

Damit ein Darmpolyp gleich mit entfernt werden kann

Vor der Koloskopie Marcumar absetzen?

Dr. Martin Byrtus, Facharzt für Innere Medizin, Villingen:

Muss man vor kleineren diagnostischen und therapeutischen Eingriffen wie z.B. der Gastroskopie/Koloskopie mit ggf. Polypektomie die Marcumarisierung unterbrechen? Die Empfehlungen hierzu sind widersprüchlich.

Dr. Kai Halbritter, Professor Dr. Sebastian Schellong, Universitätsklinikum Dresden, Medizinische Klinik III, Bereich Angiologie:

In der täglichen Praxis stellt sich häufig die Frage, wie man bei Patienten, die orale Antikoagulanzen erhalten, endoskopische Biopsien bzw. Polypektomien durchführen kann, ohne stärkere Blutungen zu riskieren. In der Literatur gibt es jedoch wenig Basis für eine differenzierte Herangehensweise. Wichtig erscheint zunächst, dass strikt getrennt werden muss zwischen therapeutischen Polypektomien und diagnostischen Biopsien. Erstere gehen mit einem auch in der Literatur beschriebenen hohen Blutungsrisiko einher. Letztere sind dagegen hinsichtlich der Blutungsneigung weniger kritisch.

Für **Biopsien** im Gastrointestinaltrakt unter laufender oraler Antikoagulation liegen gute Daten vor, die ein sicheres und effektives Management dieser Patienten beschreiben. So beobachteten Dun et al. bei laufender Antikoagulation in keinem von 111 endoskopischen Eingriffen am Verdauungstrakt größere Blutungen.

Grundsätzlich anders ist die Situation bei **Polypektomien**: Das Blutungsrisiko scheint nicht nur durch Zahl und Größe der zu entfernenden Polypen bestimmt zu sein, sondern auch durch Begleitmedikation und Komorbiditäten. Kim et al. beschreiben als Risikofaktoren für Blutungen nach Kolon-Polypektomie neben Alter des Patienten, chronischer Niereninsuffizienz oder kardiovaskulären Nebenerkrankungen auch die Therapie mit Antikoagulanzen als unabhängigen Risikofaktor.

Eine theoretische Möglichkeit, dem Blutungsrisiko zu begegnen, ist, zunächst unter fortgeführter oraler Antikoagulation zu endoskopieren. Stellt sich ein Polyp dar, der abgetragen werden muss, wird eine zweite Koloskopie angesetzt und der Patient im Vorfeld auf niedermolekulares Heparin umgestellt (Bridging). Dieser Ansatz erscheint allerdings wenig praktikabel, da heute die meisten Koloskopien in primärer Polypektomie-Bereitschaft durchgeführt werden.

Nach Risiko vorgehen

Schon vor der ersten Koloskopie muss daher das Blutungsrisiko durch eine potenzielle Polypektomie berücksichtigt und das Antikoagulanzenregime geändert werden. Ob der Vitamin-K-Antagonist ersatzlos abgesetzt werden kann, richtet sich nach dem individuellen Risiko des Patienten für arterielle bzw. venöse Thromboembolien. So werden Träger eines mechanischen Mitralklappenersatzes oder gar Doppelklappenersatzes ein ungleich höheres Risiko tragen als Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern über 65 Jahre ohne weitere Risikofaktoren.

So gelingt die Umstellung

Aus unserer Sicht ist bei Patienten mit hohem oder moderat erhöhtem Thromboembolierisiko vor der geplanten Endoskopie ein Bridging vorzunehmen. Dieses sollte sich an folgendem Konzept orientieren:

- Indikationen prüfen (Prozedur, orale Antikoagulation).
- Patientenanamnese erheben (Kreatinin, Heparin-induzierte Thrombozytopenie, Compliance)
- Patient aufklären (Risikoabwägung, mediko-legale Aspekte)
- Niedermolekulares Heparin (NMH) auswählen. Dosis bzw. Applikation festlegen. Bei einer Ziel-INR 2,5 – 3,5: ca. 200 antiXa-Einheiten/kgKG/d in zwei Dosen, bei einer Ziel-INR 2,0 – 3,0: circa 100 antiXa-Einheiten/kgKG/d.
- Orale Antikoagulation rechtzeitig vor der Endoskopie beenden, wobei sich das notwendige Zeitintervall nach der Halbwertszeit des oralen Antikoagulans richtet.
- Ist die INR auf unter 2,5 bzw. unter 2,0 abgesunken wird mit NMH begonnen
- Mindestens 24h Abstand zwischen letzter Applikation (meist am Morgen des Tages vor dem Eingriff) des NMH und der Intervention einhalten
- Postinterventionell NMH gemäß Blutungsrisiko dosieren
- Reicht die Blutstillung aus, kann mit der oralen Antikoagulation wieder begonnen werden
- NMH-Prophylaxe absetzen, wenn die INR über 2,5 bzw. 2,0 liegt.

Konstellation zählt

Hohes Thromboembolie-Risiko

(Ziel-INR 2,5 – 3,5):

- Mechanischer Mitralklappenersatz
- Mechanischer Doppelklappenersatz
- Mechanischer Aortenklappenersatz mit Vorhofflimmern und/oder schlechter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF)

Moderates Thromboembolierisiko

(Ziel-INR 2,0 – 3,0):

- Vorhofflimmern mit niedrigem CHADS2 Score
- Idiopathische Venenthrombose in der Eigenanamnese (> 3 Monate seit Indexereignis)
- Schlechte LVEF
- Mechanischer Aortenklappenersatz im Sinusrhythmus mit erhaltener LVEF