

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Giltig från: 2025-06-05

Innehållsansvar: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Giltig till: 2027-05-28

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Utsättning av antikoagulantia och trombocythämmare före endoskopi 119

Revideringar i denna version

Inga ändringar

Bakgrund

Det är inte ovanligt att patienter under behandling med antikoagulantia eller trombocythämmande preparat behöver genomgå elektiv gastrointestinal endoskopi. I dessa fall måste risken för procedurrelaterad blödning vägas mot risken för tromboembolisk händelse i händelse av att behandling utsättes inför endoskopi.

Till gruppen trombocythämmare räknas:

- Acetylsalicylsyra (Trombyl och Asasantin)
- P2Y12-receptor-antagonister (clopidogrel (Plavix), ticagrelor (Brilique), prasugrel (Efient))

Till gruppen antikoagulantia räknas:

- K-vitaminantagonist (Waran/warfarin)
- Lågmolekylära hepariner (LMWH - Fragmin, Innohep, Arixtra, Klexane)
- Direktverkande orala antikoagulantia [NOAK – rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis), dabigatran (Pradaxa)]

Syfte

Att tydliggöra riktlinjer för utsättning och återinsättning av antikoagulantia och trombocythämmare hos patienter som skall genomgå elektiv gastrointestinal endoskopi på GEA, SU/Sahlgrenska.

Vid behov av akut gastrointestinal endoskopi hos patient under behandling med antikoagulantia eller trombocythämmare får beslut fattas på individbasis ur ett risk-nytta perspektiv.

Arbetsbeskrivning

Utsättning av läkemedel inför elektiv gastrointestinal endoskopi

Risken för blödning (högrisk alt. lågrisk) vid endoskopi avgörs av procedurens omfattning, vilket inte alltid är känt före undersökningen. Betrakta därför alla undersökningar som potentiell högrisk för blödning. Undantag som är att betrakta som lågrisk för blödning är:

Kapselendoskopi
Gastroskopi +/- biopsitagning

För detaljerad riskvärdering med avseende på blödning, v g detaljerad lista nedan.

Endoskopi förenad med låg risk för blödning (gastroskopi +/- biopsi och kapselendoskopi)

<u>Preparat</u>	<u>Handläggning</u>
Acetylsalicylsyra	Bibehåll
Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor	Bibehåll
NOAK (samtliga) undersökningsdagen	Bibehåll, men tas ej
LMWH (samtliga) timmar innan undersökning	Bibehåll, men sista dos 24
Warfarin	Bibehåll

Kontrollera så att PK < 3 vid provtagning 7 dagar före undersökningen.

Endoskopi förenad med hög risk för blödning (alla övriga undersökningar)

<u>Preparat</u>	<u>Handläggning</u>
Acetylsalicylsyra	Bibehåll*

Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor endoskopi	Sätt ut 7 dagar före
NOAK (samtliga) endoskopi [#]	Sätt ut 3 dagar före
LMWH (samtliga) timmar innan undersökningen	Bibehåll, men sista dos 24
Warfarin	Sätt ut 5 dagar före endoskopi (PK < 1,6)

*) Överväg utsättning vid planerad ampullektomi

#) Pradaxa® (dabigatran) sätts ut 5 dagar före undersökningen om nedsatt njurfunktion (GFR < 50)

Konsultation

Vid komplicerade kardiella och/eller tromboemboliska tillstånd kan risken för negativa konsekvenser av utsättning vara ökad och exempelvis warfarin behöva temporärt ersättas av LMWH. Konsultation skall därför initieras kring utsättning om följande kriterier föreligger:

Dialog med kardiolog vid

- Genomgången PCI < 12 månader
- Förmaksflimmer och genomgången hjärtinfarkt/PCI

Dialog med neurolog vid

- Genomgången TIA/stroke < 12 månader
- Förmaksflimmer och genomgången TIA/stroke < 3 månader

Dialog med koagulationsläkare vid

- DVT/LE < 3 månader
- Elektiv endoskopi skall helst undvikas på denna patientgrupp < 3 månader efter DVT/LE

Återinsättning av läkemedel efter elektiv gastrointestinal endoskopi

Efter endoskopi återsättes utsatta preparat enligt följande:

Preparat

Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor

NOAK

LMWH

Warfarin

Handläggning

Återinsätt 2 dagar efter endoskopi

Återinsätt 2 dagar efter endoskopi

Återinsätt dagen efter endoskopi

Återinsätt samma dag som endoskopi

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som arbetar på GEA.

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och efterföljs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens styrande dokument.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller dennes av Sektionschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg dokumenteras i Melior om det är kopplat till patient.

Övriga orsaker till avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

ESGE:s europeiska riktlinjer (2021) för handläggning av patienter under behandling med trombocythämmare och antikoagulantia inför gastrointestinal endoskopi:

[Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology \(BSG\) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy \(ESGE\) guideline update – European Society of Gastrointestinal Endoscopy \(ESGE\)](#)

Fördjupningsinformation

Riskvärdering av den endoskopiska proceduren ur ett blödningsperspektiv (lågrisk alt högrisk):

Hög blödningsrisk

Endoskopi +
polypektomi
Endoskopi + EMR /
ESD / RF
Varicerbehandling
Dilatation av GI-
striktur
Perkutan gastrostomi
(PEG)
ERCP + sfinkterotomi
EUS + FNA/FNB alt
dränage
Värmekoagulation och
ablation
Ballongassisterad
enteroskopi med terapi

Låg blödningsrisk

Gastroskopi ± biopsi
Koloskopi ± biopsi
ERCP ± stent
EUS utan FNA/FNB
Kapselendoskopi
Ballongassisterad
enteroskopi utan terapi
Stentning av GI-
striktur

Riskvärdering av en tromboembolisk händelse vid utsättning av trombocythämmare:

Hög

tromboembolirisk

Koronarsjukdom med
koronarstent

Låg

tromboembolirisk

Koronarsjukdom utan
koronarstent
Cerebrovaskulär
sjukdom
Perifer kärlsjukdom

Riskvärdering av en tromboembolisk händelse vid utsättning av warfarin och NOAK:

Hög

tromboembolirisk

Mekanisk klaffprotes
Förmaksflimmer
(CHADS-VASC > 4)
Förmaksflimmer +
CVI/TIA < 3 månader
DVT/LE < 3 månaders
behandling
Recidiv-DVT/LE

Låg

tromboembolirisk

Biologisk klaffprotes
Förmaksflimmer
(CHADS-VASC < 5)
DVT/LE > 3 månaders
behandling

Dokumentation

Styrande dokument hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Per Hedenström, Sektionschef Gastroenterologi och hepatologi
Nima Mottacki, Överläkare GEA
Gisela Ringström, Vårdenhetschef GEA

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-77

Version: 8.0

Giltig från: 2025-06-05

Giltig till: 2027-05-28