAC, *new oral anticoagulants*) często dochodzi do konieczności wykonania pilnych zabiegów operacyjnych, wymagających szybkiego przygotowania pacjenta do interwencji. Cholecystektomia laparoskopowa jest zabiegiem z wyboru w ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Leczenie NOAC zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań krwotocznych w trakcie pilnych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek. Odwrócenie działania antykoagulacyjnego rivaroksabanu jest dość trudne. Aby zapewnić jak największe bezpieczeństwo podczas zabiegu operacyjnego, należy przeprowadzić go w odpowiednim czasie, który upłynął od przyjęcia ostatniej dawki leku. Autorzy przestawili przypadek mężczyzny przyjętego do planowej kardiowersji elektrycznej, leczonego przeciwkrzepliwie rivaroksabanem od 3 tygodni, u którego po powrocie rytmu zatokowego wystąpiły objawy ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Opis przypadku

Mężczyzna w wieku 69 lat z przetrwałym migotaniem przedsionków, leczony z powodu nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, w trakcie leczenia przeciwkrzepliowego rivaroksabanem został przyjęty na oddział w celu próby przywrócenia rytmu zatokowego. Według skal oceny ryzyka zakrzepowo-zatorowego i ryzyka krwawienia chory otrzymał w CHA₂DS₂C-VASc 2 punkty oraz w skali HAS-BLED 2 punkty. Przy przyjęciu mężczyzna był w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości bólowych. W EKG wykazano migotanie przedsionków z rytmem komór 100/min. Chory regularnie od 3 tygodni był leczony przeciwkrzepliwe rivaroksabanem w dawce 20 mg raz na dobę. W trakcie hospitalizacji wykonano badanie echokardiograficzne, nie stwierdzając odcinkowych zaburzeń kurczliwości z zachowaną funkcją skurczową lewej komory, frakcja wyrzutowa (EF, *ejection fraction*) była równa 58%. W całodobowym monitorowaniu EKG zarejestrowano migotanie przedsionków z rytmem komór 80–90/min.

Wykonano kardiowersję elektryczną prądem o energii 120 J, uzyskując powrót rytmu zatokowego, który utrzymywał się do dnia wypisu. W 2. dobie hospitalizacji pacjent zgłosił bóle brzucha. Stwierdzono cechy ostrego brzucha, w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej uwidoczono kamice pęcherzyka żółciowego. Rozpoznano ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, zalecono nawodnienie, leki przeciwbólowe i rozkurczowe, tramadol i drotawerynę. Ze względu na brak poprawy po leczeniu zachowawczym ustalono termin zabiegu w kolejnym dniu. U pacjenta przed operacją oznaczono następujące parametry układu krzepnięcia: czas protrombinowy (PT, *prothrombin time*) 13,6 (9–13,5 s), międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR, *international normalized ratio*) 1,16, czas koalinowo-kefalinowy (APTT, *activated partial thromboplastin time*) 45,6 s (37 s). Przy prawidłowej wartości współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR, *glomerular filtration rate*) wynoszącej 60 ml/min/1,73 m² odstawiono riwaroksaban 24 godziny przed zabiegiem. W kolejnym dniu, po uprzednim nawodnieniu, wykonano cholecystostomię laparoskopową. Zabieg odbył się bez powikłań. Włączono leczenie riwaroksabanem po uzyskaniu hemostazy w ciągu 8 godzin od zabiegu. W profilaktyce nawrotu arytmii zastosowano amiodaron. W okresie pooperacyjnym nie stwierdzono powikłań krwotocznych. Chorego wypisano do domu w 7. dobie hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym.

Omówienie

Przy wyborze metod operowania zarówno pęcherzyka żółciowego, jak i kamicy przewodów żółciowych preferowana jest metoda laparoskopowa, która została zastosowana u opisywanego pacjenta [1]. Ponieważ odwrócenie działania antykoagulacyjnego, szczególnie w przypadku riwaroksabanu (ze względu na brak dostępnego antidotum), jest trudne, podstawowe znaczenie ma oszacowanie czasu od ostatniej dawki leku, którą pacjent przyjął, zwłaszcza u chorych z upośledzoną czynnością nerek. U opisywanego chorego klirens kreatyniny był w zakresie normy. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów u u chorych z GRF powyżej 50 ml/min/1,73 m² leczonych riwaroksabanem należy go odstawić minimum dobę przed zabiegiem [2]. Rutynowo oznaczanych parametrów krzepnięcia nie należy wykorzystywać do monitorowania przeciwkrzepliwego efektu riwaroksabanu. Orientacyjną ocenę działania riwaroksabanu podejmuje się, oznaczając czas protrombinowy, testem swoistym zaś jest zmodyfikowany pomiar aktywności anty-Xa, który w Polsce jest mało dostępny. Hamowanie aktywności czynnika Xa oraz wpływ

riwaroksabanu na PT zależą od zastosowanej dawki. Lek prowadzi także do wydłużenia APTT. W trakcie stosowania riwaroksabanu PT wynosił u operowanego pacjenta mniej niż 13 s (13,6 s). Gdy ryzyko przebiegu operacji oceniane jest jako duże (jak w przypadku operacji kardiotorako-, a także neurochirurgicznych, ortopedycznych, naczyniowych i w obrębie jamy brzusznej), należy odstawić riwaroksaban 48 godzin przed zabiegiem, zarówno wtedy, gdy czynność nerek jest w normie, jak i wówczas, gdy GFR znajduje się w zakresie 30–50 ml/min/1,73 m². Gdy GFR wynosi mniej niż 30 ml/min/1,73 m², zalecane jest wydłużenie przerwy w leczeniu od przyjęcia ostatniej dawki leku do inwazyjnego zabiegu: do 2 dni u leczonych riwaroksabanem przy zabiegach o małym ryzyku krwawienia i do 4 dni przy zabiegach o dużym ryzyku krwawienia [3].

Zabiegi endoskopowe, a także laparoskopowe najczęściej wiążą się z małym ryzykiem krwawienia. Ryzyko krwawienia w takich sytuacjach zwiększa się w przypadku obecności dodatkowych czynników, takich jak choroby przewlekłe czy zaawansowany wiek. Chory nie miał dodatkowych obciążeń zwiększających ryzyko krwawienia. Podjęto również działania mające na celu zminimalizowanie ryzyka krwawienia okołoperacyjnego, takie jak wybór mało inwazyjnej metody operacyjnej, wyznaczenie doświadczonego operatora, wykonanie dokładnej hemostazy miejsca operacji (w loży po pęcherzyku żółciowym umieszczono opatrunek hemostatyczny z oksycelulozy), odpowiednie przygotowanie chorego przez między innymi nawodnienie. Po upływie 8 godzin od zakończenia zabiegu operacyjnego, gdy hemostaza miejscowa była zadowalająca, ponownie rozpoczęto leczenie riwaroksabanem [4]. Podjęto decyzję o włączeniu leczenia po uprzednim wykonaniu badania ultrasonograficznego jamy brzusznej w celu wykluczenia potencjalnego krwawienia.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionego przypadku można stwierdzić, że cholecystektomia laparoskopowa w trakcie leczenia riwaroksabanem jest zabiegiem małego ryzyka krwawienia. U każdego chorego jednak należy indywidualnie rozpatrywać czynniki zwiększające okołoperacyjne ryzyko krwawienia, a także zatorowania ze względu na odstawienie leczenia przeciwkrzepliwego.

Konflikt interesów

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Abstract

In patients treated with the new oral anticoagulants with atrial fibrillation may need to perform surgical procedures in emergency. The authors present a case of a patient treated with the anticoagulation with rivaroxaban 20 mg requiring urgent surgical intervention. At 69-year-old patient underwent laparoscopic cholecystectomy after 24 hours after the last dose of rivaroxaban, and found no bleeding complications.

Key words: rivaroxaban, cholecystectomy, treatment

Folia Cardiologica 2016; 11, 5: 470–472

Piśmiennictwo

1. Leandros E., Alexakis N., Archontovasilis F. i wsp. Outcome analysis of laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 year older with complicated gallstone disease. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* 2007; 17: 731–736.
2. Heibuchel H., Verhamme P., Alings M. i wsp. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* 2013; 15: 625–651.
3. Bhattacharya D., Senapati PS., Hurle R. i wsp. Urgent versus interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a comparative study. *Surg. Today.* 2002; 32: 659–662.
4. De Caterina R., Husted S., Wallentin L. i wsp. New oral anticoagulants in atrial fibrillation and acute coronary syndromes: ESC Working Group on Thrombosis – Task Force on Anticoagulants in Heart Disease position paper. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2012; 59: 1413–1425.