

Gestione della terapia antitrombotica in pazienti sottoposti a procedure endoscopiche.

Si consiglia di rimandare l'esecuzione dell'esame endoscopico se l'indicazione alla terapia anticoagulante è temporanea e le indicazioni all'esame lo consentono.

Procedure a BASSO rischio emorragico
Endoscopia diagnostica (EGDS, Colonscopia) ± biopsie
Enteroscopia device-assisted
Videocapsula endoscopica
ERCP ± stenting biliare/pancreatico o dilatazione papillare
EUS diagnostica
Stenting vie digerenti senza dilatazione

Procedure ad ALTO rischio emorragico
Polipectomia
Mucosectomia (EMR), Dissezione sottomucosa (ESD)
Ampullectomia
Sfinterotomia biliare/pancreatica
EUS operativa (FNA/Tru-cut, drenaggio pseudo cisti, etc...)
Trattamento varici
Dilatazione di stenosi delle vie digerenti (meccanica o pneumatica)
Debulking lesioni neoplastiche (indipendentemente da metodo)
Gastrostomia/digiunostomia percutanea (PEG, PEJ)

Per procedure ad ALTO RISCHIO emorragico è necessaria la sospensione dell'anticoagulante 5 giorni prima della procedura, con ripristino di valori INR < 1.5. Il controllo dell'INR prima della procedura non è raccomandato, ma comunque consigliabile.

In assenza di condizioni particolari la ripresa del trattamento alla dose abituale è possibile nelle 24 ore successive alla procedura. Qualora sussistano condizioni di alto rischio tromboembolico è necessaria l'introduzione di eparina a basso peso molecolare a dosaggio anticoagulante nel periodo di sospensione dell'anticoagulante (*bridging therapy*). L'ultima somministrazione dell'eparina avverrà la mattina del giorno precedente la procedura.

Per procedure a BASSO RISCHIO, in pazienti con trattamento anticoagulante orale in corso esse sono eseguibili purché posizionati entro il limite del range terapeutico; i prelievi biotici verranno eseguiti se clinicamente rilevanti e comunque a giudizio del medico. Per pazienti con programmata colonscopia ed in trattamento anticoagulante orale, dovrà essere comunicato che, in assenza di sospensione del trattamento stesso, una eventuale polipectomia dovrà essere programmata con ripetizione dell'esame.

Gestione dei pazienti in trattamento con i nuovi anticoagulanti orali (NOACS).

Anche per procedure endoscopiche a BASSO RISCHIO emorragico è consigliato un breve (24 ore) periodo di sospensione dal farmaco. Per le procedure ad ALTO RISCHIO emorragico è consigliato un periodo di sospensione del farmaco di 48 ore prima della procedura. L'intervallo di sospensione dal farmaco è prolungato nei soggetti con ridotta funzionalità renale.

Dopo procedure a basso rischio emorragico il ripristino della terapia è possibile dopo 6-8 ore.

Dopo procedure ad alto rischio emorragico il ripristino della terapia deve essere prolungato a 48-72 ore (se il rischio trombotico è elevato, somministrare eparina dopo 6-8 ore dalla procedura).

Gestione dei pazienti in trattamento con antiaggreganti.

Per procedure a BASSO RISCHIO emorragico non sospendere il trattamento antiaggregante, anche con doppia antiaggregazione, ma in quest'ultimo caso le biopsie verranno eseguite solo se clinicamente rilevanti.

Quando indicata, la sospensione degli antiaggreganti deve essere di almeno 7 giorni.

Procedura	Aspirina	Clopidogrel Ticlopidina	Doppia antiaggregazione
EGDS/Colonoscopia ± biopsie			Nota 1
EUS diagnostica			
ERCP ± stenting (senza sfinterotomia)			
Videocapsula endoscopica			
Enteroscopia device-assisted			
Argon Plasma Coagulation (APC)			
Polipectomia colica (polipi < 1cm)	Nota 2	Nota 2/3	
Gastrostomia/Digiunostomia percutanea		Nota 4 (N/A)	
EUS + FNA masse solide			
Stenting vie digerenti			
ERCP + sfinterotomia			
Polipectomia colica (polipi > 1cm)			
Trattamento di varici esofagee			
ERCP + sfinterotomia + sfinteroplastica	Nota 5		
EUS + FNB lesioni cistiche	Nota 5		
Ampullectomia	Nota 5		
Mucosectomia/Dissezione [EMR/ESD]	Nota 5		

Prosecuzione trattamento
 Interruzione trattamento

NB: le note fanno riferimento a indicazioni di competenza dell'endoscopista

E' consigliabile condividere con lo specialista (cardiologo/neurologo) le decisioni in merito alla gestione della doppia antiaggregazione.

Non esistono indicazioni precise sui tempi di ripristino del trattamento antiaggregante.

(Br/15)