Giovanni e l'antiaggregante

Data 24 marzo 2010
Categoria gastroenterologia

Un documento di consenso su come ridurre il rischio di eventi gastrointestinali nel paziente in trattamento cronico con antiaggreganti.

Giovanni è un paziente di 57 anni affetto da cardiopatia ischemica. Ha avuto un infartto miocardico senza sopraslivellamento di ST a 56 anni ed è in terapia con ASA, aceinibitore, betabloccante e statina.
L'anamnesi evidenzia, a 50 anni, un episodio di emorragia gastrica da ulcera, secondaria all'assuzione di FANS. Per tale motivo è in trattamento gastroprotettivo con un inibitore di pompa protonica a dosaggio pieno.
Durante una visita di controllo Giovanni chiede al medico curante se non sia il caso di sostituire l'ASA con un altro antiaggregante e cita ad esempio un suo conoscente a cui il cardiologo ha consigliato il clopidogrel in quanto per molti anni ha sofferto di ulcera peptica.
E' giustificata la richiesta di Giovanni? Qual è la migliore strategia per ridurre il rischio gastro-intestinale nel paziente in trattamentoantiaggregante?
L'American College og Gastroenterology, l'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno recentemente pubblicato un documento di consenso su questo argomento .
La tabella sottostante riassume in breve i punti principali del documento.

1. Il rischio gastrointestinale di un paziente in trattamento cronico con basse dosi di ASA risulta aumentato in caso di uso contemporaneo di FANS
2. L'associazione fra ASA a basse dosi e coxib comporta un rischio simile a quello derivante dalla associazione ASA + FANS non selettivo.
3. Anche l'aggiunta di anticoagulanti (warfarin, eparina) all'ASA a basse dosi aumenta il rischio
4. Altri antiaggreganti, come per esempio il clopidogrel, non causano di per sè ulcere, tuttavia possono interferire con l'angiogenesi e quindi impedire la guarigione di lesioni gastrointestinali già esistenti.
5. La sostituzione dell'ASA con il clopidogrel al fine di ridurre il rischio non è consigliata ed è preferibile aggiungere all'ASA un inibitore di pompa protonica (PPI)
6. Una gastroprotezione con PPI in aggiunta all'antiaggregante è consigliata in caso di anamnesi positiva per ulcera peptica o sanguinamento gastrointestinale e per i soggetti che richiedono una duplice antiaggregazione o l'associazione antiaggregante-anticoagulante
7. L'aggiunta di un PPI all'antiaggregante deve essere valutata anche in caso di soggetti > 60 anni, uso contemporaneo di steroidi, presenza di dispepsia o reflusso gastro-esofageo
8. Se il paziente ha un'anamnesi positiva per ulcera peptica si dovrebbe eseguire un test per helicobacter pylori e procedere a terapia eradicante se positivo

La consultazione del documento permette di rispondere al quesito posto da Giovanni: è preferibile continare con l'associazioneASA/PPI.

RenatoRossi

Referenze

1. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. Am J Gastroenterol 2008 Nov; 103:2890.
2. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation 2008 Oct 28; 118:1894.