



Endoskopie u pacientů na antiagregační nebo antikoagulační terapii včetně DOAC: Doporučení Britské gastroenterologické společnosti (BSG) a Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Andrew M. Veitch¹, Geoffroy Vanbiervliet², Anthony H. Gershlick³, Christian Boustiere⁴, Trevor P. Baglin⁵, Lesley-Ann Smith⁶, Franco Radaelli⁷, Evelyn Knight⁸, Ian M. Gralnek⁹, Cesare Hassan¹⁰, Jean-Marc Dumonceau¹¹

Korespondenční autor

Andrew M. Veitch, MD

Consultant Gastroenterologist
Clinical Director of Endoscopy
and Bowel Cancer Screening
New Cross Hospital
Wolverhampton
WV10 0QP
andrew.veitch@nhs.net

Instituce

- 1 Consultant Gastroenterologist, Clinical Director of Endoscopy and Bowel Cancer Screening, New Cross Hospital, Wolverhampton
- 2 Pôle digestif, Hôpital Universitaire L'Archet 2
- 3 Honorary Professor of Interventional Cardiology, Department of Cardiovascular Sciences, University Hospitals of Leicester, Glenfield Hospital
- 4 Secrétaire Général de la FMCHGE, Chef de Service Unité Endoscopie Digestive, Hôpital Saint Joseph, Marseille, France
- 5 Consultant Haematologist, Department of Haematology, Addenbrookes Hospital, Cambridge
- 6 Consultant Gastroenterologist, Level 6, Support Building, Auckland City Hospital
- 7 Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia, Servizio di Endoscopia Digestiva, Ospedale Valduce
- 8 AntiCoagulation Europe
- 9 Institute of Gastroenterology and Liver Diseases, Ha'Emek Medical Center Afula, Israel
- 10 Digestive Endoscopy Unit, Catholic University, Rome, Italy
- 11 Gedyt Endoscopy Center, Buenos Aires, Argentina

Souhrn doporučení

Tyto zásady odkazují na pacienty podstupující elektivní endoskopické zákroky na gastrointestinálním traktu. Management přímých orálních antikoagulancií (DOAC) a protidestičkové terapie u pacientů s akutním krvácením do GIT jsou popsány v ESGE guidelines v článku o akutním nevariceálním krvácení.

Doporučení péče o pacienty na antiagregační nebo antikoagulační terapii podstupující elektivní endoskopické výkony na GIT jsou znázorněny na obrázcích 1 a 2. V současné době DOAC nejsou indikovány pro metalické srdeční chlopně.

Naše doporučení jsou založena na odhadech přínosů a rizik z hlediska vzniku trombózy nebo krvácení. Pokud ukončujeme antitrombotickou terapii, měly by být zhodnoceny preference pacienta, stejně jako názor lékaře – riziko potenciálně katastrofální trombotické příhody (např. cévní mozkové příhody), nemusí být totiž přijatelné pro pacienta, přestože bude velmi nízké.

Antiagregační terapie

Pokračování aspirinu se doporučuje u všech výkonů s výjimkou ESD, EMR tlustého střeva >2 cm, EMR horního GIT a ampulektomie. V těchto případech by mělo být vysazení aspirinu zváženo individuálně v závislosti na rizicích trombózy vs. krvácení.

A U výkonu s vysokým rizikem krvácení a s nízkým rizikem TEN doporučujeme antagonisty P2Y₁₂ receptoru (např. Clopidogrel) vysadit pět dnů před zákrokem.

B U pacientů na duální antiagregační léčbě by měl být stále podáván aspirin.

C U výkonu s vysokým rizikem TEN doporučujeme antagonisty P2Y₁₂ receptoru vysadit po domluvě s kardiologem po zvážení rizika a přínosu z jejich vysazení a pokračovat v podávání aspirinu.

Warfarin

A U výkonů s nízkým rizikem krvácení není nutné antikoagulační léčbu vysazovat. Mělo by být však zajištěno, aby INR nepřesahovalo terapeutický rozsah týden před endoskopickým výkonem.

B U výkonů s vysokým rizikem krvácení by měl být warfarin dočasně přerušeno 5 dní před výkonem. Pokud je pacient s nízkým tromboembolickým rizikem, postačí vysazení warfarinu a kontrola INR (<1,5). U pacientů s vysokým rizikem tromboembolismu by měl být warfarin nahrazen nízkomolekulárním heparinem.

C U všech pacientů na warfarinu existuje zvýšené riziko postprocedurálního krvácení ve srovnání s ostatními pacienty.

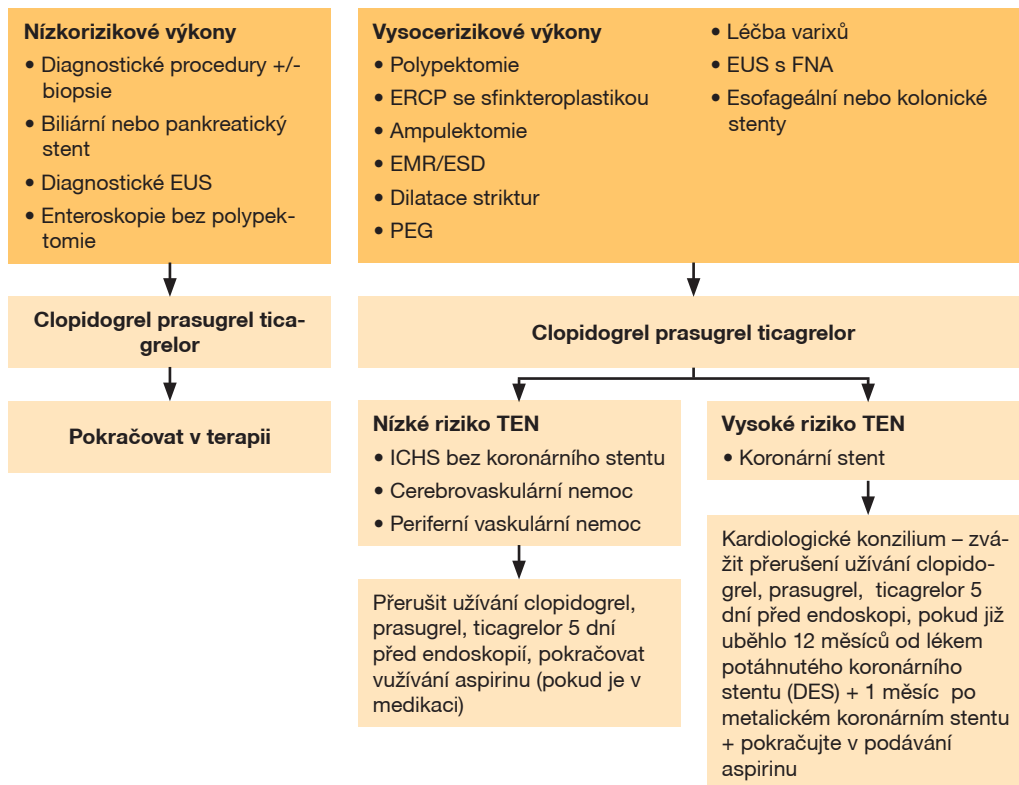
DOAC

A U výkonů s nízkým rizikem krvácení by měla být vynechána pouze ranní dávka DOAC.

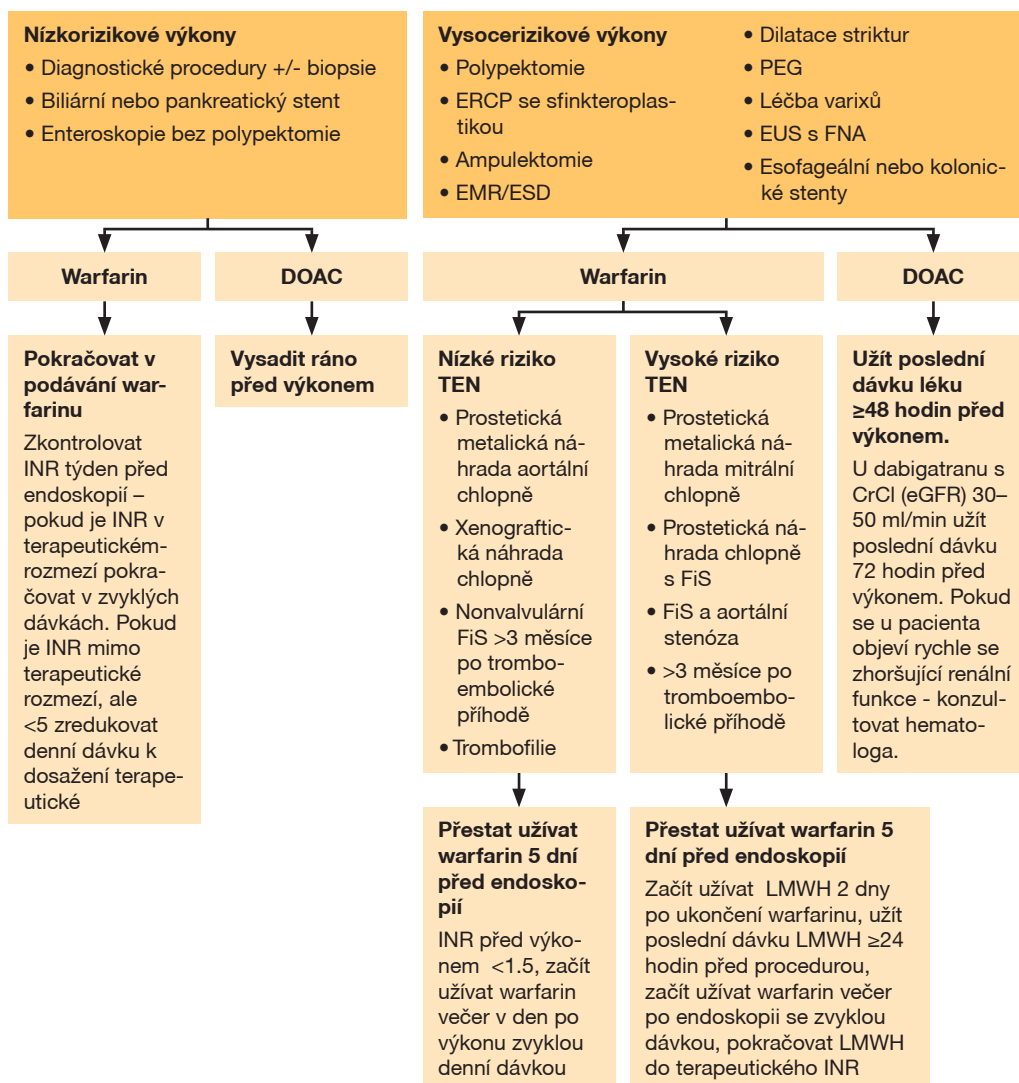
B U výkonů s vysokým rizikem krvácení by měli pacienti užít poslední dávku nejméně 48 hodin před zákrokem.

C U pacientů s dabigatranem s CrCl (nebo eGFR) 30-50mL/min doporučujeme, aby poslední dávku užili 72 hodin před výkonem. U každého pacienta s rychle se zhoršující funkcí ledvin by měl být konzultován hematolog.

Pokud se přeruší protidestičková nebo antikoagulační terapie, pak doporučujeme obnovení až 48 hodin po zákroku v závislosti krvácení během a po výkonu a trombotických rizik



Obrázek 1: Doporučení pro pacienty na antagonistech P2Y12 receptoru podstupující endoskopické výkony (antagonisté P2Y12: clopidogrel – prasugrel – ticagrelor)



Obrázek 2: Doporučení pro pacienty na warfarinu nebo na přímých orálních antiokoagulacích (DOAC) podstupující endoskopické výkony (DOAC: Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban)

Překlad

Michal Štěpán

Revize

Výbor Endoskopické sekce ČGS

Originální dokument

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-102652>

Endoscopy 2016; 48: 1-18

Přímý odkaz

