

GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

INTRODUZIONE

I farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti sono ampiamente prescritti per molteplici patologie cardiovascolari e tromboemboliche, ma comportano un aumentato rischio emorragico in caso di procedure endoscopiche. Ogni anno circa 10-15% dei pazienti deve sospendere questo tipo di farmaci per procedure invasive aumentando il rischio di eventi tromboembolici.

La scelta decisionale si basa sull'analisi del rapporto rischio/beneficio tra incidenza di eventi cardiovascolari in caso di sospensione del trattamento ed incidenza di eventi emorragici in caso di prosecuzione della terapia.

I FARMACI

ANTIAGGREGANTI:

- Aspirina
- Ticlopidina
- Tienopurine → clopidogrel, prasugrel, ticagrelor

Le Tienopurine inibiscono in modo irreversibile (ad eccezione del ticagrelor) l'attività del recettore P2Y₁₂, riducendo l'attività piastrinica

ANTICOAGULANTI:

- Eparine a basso peso molecolare (EBPM)
- Anticoagulanti orali (TAO): warfarin (Coumadin) ed acenocumarolo (Sintrom)
- Nuovi anticoagulanti orali (NAO) o diretti (DOACs): dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis) ed edoxaban (Lixiana)

CONDIZIONI A RISCHIO TROMBOEMBOLICO**ALTO RISCHIO****Per sospensione antiaggreganti:**

- Stent coronarico medicato entro 6 mesi dal posizionamento; entro 1 mese per stent medicati di nuova generazione (se endoscopia entro i 3 mesi dal posizionamento sempre consulto cardiologico)
- Stent coronarico non medicato entro 1 mese dal posizionamento
- Stent carotideo nel primo mese dal posizionamento

Per sospensione anticoagulanti:

- Protesi valvolari meccaniche
- Fibrillazione atriale (FA) con protesi valvolare cardiaca o precedenti eventi tromboembolici
- Fibrillazione atriale e stenosi mitralica
- Eventi tromboembolici venosi < 3 mesi

BASSO RISCHIO**Per sospensione antiaggreganti:**

- Cardiopatia ischemica senza stent coronarico
- Patologia cerebrovascolare
- Vasculopatia periferica

Per sospensione anticoagulanti:

- Valvola cardiaca biologica
- Fibrillazione atriale senza valvulopatia
- Eventi tromboembolici venosi > 3 mesi
- Sindromi trombofiliche (consultare ematologo)

PROCEDURE ENDOSCOPICHE

ALTO RISCHIO

- Polipectomia
- ERCP + papillo-sfinterotomia endoscopica (PSE)
- Sfinterotomia + dilatazione della papilla con pallone
- Ampullectomia
- EMR/ESD
- Dilatazione di stenosi del tratto GI superiore o inferiore
- Trattamento endoscopico di varici
- PEG/PEJ
- EUS + FNA/FNB
- Stenting esofageo, enterale o colico
- Drenaggio endoscopico di pseudocisti

BASSO RISCHIO

- Procedure diagnostiche (gastroscopia, colonscopia ed enteroscopia) $\pm$ biopsie
- EUS diagnostica
- Videocapsula (VCE)
- Stenting biliare o pancreatico senza PSE

ENDOSCOPIA IN ELEZIONE

1. CARDIOASPIRINA

CONTINUARE assunzione per tutte le procedure endoscopiche diagnostiche e terapeutiche.

Se possibile (meglio in accordo con il Cardiologo), **SOSPENDERE** per:

- ESD
- Ampie EMR (> 2 cm) del tratto digestivo superiore ed inferiore
- Ampullectomia

In questi casi valutare ogni singolo caso a seconda del rischio emorragico rispetto a quello trombotico.

SOSPENDERE: 7 giorni prima

RIPRENDERE: entro 48 ore dalla procedura, se ottenuta corretta emostasi

2. TICLOPIDINA/CLOPIDOGREL/PRASUGREL/TICAGRELOR

PROCEDURE ENDOSCOPICHE A BASSO RISCHIO (gastroscopia, colonscopia ed enteroscopia ± biopsie; EUS diagnostica; VCE; stenting biliare o pancreatico senza PSE)

→ **CONTINUARE** la terapia, anche quando in doppia antiaggregazione con ASA

PROCEDURE ENDOSCOPICHE AD ALTO RISCHIO (polipectomia; ERCP + PSE; sfinterotomia + dilatazione della papilla con pallone; ampullectomia; EMR/ESD; dilatazione di stenosi del tratto GI superiore o inferiore; trattamento endoscopico di varici; PEG/PEJ; EUS + FNA/FNB; stenting esofageo, enterale o colico; drenaggio endoscopico di pseudocisti)

1. Basso rischio cardiovascolare

→ **SOSPENDERE** Clopidogrel 5 gg prima, Ticagrelor 3 gg prima e Prasugrel 7 gg prima se in monoterapia

(o eventualmente passare ad altro antiaggregante su consiglio del Cardiologo)

→ **SOSPENDERE** per tempo adeguato e **CONTINUARE ASA**, se in doppia antiaggregazione

2. Alto rischio cardiovascolare

→ consultare il Cardiologo per valutazione rischi/benefici

RIPRENDERE: entro 48 ore dalla procedura, valutando rischio emorragico e trombotico

3. WARFARIN/ACENOCUMAROLO

PROCEDURE ENDOSCOPICHE A BASSO RISCHIO (gastroscopia, colonscopia ed enteroscopia ± biopsie; EUS diagnostica; VCE; stenting biliare o pancreatico senza PSE)

→ **CONTINUARE** la terapia, controllando INR 5 giorni prima della procedura (non deve superare range terapeutico)

PROCEDURE ENDOSCOPICHE AD ALTO RISCHIO (polipectomia; ERCP + PSE; sfinterotomia + dilatazione della papilla con pallone; ampullectomia; EMR/ESD; dilatazione di stenosi del tratto GI superiore o inferiore; trattamento endoscopico di varici; PEG/PEJ; EUS + FNA/FNA; stenting esofageo, enterale o colico; drenaggio endoscopico di pseudocisti)

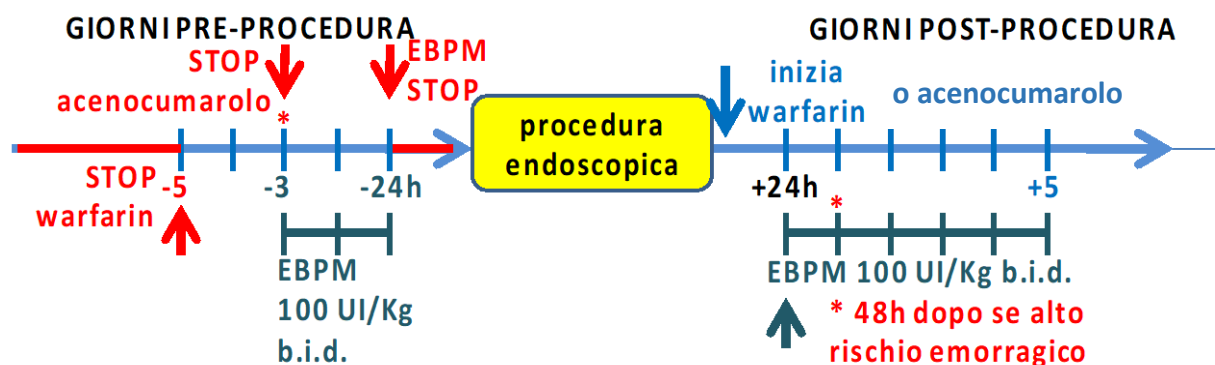
1. Basso rischio cardiovascolare

→ **SOSPENDERE** warfarin 5 giorni prima e controllare INR prima della procedura (< 1.5)
 → **RIPRENDERE** warfarin il giorno stesso al dosaggio abituale e controllo INR dopo 1 settimana

2. Alto rischio cardiovascolare (Figura 1)

→ **SOSPENDERE** warfarin 5 giorni prima della procedura **INIZIARE EBPM** a dosaggio terapeutico 2 giorni dopo la sospensione del warfarin
 → **SOSPENDERE EBPM** 24 ore prima della procedura
 → **RIPRENDERE** warfarin il giorno stesso ed EBPM dal giorno successivo fino a raggiungimento INR in range terapeutico

Figura 1: schema sospensione e ripresa Warfarin per alto rischio CV



Zullo A et al *Annals of Gastroenterology* (2017) 30, 7-14

4. DABIGATRAN/RIVAROXABAN/APIXABAN/EDOXYBAN

Valutare **clearance della creatinina** (1-4 settimane prima della procedura) per i pz in terapia con **DABIGATRAN** (80% del farmaco viene eliminato per via renale) (Figura 2).

PROCEDURE ENDOSCOPICHE A BASSO RISCHIO (gastroscopia, colonscopia ed enteroscopia ± biopsie; EUS diagnostica; VCE; stenting biliare o pancreatico senza PSE)

→ **SOSPENDERE** il giorno della procedura
 → **RIPRENDERE** il giorno successivo la procedura (la sera stessa per dabigatran ed apixaban)

PROCEDURE ENDOSCOPICHE AD ALTO RISCHIO (polipectomia; ERCP + PSE; sfinterotomia + dilatazione della papilla con pallone; ampullectomia; EMR/ESD; dilatazione di stenosi del tratto GI superiore o inferiore; trattamento endoscopico di varici; PEG/PEJ; EUS + FNA/FNB; stenting esofageo, enterale o colico; drenaggio endoscopico di pseudocisti)

→ **SOSPENDERE** 72 ore prima della procedura (per DABIGATRAN sospendere secondo clearance della creatinina - CrCl)
 → **RIPRENDERE** 24-48 ore dopo procedura
 (per ESD, ampie mucosectomie o ampullectomie, valutare ripresa dopo 72 ore)

Figura 2: tempi di sospensione NAO per procedure a basso ed alto rischio emorragico

	APIXABAN	DABIGATRAN CrCl ≥ 50 ml/min	DABIGATRAN CrCl < 50 ml/min	RIVAROXABAN	EDOXYBAN
Procedure a basso rischio	24 h	24 h	48 h	24 h	24 h
Procedure ad alto rischio	72 h	72 h	96 h	72 h	72 h

EHRA Guidelines, *Europace* 2013;15:625-651 BSG/ESGE Guidelines 2021 *Ann Gastroenterol* 2017;30(1):7-14

COLONSCOPIA: DA CONSIDERARE COME PROCEDURA AD ALTO RISCHIO (circa 35% degli esami con polipectomia), per età o storia clinica precedente

