

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2024-11-28

Innehållsansvar: Mårten Sjödel, (marsj79), Specialistläkare

Giltig till: 2026-11-30

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Trombosprofylax vid gynekologisk operation

Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

Bakgrund, syfte och mål

Risken för postoperativ blodpropp är stor vid stort operativt trauma, framför allt vid bukkirurgi som varar mer än 1 till 1,5 timmar. Det handlar mycket om hur mycket vävnad som har blivit traumatiserad i samband med operationen.

Arbetsbeskrivning

Profylaxen bör pågå i 7–10 dagar och 3–4 veckor vid malignitet.

Ingen preoperativ trombosprofylax. I samband med operationens avslutande, så kallad "sign-out", bestämmer den ansvarige operatören om trombosprofylax ska sättas in eller inte, i Orbit finns en listbox med "ja" eller "nej". Ska patienten inte ha trombosprofylax så skrivs det in i postoperativa ordinationer i Orbit så att det tydligt framgår att man har tagit ställning. Ska patienten ha trombosprofylax skrivs det in i läkemedelsmodulen i Melior där längden på profylaxen ska framgå (pila det antal dagar som det gäller). De faktorer som ska tas hänsyn till är:

- **Ökad koagulationsaktivering**
 - Aktiv malignitet*.
 - Tidigare DVT/LE*. Trombrester ökar risken.
 - Infektioner (speciellt vid samtidig immobilisering).
 - Östrogen/p-piller/graviditet + postpartum 8 veckor*.
 - Inflammatorisk tarmsjukdom (speciellt vid skov, även artärtrombos).
 - Serumalbumin < 25 g/L (LE risk ökad 3–4 gånger).

- Hög ålder (naturlig åldersrelaterad riskökning).
- Övervikt (BMI > 30).
- Koagulationsrubbning (hereditära och förvärvade)*.
- Rökning.
- **Kärlskada**
 - Operation/trauma – speciellt ortopedisk och malign kirurgi (+ 4 v postop)*.
 - I v-katetrar och kablar (CVK, PICC-line, pacemakerkablar).
- **Venstas/immobilisering**
 - Immobilisering (speciellt i samband med sjukhusvård).
 - Pares eller gips*.
 - Långa resor (flyg, buss, bil) > 4 timmar.
 - Övriga situationer med liten vadmuskulaktivitet.

(*) Starka riskfaktorer

Förekomst av flera riskfaktorer = större sannolikhet att patienten har DVT.

Profylaxen ges med 5 000 enheter med start postoperativt kl 20.00. Om operationen avslutas sent på eftermiddagen ges dosen först 6 timmar postoperativt vilket då kan bli kl 24.00. Behandlingen ska pågå i minst 7 dagar. Vid cancerkirurgi rekommenderas 5 000 enheter i minst 21 dagar.

Prevention av VTE vid akut medicinsk sjukdom

Vid kirurgi är trombosprofylax etablerat men även vid inläggning av medicinska skäl finns en kraftig ökad risk för VTE. Risken kan minskas med upp till 50 % med insatt profylax utan ökad risk för blödning, men för att behandlingen ska vara kostnadseffektiv krävs hög incidens i den behandlande gruppen.

Padua Prediction Score kan vara ett hjälpmedel för riskstratifiering och att identifiera högriskpatienter men etablerade riktlinjer saknas.

Padua Prediction Score (PPS)

Hög risk	Aktiv cancer (metastaserad eller radio/kemoterapi < 6 mån)	3
	Tidigare VTE (ej tromboflebit)	3
	Förväntad immobilisering > 3 dygn (går endast till toaletten)	3

	Känd trombofili (defekt antitrombi, protein C_ eller S, faktor V Leiden, protrombin, antifosfolipidsyndrom)	3
Medelhög risk	Kirurgi eller signifikant trauma sista månaden	2
Låg risk	Ålder > 70 år	1
	Hjärtsvikt eller respiratorisk svikt	1
	Hjärtinfarkt eller stroke	1
	Akut infektion eller aktiv reumatologisk sjukdom	1
	Obesitas (BMI \geq 30)	1
	Pågående systemisk hormonbehandling	1

Låg risk PPS < 4; Hög risk PPS \geq 4.

Graviditet utgör riskfaktor för VTE, läs mer under Trombosprofilax vid förhöjd risk för VTE under graviditet (sid 70) i [Venös tromboembolism och antikoagulantibehandling hos vuxna och vid graviditet](#).

Behandling

För patienter med hög risk rekommenderas LMH under vårdtiden. Stöd för förlängd behandling saknas, men kan vara aktuell i individuella fall, exempelvis under pågående rehabilitering.

Doser

- Fragmin 5000 E subkutant x 1.
- Innohep 4500 E subkutant x 1.
- Klexane 40 mg subkutant x 1.

För patienter med ökad blödningsrisk eller njursvikt gäller dosreduktion och särskilt ställningstagande till risken för VTE i förhållande till blödningsrisken.

Som konsekvens till detta innebär alltså att en hel del av våra prolapsar med mycket liten vävnadstrauma inte kommer att behöva trombosprofilax och antagligen heller inte vaginala hysterektomier.

Referens

Vårdprogram VGR [Venös tromboembolism och antikoagulantibehandling hos vuxna och vid graviditet](#).

SFOG [Patientinformation om ärftlig APC-resistens \(Faktor V Leiden mutation\)](#).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Mårten Sjödel, (marsj79), Specialistläkare

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-276

Version: 9.0

Giltig från: 2024-11-28

Giltig till: 2026-11-30