Terapia antitrombotica e procedure endoscopiche

Data 15 maggio 2009
Categoria gastroenterologia

Come comportarsi se un paziente in trattamento con anticoagulanti o antiaggreganti deve sottoporsi ad una procedura endoscopica?

Nei pazienti in trattamento con warfarin o antitrombotici un'emorragia acuta gastrointestinale è una situazione ad alto rischio per cui può essere preferibile sospendere la terapia, tuttavia la decisione va personalizzata.
Da notare che queste raccomandazioni si applicano si applicano solo in caso di endoscopie in elezione. Nei casi urgenti il rischio immediato di emorragia può essere superiore al rischio trombotico dovuto alla sospensione del warfarin o dell'antiaggregante. In questo conetesto il clopidogrel dovrebbe essere sospeso per soli 5 giorni.
In questi casi comunque ogni decisione deve essere persoanlizzata e non ci sono linee guida univoche.

[b]PROCEDURE A BASSO RISCHIO EMORRAGICO[/b]

Sono procedure a basso rischio emorargico: le endoscopie a scopo diagnostico, con/senza biopsia, così come l'endoscopia diagnostica con ultrasuoni. Poichè il riscontro di polipi si può verificare con una probabilità elevata nelle colonscopie (22%-34% dei casi) lo specialista spesso considera ad alto rischio tutte le colonscopie così come la colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP).

Il warfarin può essere continuato, controllando però che l'INR non sia superiore al range consigliato. L'INR va controllato una settimana prima della procedura e se è nel range il warfarin può essere continuato; se l'INR è sopra il range ma inferiore a 5 si deve diminuire la dose fino che rientra nel range; se è superiore a 5 si deve spostare l'endoscopia.

[b]PROCEDURE AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO[/b]

Sono considerate ad alto rischio emorragico: le polipectomie endoscopiche, l'ERCP con sfinterotomia, lo stenting pancreatico o biliare, la resezione della mucosa o la dissezione della sottomucosa, la dilatazione endoscopica di stenosi del tratto GI superiore o inferiore, la terapia endoscopica delle varici, la gastrostomia percutanea e l' ecografia endoscopica con agobiopsia.

[b]Procedure ad alto rischio emorragico con basso rischio trombotico[/b]
Sono a basso rischio trombotico le protesi valvolari metalliche aortiche, le valvole cardiache biologiche, la fibrillazione atriale senza malattia valvolare associata e un tromboemboismo venoso da più di 3 mesi. Per il clopidogrel condizioni a basso rischio sono la cardiopatia ischemica senza stent coronarico, le malattie cerebrovascolari e le arteriopatie periferiche.
Se il paziente assume warfarin quest'ultimo deve essere smesso 5 giorni prima della procedura e l'INR va controllato prima della procedura per assicurarsi che sia inferiore a 1,5. Il warfarin va reintrodotto la sera della procedura e l'INR controllato una settimana dopo.
Se il paziente assume clopidogrel quest'ultimo deve essere sospeso 7 giorni prima dell'endoscopia mentre l'ASA deve essere continuato se il paziente sta già assumendo ASA (se il paziente stava assumendo solo clopidogrel si consiglia di considerare la prescrizione di ASA quando il clopidogrel viene smesso). Se l'endoscopia deve essere rimandata per un qualche motivo il clopidogrel deve essere nuovamente assunto e si deve programmare una nuova endoscopia.

[b]Procedure ad alto rischio emorragico con alto rischio trombotico[/b]
Sono ad elevato rischio trombotico: le protesi metalliche mitraliche, la fibrillazione atriale con protesi valvolari, fibrillazione atriale con stenosi mitralica, il tromboembolismo venoso da meno di 3 mesi, sindromi trombofiliche. Per il clopidogrel condizioni ad alto rischio sono gli stent medicati impiantati da meno di 12 mesi e quelli metallici impiantati da meno di 1 mesi.
Se il paziente assume warfarin quest'ultimo deve essere temporaneamente sospeso 5 giorni prima della procedura e sostituito con un'eparina a basso peso molecolare due giorni dopo la sospensione del warfarin. L'eparina non deve essere somministrata il giorno della procedura; la notte della procedura riprendere il warfarin alla dose usuale. Il giorno dopo la procedura riprendere l'eparina da continuare fino al raggiungimento del target INR voluto. Per maggiori dettagli si consiglia si consultare la pillola relativa alla "bridging therapy": [url]http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4621[/url].
Se il paziente assume clopidogrel la sua sospensione deve essere effettuata solo previa discussione con il paziente e con il cardiologo mentre il gastroenterologo deve determinare se l'endoscopia è effettivamente improcrastinabile.

In generale se il paziente ha uno stent metallico impiantato da più di un mese o uno stent medicato da più di 12 mesi il clopidogrel può essere temporaneamente sospeso.
In caso di stent medicato impiantato da più di 6 mesi se l'endoscopia è effettivamente necessaria il clopidogrel può essere sospeso temporaneamente.
Il clopidogrel deve essere sospeso 7 giorni prima della procedura mentre l'ASA deve essere continuato.
Il giorno dopo la procedura il clopidogrel deve essere ripreso.

RenatoRossi

Referenze

Per la stesura di questa pillola ci si è avvalsi delle linee guida commissionate dalla British Society of Gastroenterology in con British Committee for Standards in Haematology e British Cardiovascular Intervention Society.
A M Veitch, T P Baglin, A H Gershlick, S M Harnden, R Tighe, and S Cairns. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures
Gut, Sep 2008; 57: 1322 - 1329.