



PROCEDURE ENDOSCOPICHE E RISCHIO DI EMORRAGIA

Procedure ad alto rischio emorragico:

- asportazione di polipi;
- ERCP con esecuzione di sfinterotomia;
- dilatazione pneumatica e/o meccanica per acalasia o stenosi viscerali;
- trattamento con Argon beam;
- terapia delle varici esofagee;
- posizionamento di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG);
- ecoendoscopia con biopsia con ago fine (EUS-FNA);
- enteroscopia operativa.

Procedure a basso rischio emorragico:

- esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) con o senza biopsie;
- rettosigmoidoscopia e colonscopia con o senza biopsie;
- ERCP con inserzione o sostituzione di protesi biliarie e/o pancreatiche senza sfinterotomia;
- inserzione di endoprotesi viscerali;
- ecoendoscopia diagnostica;
- enteroscopia con video capsula.

N.B. I valori limite per poter effettuare le procedure ad ALTO RISCHIO sono: INR < 1,5 e PLT > 50.000.

TRATTAMENTO ANTI-AGGREGANTE PIASTRINICO

Per gli utenti in terapia con aspirina, anti-aggreganti piastrinici (esclusa Ticlopidina), o altri farmaci anti-infiammatori (FANS), valutare con il proprio medico la possibilità di sospensione del trattamento, al fine di ridurre il rischio di sanguinamento (es: prevenzione generica di cardiopatie ischemica; minime stenosi carotidee ecc.).

Se esiste l'indicazione alla prosecuzione del trattamento, indipendentemente da un maggiore o minore rischio di emorragia nel corso della procedura endoscopica ed in assenza di precedenti episodi emorragici, la terapia non deve essere sospesa prima della procedura endoscopica.

In caso di precedenti episodi emorragici correlati a procedure endoscopiche si prega di contattare i medici della S.C. di Endoscopia Diagnostica e Chirurgia Endoscopica della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (tel. 02 23902242).

➤ Pazienti in terapia con TICLOPIDINA e derivati:



Nei pazienti candidati in elezione ad una procedura endoscopica ad elevato rischio emorragico, si consiglia di sospendere la TICLOPIDINA e derivati una settimana prima dell'esame endoscopico e riassumerla il giorno dopo la procedura.

➡ **Pazienti in terapia con CLOPIDOGREL (Plavix®):**

- **Pazienti in terapia con CLOPIDOGREL ad alto rischio:**
 - portatori di stent non ricoperti posizionati < 1 mese;
 - portatori di stent medicati posizionati < 12 mesi;
- **Pazienti in TAO a basso rischio:**
 - cardiopatia ischemica in assenza di stent coronarici;
 - patologia cerebrovascolare ;
 - vasculopatia periferica .

In previsione di procedure a basso rischio di sanguinamento il CLOPIDOGREL non va sospeso. L'aspirina ed i FANS possono essere continuati.

In previsione di procedure ad alto rischio di sanguinamento in pazienti a basso rischio si raccomanda di sospendere il trattamento con CLOPIDOGREL 7 giorni prima della procedura endoscopica. L'aspirina può essere continuata. Se non si è in trattamento con aspirina, iniziare il trattamento nel momento in cui si sospende il CLOPIDOGREL. La terapia può essere ripresa la sera stessa della procedura.

In previsione di procedure ad alto rischio di sanguinamento in pazienti ad alto rischio è necessario eseguire un **CONSULTO CARDIOLOGICO.**

Il CLOPIDOGREL non dovrebbe essere sospeso nei pazienti ad alto rischio! L'aspirina può essere continuata. Il trattamento con CLOPIDOGREL può essere sospeso 7 giorni prima della procedura endoscopica nei pazienti portatori di stent medicati posizionati > 6 mesi, solo se la procedura endoscopica è mandatoria (stesso schema di "procedure ad alto rischio di sanguinamento in pazienti a basso rischio").

TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE -TAO- (Syntrom®, Coumadin®):

➡ **Pazienti in TAO ad alto rischio trombotico:**

- portatori di valvola mitrale meccanica;
- portatori di valvola cardiaca (qualsiasi) in FA;
- FA con stenosi mitralica;
- < 3 mesi da episodio di tromboembolia (TE);
- Trombofilici.

➡ **Pazienti in TAO a basso rischio trombotico:**

- portatori di valvola mitrale aortica;
- portatori di valvola biologica;
- FA in assenza di patologia valvolare;
- > 3 mesi da episodio di tromboembolia (TE).



In previsione di procedure a basso rischio di sanguinamento la TAO non va sospesa, bisogna solo verificare che l'INR sia in range: tra 1,5 e 3.

In previsione di procedure ad alto rischio di sanguinamento in pazienti a basso rischio trombotico si raccomanda di sospendere il trattamento con dicumarolico (Coumadin®, Syntrom®), 5 giorni prima della procedura endoscopica. La terapia può essere ripresa la sera stessa della procedura.

In previsione di procedure ad alto rischio di sanguinamento in pazienti ad alto rischio trombotico si raccomanda di sospendere il trattamento con dicumarolico (Coumadin®, Syntrom®), 5 giorni prima della procedura stessa e sostituirlo con eparina a basso peso molecolare, 100 U/Kg ogni 12 ore o altra molecola a dosaggio equivalente (metà dose la sera prima, la sera stessa e il giorno successivo alla procedura; mentre non va somministrata la mattina della procedura).

A distanza di 48 ore dalla procedura, somministrare eparina a basso peso molecolare.

- riprendere la TAO (es. Coumadin®) la sera stessa della procedura
- sospendere l'eparina a basso peso molecolare quando è stato raggiunto il livello di INR voluto

ATTENZIONE: evitare la somministrazione di vitamina K in elezione perché ritarda il raggiungimento dei livelli terapeutici alla ripresa dei dicumarolici.

NUOVI FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI

RIVAROXABAN Xarelto®; DABIGASTRAN Pradaxa®; APIXABAN Eliquis®

Sospendere anche per procedure a basso rischio (vedi procedure endoscopiche a basso rischio sul frontespizio). Verificare controllo recente della creatinina plasmatica.

- ➡ **Per pazienti con funzione renale normale**, valgono gli stessi tempi di sospensione e le modalità (eventuale sostituzione con eparina a basso peso molecolare) degli altri anticoagulanti orali (2 giorni prima);
- ➡ **Per pazienti con creatinina > 2 mg/dl**, si consiglia la sospensione 7 giorni prima.

La ripresa del trattamento è generalmente a 48ore dopo la procedura, salvo indicazioni particolari (procedure endoscopiche ad alto rischio di sanguinamento) nelle quali può essere indicata la prosecuzione della eparina a basso peso molecolare fino alla stabilizzazione della cicatrizzazione (8°-10° giornata).

PIASTRINOPENIE

Nei pazienti piastrinopenici (PTL< 50.000), controllare il tempo di emorragia. Se il tempo di emorragia è allungato, devono essere presi contatti con il con il servizio di coagulazione.



In ogni caso è utile somministrare farmaci antifibrinolitici (es: Ugurol 2 fl ogni 4 ore x os) nelle 24 ore successive alla procedura.