

SOP – Perioperatives Management unter Thrombozyten Aggregationshemmer Therapie

Geltungsbereich: Anästhesiologie & Intensivmedizin

Fachleitung: Patient Care

Buddeberg/ Baur/ 03.06.2020

Aspirin als reine **Primärprophylaxe** soll pausiert werden.

- Primärprophylaxe: keine koronare Herzkrankheit, keine zerebrovaskuläre oder peripher-arterielle Verschlusskrankheit

Eine Monotherapie mit Aspirin kann in der Regel fortgeführt werden (ausser Neurochirurgie)

Aspirin als **Sekundärprophylaxe** sollte, wenn immer möglich, fortgeführt werden.

Sekundärprophylaxe:

Klinik stabil:

- ACS >12 Monate, St.n. PCI mit Stent >6 Mte, St.n. ACBP >6 Wo
- St.n. CVI / TIA >1 Mt
- PAVK

ASS unverändert weitergeben. Bei doppelter Thrombozyten-Aggregationshemmung Indikation und perioperatives Management interdisziplinär besprechen.

Subakutes Ereignis:

- ACS ≤12 Monate, St.n. PCI mit Stent ≤6 Mte, St.n. ACBP ≤6 Wo
- St.n. CVI / TIA ≤1 Mt

Eingriff wenn möglich verschieben. Interdisziplinäre Besprechung.

Therapiepausen

Cyclooxygenasehemmer (COX-Hemmer)

Acetylsalicylsäure (Aspirin®)

NSAR (z.B. Brufen®, Voltaren®, Ponstan®)

Selektive COX-II-Hemmer (z.B. Celebrex®, Arcoxia®)

Bei Operationen mit hohem Blutungsrisiko (z.B. Neurochirurgie):

- Stop Aspirin **5 Tage** präoperativ, Wiederbeginn frühestens nach 2-3 Tagen postoperativ
- Stop NSAR **12 Stunden** präoperativ

ADP-Rezeptor-Antagonisten / P2Y12-Antagonisten

Das perioperative Management einer Monotherapie mit einer anderen Substanz als Aspirin soll interdisziplinär besprochen werden

	Allgemein-Chirurgie	Herz-Chirurgie
Ticagrelor (Brilique)	5 Tage	3 Tage
Clopidogrel (Plavix)	7 Tage	5 Tage
Prasugrel (Efient)	9 Tage	7 Tage

Wiederbeginn in Abhängigkeit von perioperativem Blutungs- bzw. kardiovaskulärem Risiko, frühestens am 1. postoperativen Tag.