

Antitrombotická léčba a digestivní endoskopie

Jiří Cyraný¹, Radovan Malý², Stanislav Rejchrt¹, Ilja Tachecí¹

¹II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

²I. interní kardiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Antitrombotická léčba zahrnuje léčbu antikoagulační a protidestičkovou. Pacientů léčených různými formami antitrombotické terapie přibývá. Výkony digestivní endoskopie jsou velmi často indikovány praktickými lékaři a specialisty jiných odborností než gastroenterologie. Efektivita a bezpečnost digestivní endoskopie proto vyžaduje v tomto bodě mezioborovou spolupráci a vzájemné porozumění – proto nabízíme stručný přehled zpracovaný dle aktuálních doporučení evropských, britských (1) a severoamerických (2) pro endoskopické výkony, se zohledněním doporučení pro perioperační péči obecně (3).

Vedení antitrombotické terapie u pacientů podstupujících výkon digestivní endoskopie je dáno individuálním vážením rizika krvácení (především odloženého) v souvislosti s výkonem na straně jedné; proti riziku tromboembolické komplikace na straně druhé; nejlépe ve spolupráci s lékařem indukujícím antitrombotickou terapii. Přes veškerou snahu mají nemocní užívající antitrombotickou medikaci v souvislosti s endoskopickým výkonem vyšší riziko krvácení než pacienti bez této terapie – toto by měli ošetřující lékaři akceptovat a pacienti by o tom měli být poučeni. Krvácení po digestivní endoskopii je většinou zvladatelné dalším endoskopickým výkonem. Naproti tomu cerebrální a kardiovaskulární tromboembolické komplikace často ohrožují život a jsou nezřídka invalidizující. Je vhodné vždy zvážit odložení elektivního výkonu u pacienta s dočasnou antitrombotickou terapií (po plicní embolii, po zavedení koronárního stentu).

Základní pravidla podávání antitrombotické terapie v souvislosti s endoskopickým výkonem popisuje tabulka 1. Výkony digestivní endoskopie lze empiricky rozdělit dle rizika krvácení po výkonu (Tab. 2). Riziko postprocedurálního krvácení lze u některých endoskopických procedur snížit (ERCP s balónovou dilatací papily místo sfinkterotomie, mechanické zajištění stopky před nebo po polypektomii apod.).

Kyselina acetylsalicylová podávaná v indikaci sekundární prevence (primárně preventivní indikace jsou v současnosti velmi úzké) nemá být v souvislosti s endoskopickým výkonem vysazována (vysazení je spojeno s přibližně trojnásobným nárůstem trombotických komplikací!). Výjimkou jsou jen procedury s nejvyšším rizikem, kde si vysazení výslovně vyžádá digestivní endoskopista.

Redukci duální antiagregační terapie je vhodné se vyhnout u vysokorizikových pacientů – především časné po implantaci koronárního stentu (Tab. 3) – vždy zvažujeme odložení elektivní procedury.

Přemostění vysazeného warfarinu pomocí nízkomolekulárního heparinu (LMWH) není indikováno rutinně (v některých případech tento postup významně zvyšuje riziko krvácení). Vhodné je přemostění pomocí LMWH u pacientů s vysokým (případně středním) tromboembolickým rizikem (Tab. 5). LMWH navíc přináší specifická rizika zvláště u pacientů s poruchou ledvinných funkcí (Tab. 4) (4). U pacientů s vysokým tromboembolickým rizikem je před elektivním výkonem vždy vhodné vyjádření lékaře indukujícího antikoagulaci.

Terapie přímými orálními antikoagulancii (DOAC) by neměla být podávána v den výkonu ani před procedurami s nízkým rizikem krvácení (např. biopsie), delší vysazení je doporučeno u vysokorizikových procedur (toto vysazení nemá být přemostováno LMWH vzhledem k rychlému nástupu účinku a poločasu eliminace DOAC, Tab. 7) (5).

Znovunasazení antitrombotické terapie po endoskopickém výkonu s vysokým rizikem by měl vždy určit endoskopující lékař, doporučené intervaly nutno považovat za minimální: v případě P2Y₁₂ inhibitorů za 1–2 dny po výkonu, v případě