

Chirurg 2017 · 88:973
<https://doi.org/10.1007/s00104-017-0512-2>
 Online publiziert: 15. September 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017



H. Dralle

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Thrombembolieprophylaxe bei Schilddrüsenoperationen

Originalpublikation

Macht R, Gardner I, Talutis S, Rosenkranz P, Doherty G, McAneny D (2017) Evaluation of a standardized risk-based venous thromboembolism prophylaxis protocol in the setting of thyroid and parathyroid surgery. *J Am Coll Surg* 224:1029–1035

Hintergrund und Fragestellung. Die routinemäßige medikamentöse venöse Thrombembolieprophylaxe (TEP) wird in der Schilddrüsenchirurgie kontrovers diskutiert, weil einerseits die venöse Thrombembolierate nach Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen niedriger ist als nach vielen anderen allgemeinchirurgischen Operationen, jedoch andererseits das potenzielle Morbiditäts- und auch Mortalitätsrisiko einer postoperativen Nachblutung im Halsbereich erheblich ist. Nicht wenige Chirurgen sehen daher von einer routinemäßigen TEP ganz ab und setzen diese nur ein, wenn besondere nicht-chirurgische Gründe gegeben sind. Die vorliegende Untersuchung sollte Vor- und Nachteile einer TEP, die auf der Grundlage des bereits in der Allgemein-chirurgie verwendeten Caprini-Scores [1] eingesetzt wurde, untersuchen.

Material und Methoden. Im Boston Medical Center wurde 2011 ein standardisiertes, auf dem Caprini-Score basierendes Thrombembolieprophylaxeprogramm installiert. Patienten mit niedrigem Thromboembolierisiko (TER; Caprini-Score 0–2) erhielten eine mechanische (intermittierende pneumatische Kompression) oder medikamentöse TEP; Patienten mit mittlerem TER (Caprini-Score 3–4) eine mechanische Prophylaxe und subkutan unfraktioniertes Heparin oder prophylaxedosiertes niedermole-

kulares Heparin (LMWH); Patienten mit hohem TER (Caprini-Score >5) erhielten stationär eine mechanische und medikamentöse TEP, außerdem wurde LMWH je nach Risiko für postoperativ 7–10 bzw. 30 Tage verschrieben. Alle Patienten erhielten unfraktioniertes Heparin präoperativ und 8-stündlich früh postoperativ. Das Regime der TEP konnte vom Operateur individuell modifiziert werden, wenn dies seiner Meinung nach indiziert war.

Ergebnisse. 1012 konsekutiv 2011 bis 2016 operierte Patienten wurden eingeschlossen und retrospektiv ausgewertet. 72 % der Patienten hatten einen Caprini-Score <4, 17 Patienten (1,7 %) einen Score von >9 (höchstes Risiko). 15 Patienten hatten eine reoperationspflichtige Nachblutung (4 arteriell; 6 diffus; 5 keine aktive Blutungsquelle), davon 12 innerhalb 24 h postoperativ. Von den 82 Patienten, die eine verlängerte TEP erhalten hatten, entwickelte nur 1 Patient eine Nachblutung, einer der oben genannten 15 Patienten. Nur 1 Patient, Caprini-Score 10, entwickelte postoperativ nach 22 Tagen eine tiefe Venenthrombose.

Diskussion. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass das in der genannten Institution etablierte Caprini-Score-basierte TEP-Konzept auch auf Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen angewendet werden kann, ohne dass es zu einer Zunahme reoperationspflichtiger Nachblutungen kommt. Patienten mit niedrigem oder mäßig erhöhtem Caprini-Score können von einer routinemäßigen medikamentösen TEP ausgenommen werden, Patienten mit hohem Risiko einer verlängerten TEP zugeführt werden. Der im Anschluss an die Publikation von Blake Cady lesenswert

formulierte „Invited Commentary“ hat allerdings Zweifel am Vorteil des Caprini-basierten Konzepts der TEP, weil nicht nur die statistische Konstellation (Anzahl Nachblutungen vs. Anzahl thrombembolischer Ereignisse) wenig überzeugt, als auch seiner Meinung nach sich der Aufwand des über 30 Faktoren beinhaltenden Caprini-Scores nur lohnt, wenn er von einem automatischen System erfasst und berechnet wird.

Fazit. Bei Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen ist nur in nicht chirurgisch bedingten Ausnahmefällen eine routinemäßige medikamentöse Thromboseprophylaxe angezeigt, ein interdisziplinär konsentierter Kriterienkatalog hierfür fehlt allerdings bislang. Ob sich der Caprini-Score in der klinischen Praxis für den genannten operativen Bereich gleichermaßen medizinisch und administrativ bewährt, sollten Untersuchungen mit ausreichender Power zeigen, bevor der Einsatz des Scores empfohlen werden kann.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H. Dralle, FRCS, FACS, FEBS

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Pannucci CJ, Swistun L, MacDonald JK, Henke P, Broeke BS (2017) Individualized venous thromboembolism risk stratification using the 2005 Caprini score to identify the benefits and Harms of chemoprophylaxis in surgical patients. *Ann Surg* 265:1094–1103