

KLINIKUM KARLSBURG

HERZ- UND DIABETESZENTRUM

SOP „Antikoagulation und Endoskopie“

(s2 k Leitlinie Qualitätsanforderung in der gastrointestinalen Endoskopie, AWMF Register Nr. 021-022)

Gültig ab 01.03.2016

Die übliche Endoskopie (Gastroskopie und Koloskopie, Tab. 1) sind Untersuchungen mit niedrigem Blutungsrisiko. Hierfür wird die Antikoagulation (vgl. Tabelle 6) in der therapeutischen Gabe fortgeführt, der INR sollte nur nicht über dem therapeutischen Bereich liegen. Die Abtragung größerer Polypen bei der Koloskopie ist dabei aber nicht möglich und der Patient muss im Aufklärungsgespräch auf eine mögliche Zweituntersuchung hingewiesen werden.

Für die Bronchoskopie gibt es keine solchen Vorgaben bezüglich der möglichen Antikoagulation. (Vorschlag INR < 2, ASS möglich)

Tabelle 1: Blutungsrisiko endoskopischer Eingriffe

| <i>Niedriges Blutungsrisiko</i> | <i>Hohes Blutungsrisiko</i> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostische Endoskopie mit / ohne Biopsie <ul style="list-style-type: none"> ○ Gastroskopie ○ Colonoskopie ○ Ballonenteroskopie ○ Kapsel ▪ Polypektomie im Colon < 10 mm ▪ ERCP <i>ohne</i> EST mit /ohne Stent ▪ EUS <i>mit Feinnadelpunktion solider Läsionen</i> ▪ Enterale Stentimplantation <i>ohne</i> Dilatation ▪ APC von GI Blutungen ▪ <i>Thermokoagulation (BARRX)</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Polypektomie > 10 mm ▪ EMR / ESD ▪ ERCP mit <i>EST</i> oder Ballondilatation > 10 mm ▪ EUS + Feinnadelpunktion zystischer Läsionen ▪ Endoskopische Zystendrainage ▪ Endosonographisch gestützte Therapie ▪ Ballondilatation/Bougierung ▪ Varizen­therapie (Ligatur, Sklerosierung) ▪ PEG ▪ Diagnostische Laparoskopie mit Organbiopsie ▪ PTC / PTCD |

Tabelle 6: Empfehlung zum Vorgehen bei Einnahme von TAH, Vitamin K Antagonisten oder DOAK in Abhängigkeit von der jeweiligen Risikokonstellation. Die Datenlage zum jeweiligen Risiko des einzelnen endoskopischen Eingriffes unter Gerinnungshemmender Medikation wird im Folgenden (Kapitel 3.2.4) detailliert aufgeführt.

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Niedriges Risiko Endoskopie ➤ Jedes Risiko thrombembolische Komplikation | <ul style="list-style-type: none"> • Thrombozytenaggregationshemmung weiterführen (ASS, Clopidogrel / Ticlopidin oder Prasugrel) • Heparin, niedermolekulares Heparin weiterführen • Vitamin-K Antagonisten weiterführen (INR Kontrolle) • DOAK weiterführen |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hohes Risiko Endoskopie ➤ Niedriges Risiko für thrombembolische Komplikation | <ul style="list-style-type: none"> • ASS weiterführen <ul style="list-style-type: none"> ○ ERCP mit EST, Polypektomie im Colon, PEG, Varizenligatur, EUS-FNA solider Läsionen, Ballondilatation, Bougierung, Stenteinlage, Thermoablation • ASS 5 Tage Pause <ul style="list-style-type: none"> ○ EUS-FNA Zyste, EMR, ESD, POEM |
| | <ul style="list-style-type: none"> • ADP Rezeptorantagonist: Pause • Duale TAH (ADP Rezeptorantagonist + ASS) : ASS weiter • Vit-K Antagonist: Pause, kein Bridging • D-OAK: Pause, kein Bridging • LMWH Pause |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hohes Risiko Endoskopie ➤ Hohes Risiko für thrombembolische Komplikation | <ul style="list-style-type: none"> • Eingriff verschieben? • ASS weiterführen • Duale TAH Diskussion Kardiologie, Gerinnungsphysiologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Pause Clopidogrel/ Ticlopidin 5 d / Prasugrel 7 d ○ Bridging ? ○ Eingriff unter dualer TAH unter Aufklärung über erhöhtes Blutungsrisiko • Vit-K Antagonisten absetzen - Bridging • D-OAK absetzen ggf. Bridging vor Wiedereinsetzen bei Eingriffen mit höherem Nachblutungsrisiko |