

Bridging – gemeinsam geht es besser!

Neue S1-Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Bridging – Together Everyone Achieves More

New Guidelines Published by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)

Armin Mainz

Was ist bekannt?

Spätestens seit der Veröffentlichung einer zahnärztlichen Stellungnahme [1] und den Empfehlungen der Leitliniengruppe Hessen [2] hat die Unterbrechung einer oralen Antikoagulation und ggf. deren Überbrückung mit Heparin (*Bridging*) ihre theoretische Grundlage gefunden. Allerdings ist sie noch nicht als standardisiertes Vorgehen in der medizinischen Versorgung angekommen. Andererseits nimmt die Zahl der antikoagulierten Patienten als auch die Zahl der operativen bzw. zahnärztlichen Eingriffe stetig zu.

Für hausärztliche Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie wurde in den vergangenen Jahren die Datenlage zur Unterbrechung der Antikoagulation erneut aufbereitet [3]. Mit diesen Informationen sollen die Teilnehmenden verstärkt zu einer systematischen Implementierung motiviert werden.

Was ist neu?

In die Handlungsempfehlung „Bridging“ ist eine Anleitung mit dem aktuell gültigen Management einer Unterbrechung der Antikoagulation [4] integriert. In dieser Anleitung sind die Zu-

ständigkeiten für die einzelnen Verfahrensabschnitte geregelt. Nachdem die Hausarztpraxis das individuelle Patientenrisiko ermittelt hat, werden von den verantwortlichen Operateuren/Zahnärzten eindeutige Angaben zum Bridging verlangt. Anschließend werden die Patienten konkret über das Vorgehen instruiert. Die erforderlichen Maßnahmen können von Medizinischen Fachstellen nach einer Einweisung weitgehend selbstständig umgesetzt werden. Die Dokumentation in der Praxis-EDV wird vereinfacht.

Was gibt es noch zu tun?

Noch nicht alle zahnärztlich bzw. operativ tätigen Personen sind über die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur (Nicht-)Unterbrechung der Antikoagulation umfassend informiert. Diese Leitlinie kann bei der Verbreitung des Wissens unterstützend eingesetzt werden. Die patientenindividuelle Umsetzung der Antikoagulationsunterbrechung ist für das Praxisteam aufwendig; eine ergänzende schriftliche Patientenanleitung könnte den Prozess vereinfachen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Armin Mainz
Gemeinschaftspraxis
Am Berndorfer Tor 5
34497 Korbach
dialog@praxis-korbach.de
www.praxis-korbach.de

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulationstherapie. Wissenschaftliche Stellungnahme, Stand 7/01
2. Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie „Antikoagulation“, 8. Juli 2006
3. Kaufmann-Kolle P. Verordnungsspiegel und Hintergrundinformationen „Antithrombotika“ (Hessen 7). AQUA-Institut Göttingen, November 2011
4. Baron TH, Kamath PS, McBane RD. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing invasive procedures (mit supplementary appendix). *N Engl J Med* 2013; 368: 2113–24

Dr. med. Armin Mainz ...



... arbeitet in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Korbach/Nordhessen, die Praxis ist eine Lehrpraxis der Universität Marburg. Als langjähriger Moderator für Qualitätszirkel und Visitor von EPA-Praxen ist er sehr vertraut mit den hausärztlichen Arbeitsbedingungen.

DEGAM S1-Handlungsempfehlung

Bridging

**Definition**

Patientinnen und Patienten, die Cumarinderivate zur Hemmung der Blutgerinnung einnehmen (Antikoagulation) und sich einer Operation oder einem invasiven diagnostischen Eingriff unterziehen, benötigen unter bestimmten Voraussetzungen eine Unterbrechung ihrer Blutgerinnungshemmung.

Epidemiologie / Versorgungsproblem

Die Zahl der antikoagulierten Patientinnen und Patienten nimmt zu. Gleichzeitig werden immer mehr diagnostische und therapeutische Eingriffe mit möglichen Blutungsrisiken durchgeführt. Hausärztinnen und Hausärzten obliegt die Planung und Steuerung eines optimalen Schutzes vor venösen oder arteriellen Thromboembolien einerseits und schweren Blutungen andererseits.

Einteilung

Folgende Eingriffe mit einem niedrigen Blutungsrisiko (< 1,5 %) bedürfen keiner Unterbrechung der Blutgerinnungshemmung (ein INR-Wert um 2 ist ausreichend):

- Zahnziehen (Ausnahme: Mehrere Zähne)
- Magen- oder Darmspiegelungen (ohne Polypektomien)
- Katarakt-Operationen
- Haut-Operationen
- Bronchoskopien
- Beckenkammpunktionen
- Leistenbruch-Operationen

Bei Eingriffen mit einem hohen Blutungsrisiko (> 1,5%) richtet sich das Vorgehen nach der Zugehörigkeit zu drei Risikogruppen mit einem niedrigen, mittleren oder hohen Risiko für eine Thromboembolie (siehe Seite 2).

Für Herzschrittmacher-Implantationen und Arthroskopien existieren keine einheitlichen Risikozuordnungen; bei Ersterem soll jedoch grundsätzlich die Antikoagulation nicht unterbrochen werden.

Prognose/Verlauf

Aufgrund der therapiebedingten instabilen Blutgerinnung birgt jegliche Änderung an einer laufenden Blutgerinnungshemmung das Risiko, die ursprünglich zu vermeidenden Komplikationen hervorzurufen.

Abwendbar gefährliche Verläufe

Ein systematisches und kooperatives, d. h. fachübergreifendes Vorgehen kann zur Vermeidung von Thromboembolien und gefährliche Blutungen beitragen.

Diagnostik

Gemessen wird die Thromboplastinzeit. Um eine Vergleichbarkeit der Testergebnisse zu ermöglichen, soll statt der Angabe des „Quick“-Wertes der INR-Wert (International Normalized Ratio) verwendet werden.

Mit dem CHADS₂-Score kann ein Schlaganfallrisiko bei Vorhofflimmern geschätzt werden. Jedes vorhandene Risiko bedeutet einen Punkt, bei einem bereits erlittenen Schlaganfall werden zwei Punkte vergeben.

C = Herzinsuffizienz, H = Hypertonie, A = Alter > 75, D = Diabetes, S = Schlaganfall.

Therapie

In Abstimmung mit den intervenierenden Fachgebieten sollten die Risikogruppe, die Obergrenze des INR-Wertes, ggf. die Heparin-Ersatztherapie (NMH) und die Änderung der Antikoagulation hausärztlicherseits festgelegt werden. Mit Hilfe des auf der Folgeseite abgebildeten patientenindividuellen Ablaufplanes unterstützen die Medizinischen Fachangestellten die Ärztin/den Arzt bei diesem Vorhaben. Der ausgefüllte Plan wird den Patientinnen und Patienten ausgehändigt und dient diesen ebenfalls zur Orientierung über die durchzuführenden Maßnahmen.

Achtung:

- Der Einsatz der NM-Heparine erfolgt bei dieser Indikation „off label“.
- Bei mäßiger Niereninsuffizienz sollten und bei schwerer Niereninsuffizienz dürfen keine NM-Heparine gegeben werden.

Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

Der folgende Algorithmus kann in das praxiseigene EDV-System übernommen und individuell ausgedruckt werden. Zum Ausfüllen von a), b) und c) wird er an die entsprechende Fachdisziplin weitergereicht.

PatientIn:		geb. :		
<input type="checkbox"/> Risikogruppe hoch (> 10 % Thrombembolien/Jahr) <ul style="list-style-type: none"> • Venenthrombose oder Lungenembolie in den letzten 3 Monaten • Vorhofflimmern und CHADS₂ > 4 oder mit Insultereignis in den letzten 3 Monaten • Mitralkunstklappen oder nicht-bikuspidale Aortenkunstklappen oder rheumatische Klappenerkrankungen • Schwere Blutgerinnungsstörungen (z.B. homozygote Faktor-V-Leiden-Mutation) 	<input type="checkbox"/> Risikogruppe mittel (5–10 % Thrombembolien/Jahr) <ul style="list-style-type: none"> • Venenthrombose oder Lungenembolie vor 3–12 Monaten oder wiederholte Thromboembolien • Vorhofflimmern und CHADS₂ = 3 oder 4 • Bikuspidale Aortenkunstklappe und CHADS₂ > 0 • Tumorerkrankung unter Therapie (Zuordnung nicht einheitlich) 	<input type="checkbox"/> Risikogruppe niedrig (< 5 % Thrombembolien/Jahr) <ul style="list-style-type: none"> • Venenthrombose oder Lungenembolie vor mehr als 12 Monaten • Vorhofflimmern und CHADS₂ ≤ 2 • Bikuspidale Aortenkunstklappe und CHADS₂ = 0 • Tumorerkrankung unter Therapie (Zuordnung nicht einheitlich) 	Vom Hausarzt auszufüllen	
Vor der geplanten Maßnahme eintragen lassen und wieder zur Hausarztpraxis zurückbringen: a) Eingriff: b) am (Wochentag und Datum): c) INR soll sein < (in der Regel < 1,5) <div style="text-align: right;">(Unterschrift)</div>				Intervenierender Arzt
Ab, den mit der Einnahme der Blutgerinnungstabletten pausieren.				Vom Hausarzt auszufüllen
<input type="checkbox"/> Ab dem tägl. Heparinspritze(n) in <i>therapeutischer Dosierung*</i>	<input type="checkbox"/> Ab dem tägl. Heparinspritze(n) in <i>halbtherapeutischer Dosierung*</i> Außer: Hohes individuelles Blutungsrisiko (positive Anamnese, NSAR, Patientenpräferenz) > dann weiter wie bei „Risikogruppe niedrig“	<input type="checkbox"/> Unterbrechung ohne Bridging!		
<input type="checkbox"/> Evtl. 2 Tage (beim Hausbesuch 3 Tage) vor dem Eingriff Blutentnahme, INR-Wert bestimmen lassen und das Ergebnis am Vortag des Eingriffs abholen:				Vom Hausarzt auszufüllen
<input type="checkbox"/> Letzte Heparinspritze in <i>halbtherapeutischer Dosierung*</i> am Morgen des Vortages. Keine Spritzen am Vorabend und am Tag des Eingriffs!				
<input type="checkbox"/> Nach dem Eingriff beim intervenierenden Arzt nachfragen und der Praxis mitteilen, ab welchem Tag nach dem Eingriff (ab dem 1. oder ab dem 2. Tag; bei Sphinkterotomien und Polypektomien i. d. Regel erst ab dem 3. Tag) die Heparinspritzen wieder gegeben werden sollen:	<input type="checkbox"/> Nach dem Eingriff beim intervenierenden Arzt nachfragen und der Praxis mitteilen, ob bereits am Tag des Eingriffs oder erst am Tag danach die Blutgerinnungstabletten wieder eingenommen werden sollen:			
Am Tag nach dem Eingriff in der Praxis zweimal anrufen: 1.) Fröhlich den erfolgreich durchgeführten Eingriff bekannt geben 2.) Mittags nachfragen <input type="checkbox"/> wie lange die Spritzen fortzusetzen sind <input type="checkbox"/> wie die Blutgerinnungstabletten einzunehmen sind <input type="checkbox"/> wann die nächste Blutkontrolle (INR) erfolgen soll		Am Tag nach dem Eingriff in der Praxis anrufen und nachfragen <input type="checkbox"/> wie die Blutgerinnungstabletten weiter einzunehmen sind <input type="checkbox"/> wann die nächste Blutkontrolle (INR) erfolgen soll		

*Bitte hier die bevorzugte praxiseigene Medikation (NMH) eintragen.



Literatur

1. Kaufmann-Kolle, P. Verordnungsspiegel und Hintergrundinformationen „Antithrombotische Mittel“ (Hessen 6). AQUA-Institut Göttingen, September 2008
2. Kaufmann-Kolle, P. Verordnungsspiegel und Hintergrundinformationen „Antithrombotika“ (Hessen 7). AQUA-Institut Göttingen, November 2011
3. Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie „Antikoagulation“, 8. Juli 2006
4. Chassot P-G, Delabays A, Spahn DR. Perioperative antiplatelet therapy: the case for continuing therapy in patients at risk of myocardial infarction. *Br J Anaesth* 2007; 99: 316–28
5. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulationstherapie. Wissenschaftliche Stellungnahme, Stand 7/01
6. Fialka F, Kramer F-J. Zahnärztliche Eingriffe bei oral antikoagulierten Patienten: Aktuelle Leitlinien und deren klinische Relevanz für die Kooperation von Haus- und Zahnarzt. *Z Allg Med* 2006; 82: 562–566
7. Anonymus. Perioperatives Management bei oraler Antikoagulation. *arznei-telegramm* 2004; 35: 94–96
8. Bauersachs RM, Schellong S, Haas S, Gogarten W, Riess H, Omran H. Überbrückung der oralen Antikoagulation bei interventionellen Eingriffen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A 1237–44
9. Hua TD, Vormfelde S, Abed MA, Schneider-Rudt H, Sobotta P, Chenot J-F. Orale Antikoagulation in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2010; 86: 382–389
10. Anonymus. Perioperatives Management bei oraler Antikoagulation. *arznei-telegramm* 2013; 44: 41–44
11. Spyropoulos A C, Douketis J D. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood* 2012; 120: 2954–62
12. Baron T H, Kamath P S, McBane R D. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing invasive procedures (mit supplementary appendix). *N Engl J Med* 2013; 368: 2113–24

Autoren: Armin Mainz

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny

Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

