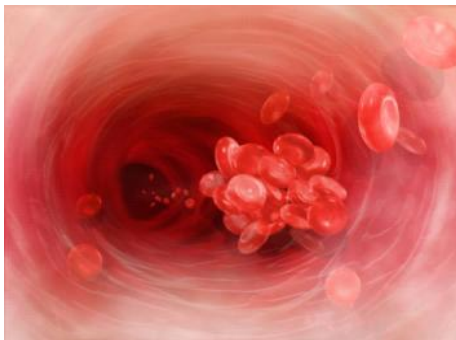


DONIEC BIRKNER DONIEC

Praxis für interdisziplinäre Proktologie und Endoskopie

Gerinnungshemmende Medikamente bei endoskopischen Untersuchungen



Blutungsrisiko bei endoskopischen Untersuchungen

Bei allen endoskopischen Maßnahmen besteht ein gewisses Risiko für Blutungen. Das Blutungsrisiko wird dabei einerseits bestimmt durch patientenabhängige Faktoren, wie zum Beispiel eine vermehrte Blutungsneigung durch angeborene, erworbene oder medikamentös ausgelöste Störungen des Blutgerinnungssystems. Andererseits hängt das Blutungsrisiko entscheidend von der Art der Maßnahme ab. Hier müssen rein diagnostische endoskopische Untersuchungen (einschließlich Biopsieentnahme) von therapeutischen Eingriffen unterschieden werden (zum Beispiel Entfernen von Polypen im Rahmen der Krebsvorsorge). Vor allem bei der therapeutischen Polypabtragung kann es zu nicht unerheblichen Blutungen kommen.

A. Globales Blutungsrisiko endoskopischer Maßnahmen

- Bei rein diagnostischen Endoskopien ist das Blutungsrisiko ohne Berücksichtigung patientenbezogener Risikofaktoren gering. Für die Spiegelung des Magens (einschließlich der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms) liegt das Blutungsrisiko bei etwa 0,03-0,08% und für die Darmspiegelung bei ca. 0,1-0,15%. Schwere Blutungskomplikationen (d.h. Blutungen, die im Krankenhaus behandelt werden müssen) nach Probeentnahmen treten in etwa 0,01% der Fälle auf.
- Bei therapeutischen Maßnahmen nimmt die Zahl der Blutungskomplikationen demgegenüber zu: Bei der Entfernung von Darmpolypen steigt das Blutungsrisiko verglichen mit der diagnostischen Darmspiegelung um den Faktor 8 bis 25 auf 0,6% bis 2,5%.
- Nach endoskopischer Behandlung von Hämorrhoiden mit einer Gummibandligatur ist das Risiko einer therapiebedingten Blutung zwar ebenfalls gegeben, jedoch deutlich geringer als bei der Polypentfernung. Es wird in der Größenordnung von 1 bis 2% angegeben.

B. Erhöhtes Blutungsrisiko bei Patienten mit normalem Gerinnungssystem

Auch bei Patienten mit einer normalen Blutgerinnung können andere Faktoren zu einem erhöhten Blutungsrisiko führen.

1. Diagnostische Eingriffe

- ÖGD (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie = Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms):
- Durch die Endoskopie selbst besteht nur ein minimales Risiko für Nachblutungen.
- Nach der Entnahme von Proben (z.B. zum Nachweis von Bakterien oder von Entzündungen) kann es zu Nachblutungen kommen, das Risiko ist jedoch gering.

2. Therapeutische Eingriffe

Polypektomie (Abtragung von Polypen)

Das Risiko einer Blutungskomplikation nach der endoskopischen Abtragung von Kolonpolypen wird erheblich durch die Polypengröße beeinflusst. Große Polypen haben häufig kräftigere Versorgungsgefäße im Stiel als kleine Polypen.

Altersunabhängig liegt das Blutungsrisiko nach endoskopischer Entfernung von Darmpolypen wie zuvor beschrieben bei etwa 0,6% bis 2,5%. Bei über 65-jährigen Patienten hingegen steigt das Risiko und wird mit etwa 3,6% angegeben.

Insgesamt ist jedoch die Prognose einer Blutung nach Polypektomie sehr gut: Bei 96% der Patienten, bei denen nach Polypektomie eine Blutung aufgetreten war, konnte die Blutung auf endoskopischem Weg gestoppt werden.

C. Medikamentös ausgelöste Störungen der Blutgerinnung

1. Aspirin und andere nicht-steroidale Entzündungshemmer (NSAID, z.B. Diclophenac)

- Im klinischen Alltag ist die regelmäßige Einnahme von Aspirin oder Diclophenac die häufigste Ursache für eine Erhöhung des Blutungsrisikos bei endoskopischen Eingriffen. Hier ist das Blutungsrisiko einschließlich Biopsieentnahme und Polypektomie jedoch nur leicht erhöht:
- Zusammenfassend ist es **nicht unbedingt notwendig, ASS oder NSAID vor der Durchführung einer diagnostischen Endoskopie** mit Schleimhautbiopsien **abzusetzen**.
- Bei **endoskopisch-therapeutischen Eingriffen** hingegen (z.B. Abtragung großer Polypen) und wenn eine Unterbrechung der medikamentösen Gerinnungshemmung für den Patienten vertretbar ist, **sollten ASS und NSAID (z.B. Diclophenac) abgesetzt werden**.

2. Clopidogrel

Das mit der Einnahme von Clopidogrel verbundene Blutungsrisiko ist mit ASS vergleichbar. Ein Absetzen von Clopidogrel ist daher nur bei endoskopisch-therapeutischen Eingriffen mit einem hohen Blutungsrisiko notwendig.

Nach Absetzen des Clopidogrels ist nach etwa 7 Tagen mit einer Normalisierung der Gerinnung zu rechnen. Bei Patienten mit erheblichen Risikofaktoren im Bereich des Herzens oder der Gefäße sollte nach Beenden des Clopidogrels ein Thromboseschutz in Form von Antithrombose-Spritzen in angemessener Dosierung erfolgen.

3. Vitamin-K-Antagonisten (Typ Marcumar, Phenprocoumon)

Marcumar ist ein Gegenspieler vom Vitamin K, das benötigt wird, um verschiedene Gerinnungsfaktoren im Körper zu bilden. Fehlt Vitamin K, können diese Faktoren nicht produziert werden, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes nimmt ab.

Vor einer endoskopischen Untersuchung gilt:

- Der Quickwert sollte mindestens > 40 %, am besten > 50% sein (INR < 1,5).
- Dies dauert nach Absetzen des Marcumars etwa 1 Woche.
- Während dieser Zeit werden in der Regel Antithrombose-Spritzen einmal pro Tag gegeben. Bei hohem Thromboserisiko, wie z.B. bei manchen künstlichen Herzklappen, auch 2 x pro Tag.
- Wichtig ist, dass die letzte Antithrombose-Spritze **nicht am Tag der Endoskopie** gegeben wird sondern **einen Tag vor der Endoskopie**, am besten morgens, so dass die letzte Dosis des NMH etwa 24 Stunden vor der geplanten Endoskopie liegt.
- Die Antithrombose-Spritze darf **am Abend nach der Darmspiegelung** wieder verabreicht werden (aber auf keinen Fall **vor** der Endoskopie).
- Das Marcumar kann je nach der Art der Intervention nach einem Tag oder mehreren Tagen wieder gegeben werden, wobei man das Intervall dann individuell festlegen muss.

4. Neue Antikoagulanzen (wie z.B. Xarelto, Pradaxa, Eliquis)

Xarelto, Pradaxa und Eliquis sind Arzneistoffe zur Hemmung der Blutgerinnung (Antikoagulation) und gehören zu den sogenannten neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK). Die Substanzen hemmen direkt den Gerinnungsfaktor Xa und gehört damit zur Gruppe der direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK). Sie sollten 1-2 Tage vor der Untersuchung abgesetzt werden.

5. Glykoprotein-2b/3a-Hemmer (z.B. ReoPro, Integrilin, Aggrastat)

Glykoproteine hemmen die Bildung von Blutgerinnseln und wirken insgesamt stärker als Aspirin oder Clopidogrel. Daher ist das Blutungsrisiko von Patienten, die diese Medikamente einnehmen, höher als unter ASS 100 oder Clopidogrel. Die Wirkdauer von ReoPro und Integrilin im Blut ist jedoch kürzer als bei ASS und Clopidogrel, deshalb ist es ausreichend, die Medikamante 1-4 Tage vor dem Eingriff abzusetzen und auf Antithrombose-Spritzen umzustellen.

D. Richtlinien zur Durchführung endoskopischer Maßnahmen unter Antikoagulation

Patienten mit oralen Antikoagulanzen (Gerinnungshemmern wie z.B. ASS, Clopidogrel, Tirofiban, Marcumar) haben ein erhöhtes Risiko, während oder nach endoskopischen Eingriffen zu bluten. Das Blutungsrisiko ist dabei abhängig von der Stärke der oralen Antikoagulation.

1. Diagnostisch-endoskopische Eingriffe

Soll bei Patienten unter Antikoagulation eine **diagnostische endoskopische ÖGD** durchgeführt werden, ist in der Regel ein **Quick-Wert** von > 30% zur Vermeidung von Blutungskomplikationen ausreichend.

Sind **Biopsien** erforderlich sollte der **Quick-Wert** > 40% sein. Sollte eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt werden (auch diagnostisch), so ist der Patient wie zu einer therapeutischen Endoskopie zu betrachten.

2. Therapeutisch-endoskopische Eingriffe

Besteht die Notwendigkeit zu einem therapeutisch-endoskopischen Eingriff oder ist im Anschluss eventuell ein operativer Eingriff erforderlich, so ist ein Quick-Wert von > 50% anzustreben. Die orale Antikoagulation sollte beendet werden und ab Erreichen eines **Quick-Werts von 40%** eine **gleichzeitig** eine **Gabe von Antithrombose-Spritzen** erfolgen.

Nach dem Eingriff sollten die Antithrombose-Spritzen in therapeutischer Dosis erst wieder nach 24 Stunden begonnen werden.

E. Absetzen der gerinnungshemmenden Medikamente vor einem Eingriff im Überblick

Das Absetzen von Antikoagulantien (gerinnungshemmende Medikamente) sollte immer mit dem Arzt besprochen werden, der diese Medikamente verordnet hat.

Antikoagulanzen	STOP vor der Endoskopie
1. Aspirin/NSAR	5 - 7 Tage vorher (meist ohne Antithrombosespritzen)
2. Clopidogrel, Ticlopidin	7 Tage vorher (ggf. mit Antithrombosespritzen)
3. Marcumar	mind. 7 Tage vorher (mit Antithrombosespritzen)
4. a) Xarelto b) Pradaxa, Eliquis	a) 1 Tag vorher b) 2 Tage vorher
5. a) Tirofiban (ReoPro), Eptifibatid (Aggrastat) b) Abciximab (Integrilin)	a) 1 Tag vorher b) 4 Tage vorher

Quellen:

http://www.dgvs.de/fileadmin/user_upload/Leitlinien/richtlinien-empfehlungen/1.3.Blutungsrisiko.pdf

<http://www.dgvs.de/leitlinien/richtlinien-und-empfehlungen/>

<http://www.kup.at/kup/pdf/8411.pdf>

<http://www.gastromed-bng.de/aerzte-infos-des-verbandes.html?id=731> HYPERLINK

"<http://www.gastromed-bng.de/aerzte-infos-des-verbandes.html?id=731&referer=/aerzte-infos-des-verbandes.html?page=8>" & HYPERLINK "<http://www.gastromed-bng.de/aerzte-infos-des-verbandes.html?id=731&referer=/aerzte-infos-des-verbandes.html?page=8>" referer=%2Faerzte-infos-des-verbandes.html%3Fpage%3D8

<http://www.internist-badkreuznach.de/fachinformationen-fuer-aerzte/erkrankungen-des-herzenskreislauf/antikoagulation-undbridging.html> HYPERLINK "<http://www.internist-badkreuznach.de/fachinformationen-fuer-aerzte/erkrankungen-des-herzenskreislauf/antikoagulation-undbridging.html>"

http://www.gastro-eisold.de/downloads/formulare/Antikoagulation_und_Endoskopie.pdf

http://www.schneider-kardiologe.de/app/download/5870049161/Perioperatives+Bridging+bei+Patienten+unter+oraler+Antikoagulation_1.pdf?t=1402840336

http://www.schneider-kardiologe.de/app/download/5870049161/Perioperatives+Bridging+bei+Patienten+unter+oraler+Antikoagulation_1.pdf?t=1402840336

http://www.schneider-kardiologe.de/app/download/5870049161/Perioperatives+Bridging+bei+Patienten+unter+oraler+Antikoagulation_1.pdf?t=1402840336

Erstellt von Frau Mari Arens, Ärztin in der Praxis Doniec/Birkner