



GASTROENTEROLOGIE AM ROSENBERG
FACHÄRZTE FMH GASTROENTEROLOGIE
UND INNERE MEDIZIN

Vorgehen bei Antikoagulation

Die Empfehlungen bezüglich präinterventioneller Laborbestimmung und medikamentöser Gerinnungshemmung basieren auf den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie SGG

Spontangerinnung

Vor jeder Endoskopie ist eine Gerinnungsanamnese indiziert; die entsprechenden Fragen sind auf dem jeweiligen Aufklärungsblatt aufgeführt.

Eine routinemässige Bestimmung der Gerinnungsparameter (INR, Thrombozytenzahl) ist bei unauffälliger Gerinnungsanamnese vor Niedrig-Risiko-Eingriffen (s. unten) nicht notwendig.

Bei auffälliger Gerinnungsanamnese und/oder geplantem Hoch-Risiko-Eingriff sind wir um die vorgängige Bestimmung und Zustellung von INR und Thrombozytenzahl dankbar.

Niedrig-Risiko-Eingriffe: Gastroskopie ± Biopsie, Koloskopie ± Biopsie

Hoch-Risiko-Eingriffe: Gastroskopie / Koloskopie mit Polypektomie, Dilatation (Bougierung, Ballondilatation), PEG-Sondeneinlage, Varizenligatur, Hämorrhoidenligatur, Leberbiopsie, Feinnadelpunktionen

Niedrig-Risiko-Eingriffe:

diagnostische Gastroskopien oder Koloskopien inklusive Biopsien

- Kann auch unter Antikoagulation (Marcoumar®, Sintrom®), neuen oralen Antikoagulanzen (z.B. Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® Lixiana®) oder Einnahme eines Gerinnungshemmers (z.B. Aspirin® cardio, Tiatral®, Plavix®, Brilique®, Efigent®) erfolgen

- Bei zu erwartenden ausgiebigeren Biopsieentnahmen (z.B. ausgedehnter Barrett-Ösophagus) oder für die endoskopische Abtragung von Polypen (insbesondere >5mm) muss die Antikoagulation vorübergehend aufgehoben werden ebenso vor speziellen Eingriffen wie Varizenligaturen, Hämorrhoidenligaturen, Dilatationen. Solche Interventionen sind in der Regel elektiv, weshalb das Vorgehen bezüglich Antikoagulation / Gerinnungshemmer im Einzelfall geplant werden kann. (siehe auch „Hoch-Risiko-Eingriffe“)

Bei Koloskopien zur Darmkrebsvorsorge gilt es zu beachten, dass sich bei asymptomatischen Patienten >50 Jahren mit durchschnittlichem Kolonkarzinomrisiko zwar in 27-32% Adenome finden, davon aber nur ca. 6-10% fortgeschrittene Adenome sind. Somit kann (nach entsprechender Aufklärung des Patienten) bei strenger Indikation die Antikoagulation oder duale Thrombozytenaggregationshemmung ggf. auch fortgesetzt werden.



GASTROENTEROLOGIE AM ROSENBERG
FACHÄRZTE FMH GASTROENTEROLOGIE
UND INNERE MEDIZIN

Der Fall, beim Auffinden eines fortgeschrittenen Adenoms die Untersuchung wiederholen zu müssen, wird in maximal einem von 10 Patienten eintreten. Trotzdem scheint uns aber insgesamt ein kurzzeitiges Pausieren der blutverdünnenden Medikation für die meisten Patienten als der weniger umständliche Weg und lohnt sich insbesondere bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. bei erstgradig Verwandten mit Adenom/Karzinom oder Polypen in der persönlichen Anamnese).

Hoch-Risiko-Eingriffe:

Gastroskopie / Koloskopie mit Polypektomie, Dilatation (Bougierung, Ballondilatation), PEG-Sondeneinlage, Varizenligatur, Hämorrhoidenligatur, Leberbiopsie, Feinnadelpunktion

- Ein aktueller INR, Thrombozytenzahl sollten vorliegen
- Pausieren Antikoagulation (Marcoumar®, Sintrom®), Ziel INR <1,5
- Pausieren neuer oraler Antikoagulanzen (u.a. Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® Lixiana®) für mindestens 3 Tage.
- Falls notwendig ist ein periinterventionelles Bridging, in der Regel mit Umstellung auf niedermolekulares Heparin durchzuführen
- Pausierung Thrombozytenaggregationshemmer (zB Plavix®, Brilique®, Efixent®) für 5-7 Tage, ausgenommen Monotherapie mit Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin® cardio)
- Für Leberbiopsien sollte auch eine Monotherapie mit Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin® cardio) für 5-7 Tage pausiert werden

Bei Unklarheiten/ Unsicherheiten oder Spezialfällen (Kombinationen von Gerinnungshemmern) bitten wir um Rücksprache mit uns vor geplanter Untersuchung.