

Infiltrationen durch die Rheumatologie

Informationen und Richtlinien für interne,
wie externe Zuweiser

Sehr geehrte Zuweiser

Gerne möchten wir Ihnen mit den folgenden Unterlagen wichtige Informationen und Richtlinien bezüglich Interventioneller Schmerztherapie unter Bildverstärkung und Ultraschall zukommen lassen. Um einen raschen und effizienten Ablauf zu ermöglichen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Besten Dank!

Brauerstrasse 15, Postfach 834
8401 Winterthur
www.ksw.ch

Departement Medizin
Direktor: Prof. Dr. med. Cornel Sieber

Rheumatologie
Chefarzt: Dr. med. Lukas Wildi

Sekretariat
Tel.: 052 266 28 58
Fax: 052 266 45 08
rheumatologie@ksw.ch

Aufklärung

Vor den Infiltrationen müssen Patienten über den geplanten Eingriff aufgeklärt werden. Hier geht es insbesondere um die möglichen Komplikationen und die Patientenvorbereitung. Die Aufklärung ist optimal, wenn sie frühzeitig erfolgt, bei schwerwiegenden Komplikationsmöglichkeiten muss sie **mindestens 1 Tag vor der Intervention** erfolgen. Dies betrifft folgende Infiltrationen:

- epidurale Infiltrationen lumbal und thorakal
- Nervenwurzeln
- Bei zervikalen Nervenwurzelinfiltrationen oder thorakal epiduralen Infiltrationen (bei multisegmentalen Problemen an der HSW) werden wir den Patienten zuvor anbieten, die genaue Indikation überprüfen und die Aufklärung übernehmen.

Blutgerinnung, gerinnungshemmende Medikamente

Das Risiko eines spinalen oder epiduralen Hämatomes ist erhöht bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern. Demgegenüber stehen die kardiovaskulären Komplikationsrisiken beim Absetzen, insb. bei kürzlich implantierten Stents.

- **Blutungsanamnese und Status:** Anamnestisch wichtig sind Blutungsanamnese in der Familie, vermehrte Blutungsneigung, verlängerte Blutungszeit früher, Medikamente insb. orale Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer. Klinische Untersuchung der Haut, um vermehrte Hämatome und Hautblutungen auszuschliessen.
Ergibt sich aus der Anamnese und Untersuchung kein Verdacht auf eine Gerinnungsstörung, kann auf eine Laboruntersuchung verzichtet werden.
- **Minimale Anforderungen an das Labor für alle Eingriffe:**
 - Quick > 65%, INR ≤ 1.3
 - Thrombozyten > 100'000/μl
 - aPTT < 37 sec (Therapie mit Heparin, 1h vor Punktion gemessen)
 - ACT ≤ 120 sec
 - Anti-Faktor Xa < 0,1 IE/ml

▪ Absetzen gerinnungshemmender Medikamente für epidurale Infiltrationen

- NSAR: 3 Tage vor Intervention stoppen
- Aspirin cardio: 3 Tage vor Intervention stoppen
- Plavix® (Clopidogrel): mind. 7 Tage vor Intervention stoppen (je nach Indikation Absprache mit Kardiologen)
- OAK: INR/Quick bestimmen, Quick > 65%, INR ≤ 1.3
Kurzfristig Stoppen der OAK oder/und gleichzeitige Gabe von Konaktion, je nach Risiko und Indikation der Antikoagulation Überbrückung mit niedermolekularen Heparinen (NMH) in therapeutischer Absicht.
- NMH: Prophylaxe: letztmals 12h vor Intervention
Therapie (>5000 IE Fragmin): letztmals 24 h vor Intervention (bei Niereninsuffizienz: Anti-Faktor-Xa <0,1 IE/ml bestimmen)
- Unfraktioniertes Heparin i.v.: ≤15'000 IE: 4h vor Intervention Stopp,
>15'000 IE: 6h vor Intervention Stopp + aPTT, ACT, Thrombozyten 1h vor Intervention messen
- Arixtra® (Fondaparinux): möglichst Wechsel auf ein anderes Präparat
mind. 42h vor Intervention absetzen (Anti-Faktor-Xa <0,1 IE/ml)
- Eliquis® (Apixaban): 5 mg Apixaban 2x täglich: Auslassen der Morgen- und Abenddosis am Tag -3, -2 und -1 vor dem Eingriff und am Tag des Eingriffs. Die Behandlung mit Apixaban darf frühestens 6h nach Eingriff wieder aufgenommen werden.
2.5 mg Apixaban 2x täglich: Auslassen der Abenddosis am Tag -2 und der Morgen- und Abenddosis am Tag -1 vor dem Intervention und am Tag der Intervention. (Guidelines der Expertengruppe «Apixaban und Anästhesiologie» 11/2015)
- Lixiana® (Edoxaban): letzte Einnahme vor Prozedur: ≥48h (SGAR/SSAR 09/2015)
- Pradaxa® (Dabigatran): Stopp 2-3 Tage vor Intervention bei CrCl >50 ml/min, 3-4d bei CrCl 30-50 ml/min (UpToDate 06/2018)
- Xarelto® (Rivaroxaban) Stopp 2-3 Tage vor Intervention (UpToDate)
- Glykoprotein IIb/IIIa-Inhibitor: möglichst Wechsel auf ein anderes Präparat (keine Injektion möglich)
 - Reopro® (Abciximab)
 - Integrilin® (Eptifibatid)
 - Aggrastat® (Tirofiban)

▪ Facettengelenke, Nervenwurzeln, periphere Gelenke

- NSAR können weitergegeben werden
- Aspirin cardio kann weitergegeben werden
- Plavix® (Clopidogrel): falls möglich 7 Tage vorher stoppen (je nach Indikation Absprache mit Kardiologen und uns)
- Weitere Medikamente siehe oben (gleich wie epidurale Infiltrationen)

Patientenvorbereitung und Durchführung

- Alle Patienten sollten auf das Lenken von Motorfahrzeugen am gleichen Tag verzichten. Bitte erwähnen Sie das gegenüber den Patienten.