

Endoscopische ingrepen en antistolling
Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp
Afdeling Endoscopie

Procedures met hoog risico	Procedures met laag risico
<i>Poliepectomie</i>	<i>Diagnostische endoscopie met biopsie</i>
<i>Biliaire sfincterotomie</i>	<i>ERCP zonder sfincterotomie</i>
<i>Pneumodilatatie</i>	<i>Biliaire of pancreatische stent zonder sfincterotomie</i>
<i>Dilatatie (CRE, Savary)</i>	<i>Enterale stent plaatsing zonder dilatatie</i>
<i>PEG plaatsing</i>	<i>Videocapsule</i>
<i>Laser ablatie, APC (Argon)</i>	<i>Endoecho zonder punctie</i>
<i>Oesofagus varices therapie</i>	
<i>Bloedingsinterventie</i>	

Aandoeningen met hoog risico thromboembolische complicaties	Aandoeningen met laag risico thromboembolische complicaties
<i>Atriumfibrilleren bij kleplijden, klepprothese¹ of eerdere thromboembolische episode,</i>	<i>Ongecompliceerd of paroxysmaal nonvalvular boezemfibrilleren</i>
<i>Mechanische klep in mitralispositie¹</i>	<i>Bioklepprothese¹</i>
<i>Mechanische klep en eerdere thromboembolische episode¹</i>	<i>Mechanische klep in aorta positie¹</i>
<i>PTCA zonder stent na ACS < 6 weken</i>	<i>Status na VTE² > dan 3 maanden geleden</i>
<i>Status na VTE² < dan 3 maanden geleden</i>	
<i>VTE² bij bekende thrombofilie of recidiverende idiopathische thrombofilie</i>	
<i>Drug eluting coronairstent < 12 maanden</i>	
<i>Bare metal coronairstent < 6 weken</i>	

¹ Overleg met cardioloog

² VTE : veneuze thromboembolie, dus diepe veneuze thrombose en/of longembolie

Beleid :

1. Plaatjes-aggregatieremmers :

- a. Acetylsalicylzuur kan zowel bij low-risk als high risk procedures worden gecontinueerd. Alleen in het geval van een biliaire sfincterotomie gaarne overleg met endoscopist.
- b. Plavix® (clopidogrel) kan doorgegeven bij low-risk procedures en moet gestopt worden bij high risk procedures. *In dat geval altijd overleg met cardioloog! Wanneer het risico van stoppen te hoog dan ingreep uitstellen.*
- c. Dipyramidol (Persantin®) 2-3 dagen voor high-risk procedure stoppen.

2. Anticoagulantia :

- a. In alle gevallen kan de antistolling gecontinueerd worden bij een low-risk endoscopische procedure. Wel dient de INR *niet* suprathérapeutisch te zijn. Een cito INR één uur voor de ingreep is dus noodzakelijk. Dit dient door de aanvrager geregeld te worden. *Omdat wij op onze afdeling bij colonscopie de eventuele poliepen direct verwijderen dient in beginsel een colonscopie gezien te worden als een hoog risico ingreep : namelijk colonscopie + poliepectomie.* Bij een high-risk procedure dient de antistolling bij alle patiënten gecoupeerd te worden. Streefwaarde INR < 1,7.
- b. Bij aandoeningen met hoog risico op thrombo-embolische complicaties bij wie de antistolling gecoupeerd moet worden, zal overbrugging met therapeutisch gedoseerde LMWH overwogen moeten worden.
 - i. Indien de ingreep s'ochtends dan avonddosering van de dag **vóór** de ingreep overslaan en de ochtenddosering **op** de dag van de ingreep overslaan. De avonddosering **op** de dag van de ingreep hervatten.
 - ii. Indien de ingreep s'middags dan de avonddosering van de dag **vóór** de ingreep wel geven, de ochtenddosering **op** de dag van de ingreep overslaan, evenals de avonddosering **op** de dag van de ingreep. De dag **na** de ingreep de ochtenddosering hervatten.

Literatuur :

1. Richtlijn NGMDL “Endoscopische ingrepen bij patiënten met antistolling en plaatjesaggregatieremming”
2. Anderson MA, Ben-Menachem T, Gan SI, et al. ASGE guideline management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2009;70:1060-1070.