

Management von Thrombozytenaggregationshemmern und oraler Antikoagulantien bei gastro-intestinalen Untersuchungen und Therapien

Die schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG-SSG) hat 2016 eine Übersicht über die Empfehlungen bezüglich der Thrombozytenaggregationshemmung und Antikoagulation vor und nach gastroenterologischen Eingriffen herausgegeben. Dies in Berücksichtigung der internationalen Guidelines und in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Hämatologie. Die einzelnen Empfehlungen stellen wir Ihnen hier übersichtlich zusammen.

Blutungsrisiko für gastrointestinale Behandlungen

1. Ohne Thrombozytenaggregationshemmer resp. Antikoagulation

Abklärung mittels Standardfragebogen (Verlängertes oder unübliches Bluten? Hämatomneigung? Verlängertes Bluten nach Zahnextraktion/OP, behandlungsbedürftige Menorrhagie, Familienanamnese für Blutungsstörung?) Sollte dieser auffällig sein (2 x mit Ja beantwortet), wird ein hämatologisches Konsil empfohlen.

2. Mit Thrombozytenaggregationshemmern resp. Antikoagulation

	Kein Blutungsrisiko	Kleines Blutungsrisiko	Hohes Blutungsrisiko
	<ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie ohne Biopsie • Endosonographie mit Feinnadelspiration • Endoskopische retrograde Cholangiopankreographie (ERCP) ohne Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie mit Biopsie • Endoskopische retrograde Cholangiopankreographie mit Stentersatz • Enteroskopie ohne/mit Biopsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypektomie • Sphinkterotomie • Sphinterotomie mit grosser Ballondilatation • Dilatation von Stenosen, perkutane endoskopische Gastrotomie • Endosonographie mit Feinnadelaspiration • Laserablation • Argonplasma-Koagulation • Varizenbehandlung • Endoskopische Mukosaresektion (EMR) • Endoskopische Submukosadissektion (EMD) • Ampullenresektion • Hämorrhoidenligatur • Transkutane Leberbiopsie und Feinnadelaspiration

	Kein Blutungsrisiko	Kleines Blutungsrisiko	Hohes Blutungsrisiko
Aspirin	Eingriff möglich	Eingriff möglich*	Eingriff möglich* <ul style="list-style-type: none"> • Bei tiefem thromboembolischem Risiko/Primärprophylaxe: Absetzen erwägen • EMR > 20mm, ESD, Papillektomie, EUS-FNP bei zystischer Läsion, Sphinkterotomie mit grossem Ballon Absetzen erwägen • Leberbiopsie: Absetzen oder transjuguläre Biopsie erwägen
Clopidogrel	Eingriff möglich	Eingriff möglich*	Absetzen oder Wechsel auf Aspirin
ASS + P2Y12 Rezeptor Antagonist	Eingriff möglich	Eingriff möglich**	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: P2Y12-RA pausieren* • Hohes thromboembolisches Risiko: Rücksprache mit Hämatologen/ Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen d. P2Y12-RA • ASS immer fortführen
VKA	Eingriff möglich	Eingriff möglich, wenn INR therapeutisch	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: Stoppen, INR < 1.5 • Hohes thromboembolisches Risiko: Stoppen, Bridging mit Heparin
DOAK	Eingriff möglich	Eingriff möglich während Plasma-Talspiegel; Folgedosis auf den nächsten Morgen verschieben	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: Stoppen • Hohes thromboembolisches Risiko: Rücksprache mit Hämatologen/ Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen/Bridging
VKA + ASS/ Clopidogrel	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
DOAK + ASS/ Clopidogrel	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
VKA oder DOAK+ ASS+ P2Y12 Rezeptor Antagonist	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
	<p>* bei schwerer Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Blutungsstörung: Hämatologen/ Kardiologen konsultieren</p> <p>+ ASS + Clopidogrel: Biopsien nur wenn dringend notwendig</p> <p>+ ASS + Prasugrel oder ASS + Ticagrelor: Stoppen oder Rücksprache Hämatologe/Kardiologe</p>		

Polypektomie bei Thrombozytenaggregationshemmern und oraler Antikoagulantien

Polypektomien sind Interventionen mit hohem Blutungsrisiko. Je nach Grösse des Polyps ändert sich das Blutungsrisiko. Zudem gibt es präventive Massnahmen (Clips, Schleifen), welche das Risiko minimieren.

	Polypen <5mm	Polypen 5–10mm	Polypen 10–20mm
ASS	Sicher	Sicher	Sicher
Clopidogrel	Sicher	Sicher	
ASS & Clopidogrel	Sicher mit präventiven Massnahmen		
VKA (Therapeutisch)	Sicher mit präventiven Massnahmen		
DOAK (Talspiegel)	Sicher mit präventiven Massnahmen		

Abschätzen des thromboembolischen Risikos

1. Kardiovaskuläres Risiko

	Hohes Risiko	Tiefes Risiko	
Bare metal Stent	< 6 Wochen	> 6 Wochen	
Drug eluting stent	< 12 Monate	> 12 Monate	
Akutes Koronarsyndrom	< 6 Wochen	> 6 Wochen	
Folgende Faktoren erhöhen das Risiko	Angioplastie, tiefe EF, Diabetes, Niereninsuffizienz, aktive Neoplasie, frühere Stentthrombose, mehrere/überlappende Stents, Stent >18 mm, gestenteter Bereich 50 mm, Hauptstamm, kleines Stentkaliber (2.5 mm), Verkalkung, zu kleiner Stent, Bifurkation, frühere Brachytherapy, DES ohne Indikation		

2. Venöse Thromboembolien (VTE), Vorhofflimmern, mechanische Klappen

Hohes Risiko bei mechanischen Klappen, AF nach TIA/CVI, VTE vor <3 Monaten oder rezidivierende idiopathische VTE.

Absetzen von Plättchenaggregationshemmern und Antikoagulation vor dem Eingriff

1. Plättchenaggregationshemmer

- ASS 5 Tage, Plavix 7 Tage, Prasugrel 7 Tage, Ticagrelor 5 Tage
Wiederaufnahme in der Regel 24 h nach dem Eingriff. (Bei hohem thromboembolischen Risiko unter P2Y12 Rezeptor-Antagonist ggf. Loading mit 300 mg Clopidogrel und Wechseln auf Prasugrel/Ticagrelor falls passend.)

2. Absetzen von direkten oralen Antikoagulantien (DOAK)

Bei tiefem Blutungsrisiko 1 Tag vor dem Eingriff und bei hohem Blutungsrisiko 3 Tage Absetzen ohne Bridging und unabhängig von der Kreatininclearance (gilt für Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran)

Nach dem Eingriff

Tiefes Blutungsrisiko: Wiederbeginn am Folgetag

Hohes Blutungsrisiko:

- Bei tiefem thromboembolischem Risiko: nach 24–48 h Wiederbeginn (oder später, wenn sehr grosses Blutungsrisiko nach EMR/ESD)
- Bei hohem thromboembolischem Risiko: UFH prophylaktisch oder therapeutisch, DOAK bei tieferem Blutungsrisiko
- Hämatologen konsultieren bei hohem Blutungsrisiko/thromboembolischem Risiko und Niereninsuffizienz

3. Vitamin-K-Antagonisten (VKA)

Phenprocoumon (Marcoumar®)/Acenocoumarol (Sintrom®)	
Absetzen ohne Bridging	
5–7 Tage vor dem Eingriff: <i>3 Tage vor dem Eingriff</i>	Stoppen und ggf. INR-Kontrolle
2 Tage vor dem Eingriff: <i>1 Tag vor dem Eingriff</i>	INR (>1.5 Vitamin K 1–2 mg p.o.)
Am Eingriffstag:	Wiederbeginn am Abend nach dem Eingriff
Absetzen mit Bridging	
5–7 Tage vor dem Eingriff: <i>3–4 Tage vor dem Eingriff:</i>	Stoppen
2–4 Tage vor dem Eingriff: <i>2–3 Tage vor dem Eingriff:</i>	INR <2.0 LMWH (1–2 Dosen s.c./Tag)
1 Tag vor dem Eingriff:	INR: >1.5: Vitamin K 1–2 mg p.o.
Am Eingriffstag:	Bei normaler Hämostasie LMWH prophylaktisch oder therapeutisch je nach Blutungsrisiko ab 6 h postoperativ. Wiederbeginn mit VKA und LMWH solange bis INR therapeutisch

Quelle: Empfehlungen (sggssg.ch)

