

TROMBOFILIAS E IMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS / ANESTHESIC IMPLICATIONS OF THROMBOPHILIA

Fernando Morais Torres*

RESUMO

Executar um bloqueio central é um acto de rotina executado diariamente centenas de vezes por Anestesiologistas. No entanto, nomeadamente em Anestesia Obstétrica quando a grávida apresenta Trombocitopenia ou alterações da coagulação (seja causada pela doença em si, seja como consequência do tratamento), os riscos aumentam, nomeadamente o hematoma epidural, que pode ser uma complicação ominosa. Planear a técnica anestésica deve ser guiada pelos dados baseados na evidência actuais.

Palavras-chave: *Bloqueios centrais, trombocitopenia, alterações da coagulação, hematoma epidural.*

ABSTRACT

Doing a central block is a routine act done everyday hundreds of times by Anaesthetists. Yet, namely in Obstetric Anaesthesia, when the pregnant woman has thrombocytopenia or has a coagulation disorder (either caused by the disease itself, or as a consequence of the treatment), risks increase, namely the epidural haematoma, that can be an ominous complication. Planning the anaesthetic technique should be guided by the anaesthesia evidence based data.

Key-words: *Central blocks, thrombocytopenia, coagulation disorders, epidural haematoma.*

* Anestesiologista, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal.
E-mail: fernando.migueltorres@hospitalcufdescobertas.pt

Apesar de a anestesia do neuroeixo ser rotineiramente administrada à parturiente, um hematoma epidural é uma complicação muito grave e rara, que, normalmente, se associa ao doente com alterações da hemostase.

Uma parturiente com uma alteração da coagulação clinicamente activa ou com antecedentes de hematomas e hemorragias fáceis, é considerado uma contra-indicação absoluta para anestesia regional. Existem, no entanto, bastantes áreas controversas, especialmente em doentes com trombocitopenia ou a fazer terapêutica anti-coagulante.

Na trombocitopénia o que mais preocupa o Anestesiologista é o valor de plaquetas a partir do qual pode deixar de ser seguro executar técnicas de anestesia do neuroeixo. A maioria dos autores não define esse número mínimo. Cada doente deve ser individualizado e os riscos / benefícios devem ser ponderados.

Estudos em mais de 16 000 grávidas demonstraram que a contagem de plaquetas está frequentemente diminuída durante a gravidez. Menos de 80 000-100 000 plaquetas/mm³ não são incomuns em mulheres saudáveis, com gravidezes que evoluem sem risco para a mãe ou o feto.

A evidência revelou que quando a contagem de plaquetas é superior a 100 000 plaquetas/mm³, o risco não está aumentado para a realização de anestesia regional. Esta mesma evidência, apesar de baseada em números pequenos e em testes que não se revelaram predizíveis de hemorragia no espaço epidural, sugerem que plaquetas superiores a 80 000/mm³ é adequado para a realização daquelas técnicas, desde que não coexistam outros factores de risco.

A histórica clínica e o exame objectivo são componentes fundamentais na decisão de executar técnicas regionais na grávida com trombocitopenia. Se existirem antecedentes de hematomas fáceis, evidências de petéquias ou equimoses, não deve ser oferecida anestesia regional. Se não existir história sugestiva de alterações da coagulação, então deve ser obtida uma contagem de plaquetas o mais próxima possível do momento em que se vai colocar o cateter epidural, de forma a garantir que o valor não se encontra em fase de decréscimo contínuo.

Esta atitude clínica é especialmente importante em patologias dinâmicas, como a pré-eclâmpsia. Uma contagem estável de 50 000 plaquetas/mm³, como acontece na Púrpura Trombocitopenia Idiopática (PTI), tem provavelmente menos risco que uma contagem de 75 000 plaquetas/mm³ que está rapidamente a diminuir, como é comum na pré-eclâmpsia.

Se a decisão é para prosseguir com a anestesia do neuroeixo, um bloqueio subaracnoideu (BSA) usando uma agulha de pequeno calibre, é preferível a uma anestesia epidural. Tal não é sempre possível, especialmente em mulheres em trabalho de parto que requerem doses múltiplas de anestésicos locais.

A abordagem para colocação do cateter epidural deve ser mediana e a dose/concentração de anestésicos locais deve ser tal que minimize o bloqueio motor. Desta forma, a observação neurológica (centrada nos membros inferiores), realizada a cada 1-2 horas, permite detectar precocemente uma complicação. Esta mesma avaliação deve ser mantida até terminar o efeito anestésico e retirado o

cateter epidural. Assim, caso surja um bloqueio motor desproporcionado ou prolongado para além do esperado, o doente pode ser avaliado rapidamente e estudado para despiste de um eventual hematoma epidural. Caso se confirme, deve ser efectuada uma laminectomia emergente para descompressão neurológica nas 6 a 12 horas seguintes, o que permite preservar a função neurológica.

Se a doente tiver um cateter epidural colocado e desenvolver uma coagulopatia, este só deve ser removido após correcção da coagulação.

Um número crescente de doentes recebe medicação anti-coagulante durante a gravidez, nomeadamente heparinas de baixo peso molecular (HBPM). O risco de hematoma epidural em doentes a fazer HBPM é difícil de estimar. Estudos mostram que as incidências podem ser de 1:3000 na anestesia epidural ou de 1:100 000 no BSA.

A anestesia do neuroeixo pode ser administrada com segurança nestes doentes, se certas normas forem cumpridas.

A Sociedade Americana de Anestesia Regional emitiu *guidelines* (1998, revistos em 2002, publicados em 2003) que visam diminuir a incidência de hematomas epidurais após anestesia regional, apesar de reconhecer a impossibilidade de a eliminar por completo. Estas recomendações aplicam-se a todos os doentes com alterações da coagulação, nomeadamente à doente obstétrica,

Destas recomendações destacam-se:

- A associação concomitante à HBPM de agentes anti-coagulantes ou anti-plaquetários orais, aumen-

tam o risco de hematoma epidural; deve ser evitada a potenciação dos efeitos anti-coagulantes;

- A presença de sangue durante a colocação da agulha e/ou cateter não obriga ao adiar da cirurgia. No entanto, o reinício da terapêutica com HBPM deve ser atrasada até às 24h após procedimento cirúrgico. Se a técnica for traumática, o risco de hematoma está aumentado, e é recomendado que esta consideração seja discutida com o cirurgião.
- Quando a HBPM é administrada pré- operatoriamente:
 - A técnica regional deve ser efectuada pelo menos 10-12 horas após HBPM;
 - Quando as doses de HBPM são elevadas (tais como Enoxaparina 1 mg/Kg 12/12h, Enoxaparina 1,5 mg/Kg/dia, Daltaparina 120 U/Kg 12/12h, Daltaparina 200 U/Kg/dia, Tinzaparina 175 U/Kg/dia) a técnica só deve ser realizada pelo menos 24 horas após administração;
 - A Anestesia do neuroeixo deve ser evitada em doentes que fizerem HBPM nas duas horas seguintes à administração, pois a colocação da agulha/cateter ocorreria durante o pico de actividade anti-coagulante;
- Quando a HBPM é administrada pós- operatoriamente:
 - Se administração única: A HBPM deve ser dada 6-8 horas após a cirurgia:

- No caso de duas doses diárias, a segunda não deve ser dada menos de 24 horas antes da primeira;
- Cateteres epidurais já colocados podem continuar a ser utilizados, mas só devem ser removidos 10-12 horas após a última dose de HBPM. Novas doses só devem ser dadas mais de 2 horas após a remoção.

A parturiente com defeitos da coagulação, seja relacionada com trombocitopenia, seja relacionada com medicação anti-coagulante, apresenta um desafio único ao Anestesiologista. O risco de hematoma espinhal ou epidural não está totalmente quantificado, mas é um factor que deve ser considerado caso-a-caso para determinar se é apropriado fazer uma anestesia regional à parturiente. Seguir as normas vigentes pode ajudar a diminuir a incidência daquelas raras mas ominosas complicações, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados nestas grávidas.

BIBLIOGRAFIA

1. Boehlen F, Hohfeld P, *et al.* Platelet count at term pregnancy: a reappraisal of the threshold. *Obst Gynecol* 2000; 95: 29-33.
2. Sainio S, Kekomadi R, *et al.* Thrombocytopenia at term: a population-based study. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2000; 79:744-9.
3. Greer IA, Nelson-Piercy C: Low-molecular-weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. *Blood*, 2005; 106(2):401-7.
4. McCrae KR, Bussel JB, *et al.* Platelets: an update on diagnosis and management of thrombocytopenic disorders. *Hematology* 2001; 6:282-305.
5. ACOG Practice Bulletin. Thrombocytopenia in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 67: 117-28.
6. Stephanov S, de Preux J. Lumbar epidural hematoma following epidural anesthesia. *Surg Neurol* 1982; 18: 351-3.
7. Joseph Kay. A practical approach to managing the anticoagulated patient. *Tech in Reg Anesth & pain management* 2006; 10(2):29.
8. Horlocker TT, Wedel DJ, Benzon H, *et al.* Regional Anesthesia in the anticoagulated patient: defining the risks (the second ASRA Consensus Conference on Neuraxial Anesthesia and Anticoagulation). *Reg Anesth Pain Med* 28 (2003), 172-197.
9. Abramovitz S, Beilin Y. Thrombocytopenia, low molecular weight heparin, and Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology Clin of N Am* 2003; 2:99-109.
10. Douglas MJ. The use of neuraxial anesthesia in parturients with thrombocytopenia: what is adequate platelet count? *Evidence-based Obstetric Anesthesia*, 2005, BMJ Books, Blackwell.
11. Harnett MJ, Walsh ME, *et al.* The use of central neuraxial techniques in parturients with factor V Leiden mutation. *Anesth Analg* 2005; 101: 1821-3.
12. Tam NLK, Pac-Soo C, *et al.* Epidural haematoma after a combined spinal-epidural anaesthetic in a patient treated with clopidogrel and daltaparin. *BJA* 2006; 96(2): 262-5
13. Bombeli T, Spahn DR. Updates in perioperative coagulation: physiology and management of thromboembolism and haemorrhage. *BJA* 2004; 93(2): 275-87.