

Prozedur

Antikoagulante/aggregationshemmende Therapie bei Patienten, die sich einer Endoskopie des Verdauungstraktes unterziehen müssen

Ziele

In Anbetracht einer bevorstehenden Endoskopie des Verdauungstraktes ist es notwendig, dass sich der verschreibende Arzt erkundigt, ob der Patient/die Patientin eventuelle antikoagulante/aggregationshemmende Therapien einnimmt. Der verschreibende Arzt hat die Pflicht, dem Patienten/der Patientin angemessen und einheitlich in Bezug auf die Handhabung bzw. der eventuellen Unterbrechung der Therapie zu informieren.

Standard (erwartetes Ergebnis)

Komplikationen aufgrund von Blutungen während oder nach der Endoskopie müssen weitgehen vermieden werden. Deshalb müssen alle Ärzte, die an der Verschreibung und an der Durchführung des endoskopischen Verfahrens beteiligt sind, dem Patienten/der Patientin im Falle einer antikoagulanten/aggregationshemmenden Therapie eingehende und einheitliche Informationen in Bezug auf die Handhabung bzw. der eventuellen Unterbrechung der Therapie zu informieren, so wie es in der gegenständlichen Prozedur vorgesehen und definiert ist.

Geltungs- bzw. Anwendungsbereich

Alle betrieblichen und privaten vertragsgebundenen Dienste für Gastroenterologie, welche die Leistung Endoskopie des Verdauungstraktes für den Landesgesundheitsdienst erbringen

Zielgruppen (Angabe der betroffenen Berufsbilder) und Verantwortlichkeiten

Alle Berufsfiguren, die bei der Verschreibung von Endoskopien des Verdauungstraktes mitwirken:

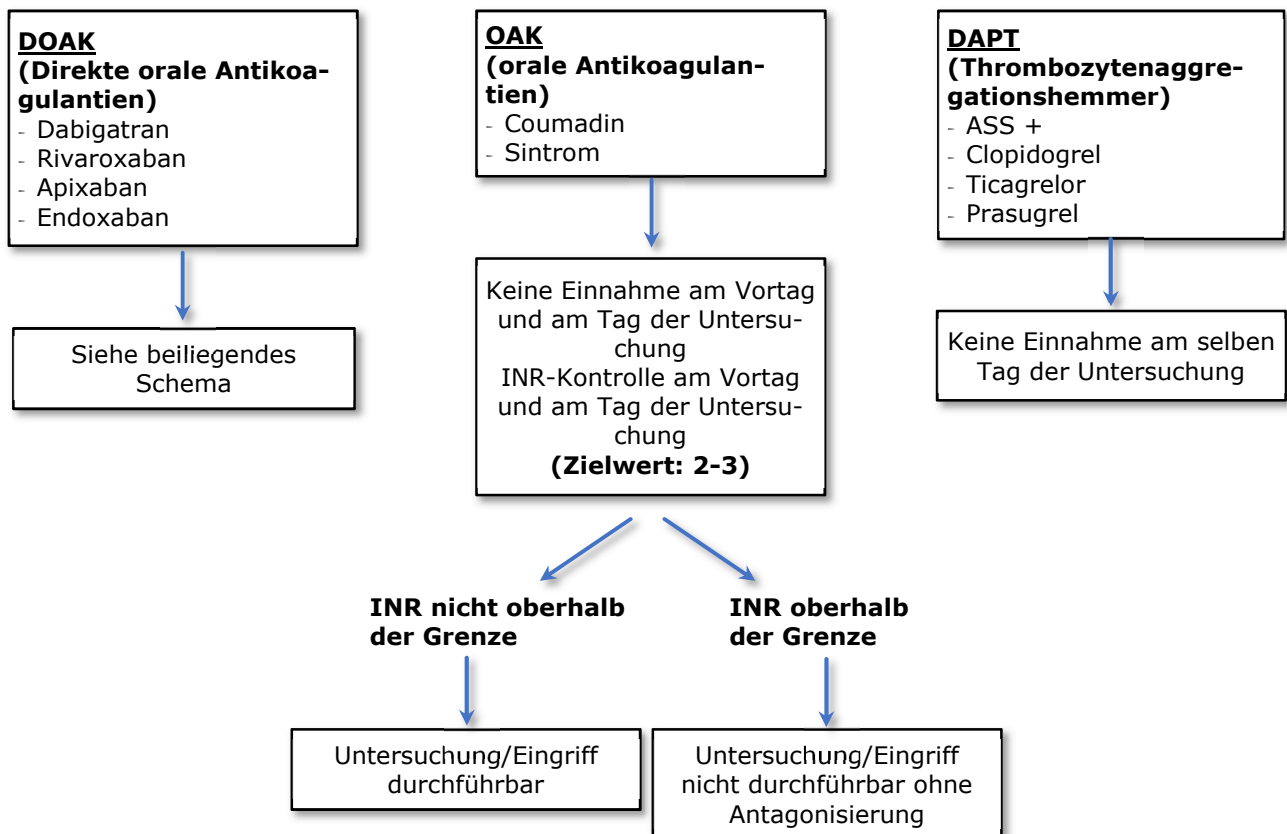
- Fachärzte/Fachärztinnen des Krankenhauses und des Territoriums
- Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin und Kinderärzte/Kinderärztinnen freier Wahl
- Vertragsgebundene Ärzte/Ärztinnen
- Krankenpflege- und Verwaltungspersonal

Inhalt (Beschreibung der Tätigkeiten/Abläufe und/oder graphische Darstellung)

Endoskopische Verfahren können aufgrund des Blutungsrisikos in Untersuchungen mit niedrigem und hohem Blutungsrisiko unterteilt werden:

1. Eingriff mit niedrigem Blutungsrisiko:

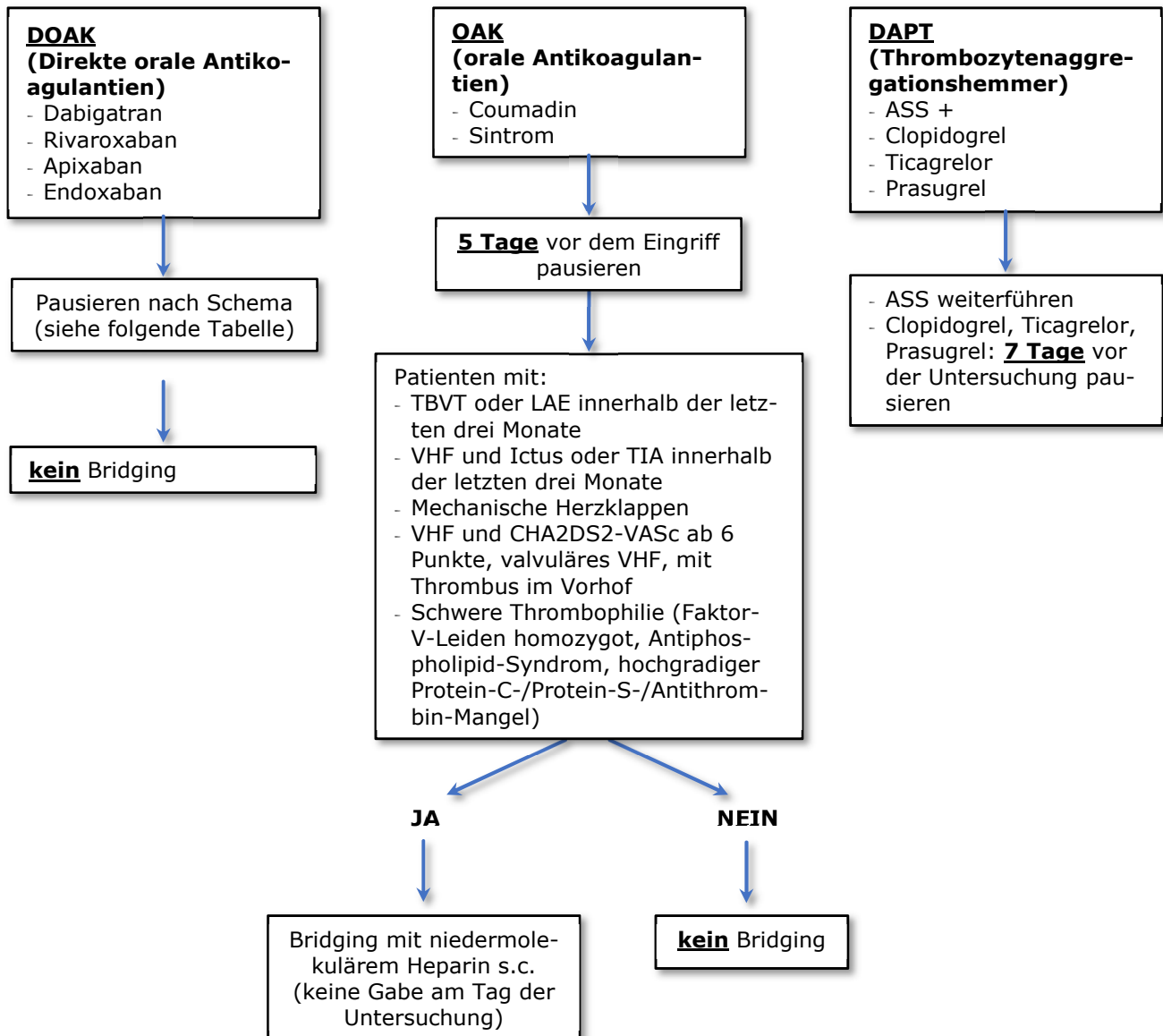
- Gastroskopie + Biopsie
- Koloskopie + Biopsie + Polypektomie < 1 cm



Wiederaufnahme der Antikoagulation einen Tag nach der Untersuchung

2. Eingriff mit hohem Blutungsrisiko:

- Koloskopie und Polypektomie > 1 cm
- PEG
- Endoskopische Mukosa- oder Submukosadisektion
- Therapie von Ösophagusvarizen
- Dilatation/Bougierung
- Papillotomie (ERCP)
- Metallstent



Wiederaufnahme der Antikoagulation: 48 bis 72 Stunden nach der Untersuchung

Zeitraum, in dem direkte orale Antikoagulation (DOAK) abgesetzt werden sollte: zusätzlich zum Aussetzen der Antikoagulationstherapie am Tag der Untersuchung, sind auch folgende Anweisungen zu berücksichtigen:

Wirkstoff	Nierenfunktion (GFR in ml/min)	Standard Blutungsrisiko	Hohes Blutungsrisiko
Dabigatran	≥ 50	Keine DOAK bereits am Tag vor der Untersuchung	Keine DOAK bereits in den zwei Tagen vor der Untersuchung
Dabigatran	< 50	Keine DOAK bereits in den zwei Tagen vor der Untersuchung	Keine DOAK bereits in den vier Tagen vor der Untersuchung
Rivaroxaban	unabhängig	Keine DOAK bereits am Tag vor der Untersuchung	Keine DOAK bereits in den zwei Tagen vor der Untersuchung
Apixaban	unabhängig	Keine DOAK bereits am Tag vor der Untersuchung	Keine DOAK bereits in den zwei Tagen vor der Untersuchung
Edoxaban	unabhängig	Keine DOAK bereits am Tag vor der Untersuchung	Keine DOAK bereits in den zwei Tagen vor der Untersuchung

Definitionen/Abkürzungen:

ASS:	Acetylsalicylsäure
INR:	International Normalized Ratio (labormedizinischer Parameter der Funktionsleistung des extrinsischen Systems der Blutgerinnung)
PEG:	Perkutane endoskopische Gastrostomie
ERCP:	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
TBVT:	Tiefe Beinvenenthrombose
LAE:	Lungenarterienembolie
VHF:	Vorhofflimmern
TIA:	Transitorische ischämische Attacke
CHA2DS2-VASc:	Klinische Risikoanalyse für das Auftreten eines Schlaganfalls bei Menschen mit Vorhofflimmern
DOAK:	Direkte Orale Antikoagulation
OAK:	Orale Antikoagulantien
DAPT:	Thrombozytenaggregationshemmer
s.c.:	subkutan
GFR:	glomeruläre Filtrationsrate

Literaturverzeichnis:

//

Autoren/Autorinnen (verantwortlich für Ausarbeitung und Inhalt)

Dr. Jerin Agaj, Allgemeine Chirurgie Krankenhaus Sterzing
 Dr. Matthias Crepaz, Innere Medizin Krankenhaus Bruneck
 Dr. Alois Habicher, Allgemeine Chirurgie Krankenhaus Brixen
 Dr. Michael Häfner, Dr.ⁱⁿ Lucia Piazza und Dr. Michele Comberlato, Gastroenterologie Krankenhaus Bozen
 Dr. Gottfried Kuehebacher, Innere Medizin Krankenhaus Innichen
 Dr. Oreste Pieramico, Innere Medizin Krankenhaus Schlanders
 Dr. Jürgen Seeber, Innere Medizin Krankenhaus Brixen
 Dr. Günther Sitzmann, Allgemeine Chirurgie Krankenhaus Bruneck
 Dr.ⁱⁿ Roberta Vanzetta, Betriebsabteilung Krankenhausbetreuung

Anlagen:

//