

Burgdorf, 07.12.2014

ACETYLSALICYLSÄURE, CLOPIDOGREL, BRILIQUE, NSAR, UND ORALE ANTIKOAGULATION VOR GASTROENTEROLOGISCHEN ENDOSKOPIEN

Im **Informationsschreiben**, das wir unseren Patienten vor gastroenterologischen Endoskopien zukommen lassen, steht folgende Anweisung bezüglich gerinnungshemmender Medikamente:

Aspirinhaltige Medikamente, **Blutplättchenhemmer** wie Plavix[®], Clopidogrel, Brilique[®] und in geringerem Ausmass auch **Schmerz-/Grippemittel** (wie Voltaren[®], Brufen[®], Ponstan[®] etc) hemmen die Blutplättchenfunktion und können das **Blutungsrisiko** etwas erhöhen. Nutzen und Risiko müssen gegeneinander ab-gewogen werden. **Fragen** Sie bitte rechtzeitig **mindestens 1 Woche vor der Untersuchung** Ihren **Hausarzt**, ob **aspirinhaltige Medikamente** sowie **andere Blutplättchenhemmer 7 Tage und Schmerz-/Grippemittel 3 Tage vor der Untersuchung abgesetzt werden können**. Paracetamolhaltige Schmerzmittel (Acetalgin[®], Dafalgan[®], Panadol[®], Ben-u-ron[®], Influbene[®], Kafa[®]) hemmen die Blutplättchenfunktion nicht und können weiter eingenommen werden.

Falls Sie eine **Blutverdünnung mit Marcoumar[®], Sintrom[®], Xarelto[®]** oder ähnlichen Medikamenten haben, so melden Sie sich ebenfalls **mindestens 1 Woche vor der Untersuchung beim Hausarzt**. Er wird die notwendigen Massnahmen veranlassen, um auf den Untersuchungszeitpunkt hin eine genügende Blutgerinnung zu erreichen.

Für geplante Untersuchungen mit erheblichem Blutungsrisiko (Entfernung grosser Polypen, endoskopische Papillotomie, Leberbiopsie und andere Nadelbiopsien/Feinnadelpunktionen) sollten die obgenannten Medikamente, wenn möglich, sistiert werden. Die **Kombination von Acetylsalicylsäure mit Clopidogrel/Brilique** ist mit einem **besonders hohen Blutungsrisiko** verbunden. Das eine der beiden sollte vor Eingriffen mit relevantem Blutungsrisiko sistiert werden. Rein diagnostische Untersuchungen können immer erfolgen. NSAR und Acetylsalicylsäure (nicht in Kombination mit Clopidogrel/Brilique) erhöhen das Blutungsrisiko bei Biopsien, kleinen Polypektomien und auch bei der endoskopischen Papillotomie nicht in einem untolerablen Ausmass. Der kardiovaskuläre Benefit der plättchenhemmenden

Therapie ist stets gegen das etwas erhöhte Blutungsrisiko abzuwägen. Coxibe (cox II-spezifische NSAR) hemmen die Plättchenfunktion nicht in relevantem Ausmass. ➔

Bei **oral antikoagulierten Patienten** sollte das Vorgehen wie bis anhin **individuell** festgelegt werden. Für **rein diagnostische** Endoskopien kann die **OAK fortgeführt** werden. Biopsien aus Magen und Rektosigmoid sind i.d.R. auch unter OAK bis zu einem INR von ca. 2.5 möglich.

Für **Polypektomien** und insbesondere für **ERCP mit Papillotomie** sollte die **OAK** jedoch **aufgehoben** werden mit **Ziel-INR von 1.5**.

Bei Patienten die nur eine kurzfristig unterbrochene Antikoagulation tolerieren, empfiehlt es sich, die **Marcoumar-Medikation 7 Tage** und die **Sintrom-Medikation 4 Tage vor einer geplanten Endoskopie zu sistieren** und ab einem **INR von 2.5 mit einem niedermolekularen Heparin in therapeutischer Dosierung** (z.B. Fraxiforte gewichtsadaptiert) **subkutan zu ersetzen**. Falls das niedermolekulare Heparin **morgens appliziert** wird, so soll **am Tag vor der Untersuchung nur die halbe Dosis** verabreicht werden, falls es **abends appliziert** wird, so soll **am Tag vor der Untersuchung nichts** gespritzt werden. **Am Tag vor der Untersuchung sollte eine Quick-Bestimmung erfolgen**. Bei **INR >1.5** bitte **10 mg Konaktion per os** verabreichen.

Für Patienten bei denen die orale **Antikoagulation gefahrlos während 7 – 10 Tagen unterbrochen** werden kann, gilt das gleiche Vorgehen, wobei auf die subkutane Gabe eines **niedermolekularen Heparins verzichtet** werden kann. Auch bei diesen Patienten sollte **einen Tag vor der Untersuchung eine Quick-Bestimmung erfolgen mit allfälliger Konaktion-Gabe**.

Bei Patienten unter **Xarelto** sollen die **Dosis am Vortag der Untersuchung und am Untersuchungstag weggelassen** werden.

Bei Unklarheiten oder speziellen Situationen bitte ich um telefonische Kontaktaufnahme, um ein individuelles Vorgehen festzulegen.



Dr. med. Stefan Bauer, Leitender Arzt Gastroenterologie