

GHIDUL EAU PRIVIND TROMBOPROFILAXIA ÎN CHIRURGIA UROLOGICĂ

(Martie 2017)

K.A.O. Tikkinen (Președinte), R. Cartwright, M.K. Gould, R. Naspro, G. Novara, P.M. Sandset, P.D. Violette, G.H. Guyatt

Introducere

Utilizând studii recente și dovezi recent sintetizate, ghidul EAU privind tromboprolifaxia oferă recomandări practice, bazate pe dovezi, privind tromboprolifaxia post-chirurgicală și managementul perioperator al agenților antitrombotici în urologie.

Grupul de experți în tromboprolifaxie a utilizat sistemul de Grading al Analizării Recomandărilor, Evoluției și Evaluărilor (**GRADE** - Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pentru evaluarea calității dovezilor și stabilirea nivelului recomandărilor. GRADE propune patru niveluri de calitate a dovezilor, care reflectă gradul de certitudine sau de încredere în dovezi: ridicat, moderat, scăzut și foarte scăzut. Nivelul de încredere al unei recomandări reflectă măsura în care se poate avea încredere în faptul că efectele benefice ale unei intervenții depășesc efectele adverse. GRADE clasifică nivelul de încredere al recomandărilor ca fiind ridicat sau scăzut.

Tromboprolifaxie postoperatorie

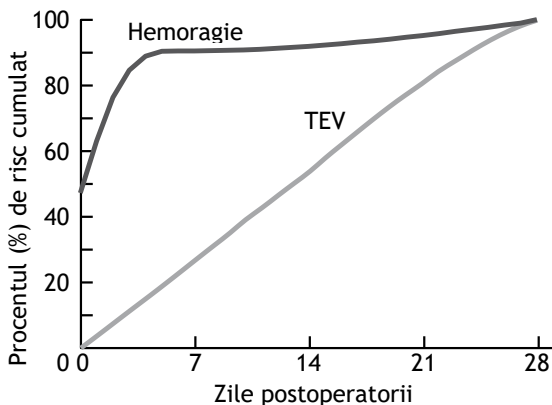
Acest ghid oferă recomandări specifice pentru fiecare procedură și pentru fiecare pacient în funcție de risc, punând în balanță beneficiile scăderii riscului de tromboembolism venos (TEV) și dezavantajele reprezentate de creșterea incidenței hemoragiilor. Grupul de experți oferă recomandări cu privire la numeroase intervenții urologice, cu variații în funcție de nivelurile de risc

ale pacienților (Tabelul 1). La elaborarea recomandărilor, grupul de experți a calculat mai întâi beneficiul net (reducerea absolută a riscului de TEV – creșterea absolută a riscului de hemoragie) și, ulterior, a luat în considerare calitatea dovezilor atât pentru profilaxia farmacologică, cât și pentru profilaxia mecanică (Figura 1).

Tabelul 1: Tromboembolismul venos (TEV) în funcție de factorii de risc ai pacientului

	Factori de risc
Risc scăzut	Fără factori de risc
Risc mediu	Oricare dintre următorii: vârstă de 75 de ani sau peste; indice de masă corporală 35 sau peste; TEV la o rudă de gradul 1 (părinte, frate/soră sau fiu/fiică).
Risc ridicat	TEV în antecedente Pacienți cu asociere de doi sau mai mulți factori de risc

Figura 1: Procentul de risc cumulat (%) de tromboembolism venos (TEV) și de hemoragie majoră în funcție de săptămâna de la intervenția chirurgicală pe parcursul primelor patru săptămâni postoperatorii



Procentul de risc cumulat de hemoragie la 28 de zile	
Ziua intervenției chirurgicale	47,4%
Ziua postoperatorie 1	63,3%
Ziua postoperatorie 2	76,6%
Ziua postoperatorie 3	84,9%
Ziua postoperatorie 4	89,2%
Ziua postoperatorie 28	100,0%

Tiparul de hemoragie descris se aplică în cazul majorității hemoragiilor, pentru majoritatea intervențiilor chirurgicale. Cu toate acestea, unele intervenții chirurgicale urologice, cum ar fi rezecția transuretrală a prostatei (TURP), se asociază cu hemoragia tardivă. Aceasta este, de obicei, minoră și survine la aproximativ zece zile de la intervenția chirurgicală.

Aspecte generale în cazul tuturor recomandărilor privind procedurile specifice

Următoarele aspecte se aplică în cazul tuturor recomandărilor privind profilaxia farmacologică:

- Toate recomandările se bazează pe momentul de inițiere al tratamentului în dimineața de după intervenția chirurgicală.
- Durata optimă a profilaxiei farmacologice în cazul tuturor recomandărilor este de aproximativ patru săptămâni postoperator.
- Există un număr de alternative acceptabile pentru profilaxia farmacologică (Tabelul 2).
- Toate recomandările privind profilaxia mecanică sunt valabile până la mobilizarea pacientului.

Tabelul 2: Regimuri alternative de profilaxie farmacologică

Agent farmacologic	Doze*
Heparine cu greutate moleculară mică:	
Dalteparină	injecție de 5000 UI o dată pe zi
Enoxaparină	injecție de 40 mg o dată pe zi
Tinzaparină	injecție de 3500/4500 UI o dată pe zi
Heparină nefracționată	injecție de 5000 UI de două sau trei ori pe zi
Fondaparinux†	injecție de 2,5 mg o dată pe zi
Anticoagulante orale cu acțiune directă†:	
Dabigatran	comprimat de 220 mg o dată pe zi
Apixaban	comprimat de 2,5 mg o dată pe zi
Edoxaban	comprimat de 30 mg o dată pe zi
Rivaroxaban	comprimat de 10 mg o dată pe zi

**Este posibil ca aceste doze să nu fie recomandate în cazul insuficienței renale.*

† Fondaparinux și anticoagulantele orale cu acțiune directă nu au fost suficient studiate în urologie pentru a justifica utilizarea conform indicațiilor terapeutice aprobate pentru tromboprofilaxia postoperatorie.

Recomandări privind profilaxia în cadrul procedurilor specifice, în funcție de riscul pacientului

Intervenții chirurgicale în ambulatoriu

R1. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează intervenții chirurgicale minore în ambulatoriu (de exemplu, circumcizie, hidrocelectomie și vasectomie), grupul de experți nu recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**) și nu recomandă efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**).

Cistectomie radicală clasică

R2. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează cistectomie radicală clasică, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie sau ridicată, în funcție de categoria de risc**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

Cistectomie radicală robotică

R3. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează cistectomie radicală robotică, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

Prostatectomie radicală laparoscopică

R4. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală laparoscopică fără rezecția ganglionilor limfatici pelvini (PLND), pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți nu recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**) și propune să nu se efectueze

profilaxie mecanică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**); pentru pacienții cu risc moderat și ridicat, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie sau ridicată**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R5. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală laparoscopică cu PLND standard, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți nu recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc moderat, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată**); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R6. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală laparoscopică cu PLND extinsă, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc moderat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate ridicată**); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată**); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

Prostatectomie radicală clasică

R7. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie

radicală clasică fără PLND sau cu PLND standard, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, se propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie***); pentru pacienții cu risc moderat sau ridicat, se recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie sau ridicată***); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută***).

R8. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală clasică cu PLND extinsă, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie sau ridicată**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

Prostatectomie radicală robotică

R9. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală robotică fără PLND, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți nu recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**) și propune să nu se efectueze profilaxie mecanică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**); pentru pacienții cu risc moderat sau ridicat, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R10. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală robotică cu PLND standard, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți nu recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc moderat, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R11. În cazul pacienților la care se efectuează prostatectomie radicală robotică cu PLND extinsă, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc moderat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

Nefrectomie

R12. În cazul pacienților la care se efectuează nefrectomie parțială laparoscopică, pentru pacienții cu risc scăzut și moderat de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți recomandă utilizarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R13. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează nefrectomie parțială clasică, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**).

R14. În cazul pacienților la care se efectuează nefrectomie parțială robotică, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie**); pentru pacienții cu

risc mediu, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate medie***); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți recomandă efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată***); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută***).

R15. În cazul pacienților la care se efectuează nefrectomie radicală laparoscopică, pentru pacienții cu risc scăzut sau moderat de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***); pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***); iar pentru toți pacienții, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***).

R16. În cazul pacienților la care se efectuează nefrectomie radicală clasică, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută***).

R17. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează nefrectomie radicală cu trombectomie, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***) și propune efectuarea profilaxiei mecanice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***).

R18. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează nefroureterectomie clasică, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice (***nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută***) și propune efectuarea profilaxiei mecanice

(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută).

R19. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează rezecția primară a ganglionilor limfatici retroperitoneali cu conservare a nervilor, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută)* și propune efectuarea profilaxiei mecanice *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută)*.

Intervenții urologice, altele decât cele pentru afecțiuni maligne

R20. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează rezecția transuretrală a prostatei (TURP) sau proceduri echivalente, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută)*; pentru pacienții cu risc scăzut sau mediu de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie mecanică *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută)*; iar pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută)*.

R21. În cazul pacienților la care se efectuează nefrectomie laparoscopică la donator sau nefrectomie clasică la donator, pentru pacienții cu risc scăzut de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută)* și propune să nu se efectueze profilaxie mecanică *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută)*; pentru pacienții cu risc mediu, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută)* și propune efectuarea profilaxiei mecanice *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută)*; și pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei farmacologice *(nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută)*

și propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută sau foarte scăzută**).

R22. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează o intervenție chirurgicală clasică pentru prolaps sau o intervenție chirurgicală de reconstrucție pelvină, grupul de experți propune să nu se utilizeze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**); pentru pacienții cu risc scăzut sau moderat de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie mecanică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de încredere scăzută sau foarte scăzută**); iar pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de încredere scăzută sau foarte scăzută**).

R23. În cazul tuturor pacienților la care se efectuează nefrolitotomie percutanată, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie farmacologică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**); pentru pacienții cu risc scăzut sau moderat de TEV, grupul de experți propune să nu se efectueze profilaxie mecanică (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**); iar pentru pacienții cu risc ridicat, grupul de experți propune efectuarea profilaxiei mecanice (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate foarte scăzută**).

Managementul perioperator al tratamentului antitrombotic în urologie

În principiu, există patru opțiuni pentru a gestiona utilizarea agenților antitrombotici (Figura 2) în perioada perioperatorie:

- 1) amânarea intervenției chirurgicale până când tratamentul antitrombotic nu mai este necesar;
- 2) întreruperea administrării tratamentului antitrombotic înainte de intervenția chirurgicală și reluarea acestuia la scurt timp după intervenția chirurgicală;

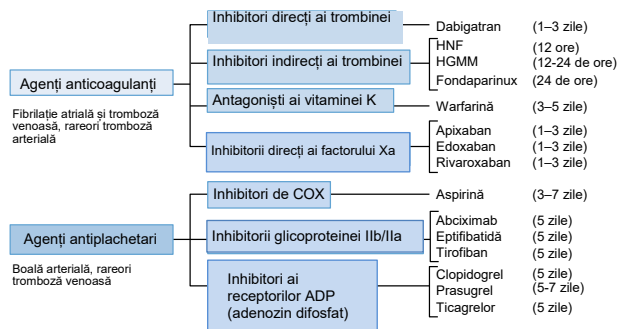
- 3) continuarea administrării tratamentului antitrombotic pe parcursul intervenției chirurgicale;
- 4) administrarea de tratament cu agenți antitrombotici alternativi care pot reduce în continuare riscul de tromboză, dar având un risc mai mic de hemoragie decât agenții antitrombotici pe care pacienții îi folosesc în mod curent („perioadă de tranziție”).

Dovezi recente au demonstrat că această perioadă de tranziție crește riscul de hemoragie fără a preveni apariția trombozei. Prin urmare, grupul de experți recomandă una dintre cele două opțiuni în cazul pacienților care primesc în mod regulat tratament antitrombotic și la care se are în vedere efectuarea unei intervenții chirurgicale:

- 1) întreruperea tratamentului antitrombotic în perioada perioperatorie;
- 2) în cazul pacienților cu risc tranzitoriu foarte ridicat de tromboză, se amână intervenția chirurgicală până când acest risc se reduce. În cazul în care nu este posibilă amânarea intervenției chirurgicale, este recomandabilă continuarea tratamentului antitrombotic sau tratament de „tranziție” pe durata intervenției chirurgicale.

Figura 2: Cei mai frecvent utilizați agenți antitrombotici în cazul pacienților la care se efectuează o intervenție chirurgicală urologică

Perioada necesară de întrerupere a tratamentului antitrombotic înainte de intervenția chirurgicală (dacă se dorește) este indicată între paranteze.



Recomandări privind managementul perioperator

Cinci zile este perioada adecvată de întrerupere a administrării agenților antiplachetari înainte de intervenția chirurgicală, în timp ce, în cazul agenților anticoagulanți, perioada optimă de întrerupere variază (pentru detalii, a se vedea Figura 2).

R24. În cazul tuturor pacienților care primesc tratament cu agenți antiplachetari (aspirină, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor), cu excepția pacienților cu risc foarte ridicat de tromboză (a se vedea recomandările 26 și 27), grupul de experți recomandă întreruperea tratamentului cu agenți antiplachetari înainte de intervenția chirurgicală și fără a se iniția vreun tratament antitrombotic alternativ (*nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată*).

R25. În cazul pacienților la care tratamentul cu agenți antiplachetari a fost întrerupt înainte de intervenția chirurgicală, grupul de experți recomandă reluarea tratamentului când nu mai există riscul unei hemoragii grave – de obicei, la patru zile postoperator – mai degrabă decât întreruperea tratamentului pe perioade mai îndelungate (*nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie*).

R26. În cazul pacienților cu risc foarte ridicat de tromboză care primesc tratament cu agenți antiplachetari (cei cu implant de stent farmacologic activ în ultimele șase luni, cei cu implant de stent metalic simplu în ultimele șase săptămâni, cei cu accident ischemic tranzitoriu (AIT) sau accident vascular cerebral în ultimele 30 de zile) la care intervenția chirurgicală poate fi amânată, grupul de experți recomandă amânarea intervenției chirurgicale (*nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată*).

R27. În cazul pacienților cu risc foarte ridicat de tromboză care primesc tratament cu agenți antiplachetari (cei cu implant de stent

farmacologic activ în ultimele șase luni, cei cu implant de stent metalic simplu în ultimele șase săptămâni, cei cu AIT sau accident vascular cerebral în ultimele 30 de zile), la care intervenția chirurgicală nu poate fi amânată, grupul de experți propune continuarea tratamentului antiplachetar în perioada intervenției chirurgicale (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R28. În cazul tuturor pacienților care primesc tratament cu agenți anticoagulanți (heparină nefracționată, heparină cu greutate moleculară mică [HGMM], warfarină, fondaparinux, dabigatran, apixaban, rivaroxaban, edoxaban), cu excepția pacienților cu risc foarte ridicat de tromboză (a se vedea recomandarea 26), grupul de experți recomandă oprirea tratamentului medicamentos înainte de intervenția chirurgicală (a se vedea Figura 2) și fără a se iniția un tratament antitrombotic alternativ (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată**).

Notă: În cazul pacienților cu clearance al creatininei <30 ml/min nu se administrează dabigatran, apixaban, rivaroxaban sau edoxaban.

R29. În cazul pacienților la care tratamentul anticoagulant a fost întrerupt înainte de intervenția chirurgicală, grupul de experți recomandă reluarea tratamentului când nu mai există riscul unei hemoragii grave – de obicei, la patru zile postoperator – mai degrabă decât întreruperea tratamentului pe perioade mai îndelungate (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate medie**).

R30. În cazul pacienților cu TEV recent, se recomandă amânarea intervenției chirurgicale cu cel puțin o lună și, dacă este posibil, cu trei luni, pentru a permite întreruperea preoperatorie a tratamentului anticoagulant, mai degrabă decât efectuarea intervenției chirurgicale în decurs de o lună de la evenimentul trombotic (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate înaltă**).

R31. În cazul pacienților care primesc tratament cu orice tip de agent anticoagulant și prezintă trombofilie severă, cum ar fi deficit de antitrombină și sindrom antifosfolipidic, grupul de experți propune administrarea de tratament anticoagulant fie cu heparină, fie cu HGMM, inclusiv dincolo de intervenția chirurgicală, mai degrabă decât întreruperea tratamentului anticoagulant pre- și post-operator (**nivel de încredere scăzut, dovezi de calitate scăzută**).

R32. În cazul pacienților cu proteze valvulare cardiace mecanice cu risc ridicat, cum ar fi valvele de tip „bilă în cușcă” („cage-ball”), care primesc tratament cu warfarină, grupul de experți recomandă o perioadă de tranziție cu tratament cu HGMM înainte și după intervenția chirurgicală, mai degrabă decât întreruperea tratamentului anticoagulant perioperator (**nivel de încredere ridicat, dovezi de calitate ridicată**). Tratamentul anticoagulant la acești pacienți implică oprirea administrării warfarinei cu cinci zile înainte de intervenția chirurgicală, începerea administrării HGMM cu patru zile înainte de intervenție, întreruperea administrării HGMM în ziua intervenției chirurgicale și reluarea administrării HGMM și a warfarinei postoperator.

Această scurtă broșură se bazează pe
Ghidurile EAU mai cuprinzătoare (ISBN 978-94-92671-16-5) la
care au acces toți membrii pe website-ul European Association of
Urology: <http://www.uroweb.org/guidelines/>.