

	titolo: <i>profilassi antitromboembolica</i>		Pag. 1
			di 3
data di emissione: 30/07/2015 nome file: i_q0702a_profilassi antitromboembolica.doc		redatto da AQ:	verificato da MEN/RQ:
		approvato DIS:	

PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA

Se prende farmaci che rendono “più fluido” il sangue riducendo la coagulazione o la aggregazione delle piastrine deve consultare il suo medico o lo specialista che la segue o, se non contattabili, un medico del nostro centro.

Sono molti i nomi di questi farmaci. Riportiamo i più usati:

Anticoagulanti “classici”: WARFARIM, COUMADIN, SINTROM, ecc..

Antiaggreganti: ASPIRINETTA (ASA), CARDIOASPIRIN, ASCRIPTIN, TICLOPIDINA (TIKLID), PERSANTIM, CLOPIDROGREL, PLAVIX, PLASUGREL, TICAGRELOR, ecc..

Nuovi anticoagulanti orali: DABIGRAN, RIVAROXABAM, PRADAXA, APIXABAN, ELIQUIS, XARELTO, ecc..

Controllare sia il nome commerciale sia il nome del principio attivo sul foglietto illustrativo tenendo presente che molti altri sono i nomi commerciali di queste sostanze.

Di seguito trova delle indicazioni che comunque vanno discusse e concordate con un medico.

ANTICOAGULANTI CLASSICI ORALI

(Dcumarolici inibitori della vit K - WARFARIM, COUMADIN, SINTROM, ecc.)

È possibile effettuare la esofagogastroduodenoscopia con biopsie. Si potrebbe considerare a basso rischio anche la colonscopia con biopsia, ma è sconsigliabile (salvo diversa scelta del paziente) iniziare una colonscopia considerandola un “basso rischio” in quanto mediamente vi è il 10-15 % di probabilità di trovare polipi da togliere che determinerebbero un rischio maggiore e quindi bisognerebbe ripetere l’esame con una diversa gestione dell’anticoagulante o antiaggregante.

Va peraltro tenuto presente che:

- Si consiglia di non eseguire biopsie in caso di valori di INR sopra terapeutici (INR > 3): utile pertanto un controllo dell’INR nei giorni precedenti la procedura.
- Si consiglia, se possibile, di rimandare l’esecuzione dell’esame endoscopico se l’indicazione alla terapia anticoagulante è temporanea e le indicazioni all’esame lo consentono (procedure inizialmente programmate come a basso rischio emorragico – es. la colonscopia – possono infatti trasformarsi in procedure a rischio elevato – es. colonscopia con polipectomia).

BRIDGING THERAPY NELLE CONDIZIONI AD ALTO RISCHIO

Per le altre procedure operative ad alto rischio emorragico è necessaria la sospensione dell’anticoagulante 5 giorni prima della procedura, con ripristino di valori di INR < 1.5. Il controllo dell’INR prima della procedura non è raccomandato, ma comunque consigliabile. La ripresa del trattamento anticoagulante dipende principalmente dal tipo di procedura eseguita e dal tipo stimato di sanguinamento post-procedura.

Qualora sia ottenuta una adeguata emostasi, in genere la ripresa del trattamento alla dose abituale (senza carico) è possibile nelle 24 ore successive la procedura, in quanto il ripristino di livelli adeguati di anticoagulazione dopo la ripresa avviene dopo un intervallo di latenza relativamente lungo (3-5 giorni). Qualora sussistano condizioni che espongono il paziente ad un ALTO rischio tromboembolico, è necessaria l’introduzione di eparina a basso peso molecolare (EBPM) a dosaggio anticoagulante nel periodo di sospensione dell’anticoagulante (“bridging therapy”) secondo le modalità di seguito indicate:



Condizioni ad alto rischio trombotico:

- valvola meccanica mitralica
- valvola meccanica aortica di "vecchia generazione" (caged ball, tilting disk)
- valvola meccanica con stroke o TIA recenti (< 6 mesi)
- FA (Fibrillazione Atriale) con fattori di rischio (CHADS₂ score 5-6) (*)
- FA con valvulopatia reumatica
- FA con stroke o TIA recenti
- Tromboembolismo venoso recente (< 3 mesi)
- Stati trombofilici ad alto rischio

(*) CHADS₂ score

- C scompenso cardiaco (+1)
 H ipertensione arteriosa (1)
 A età > 75 anni (+1)
 D diabete mellito (+1)
 S2 prevenzione secondaria in pregresso ictus o TIA o tromboembolismo (+2)

BRIDGING THERAPY

- Stop TAO (terapia anticoagulante orale) 5 giorni prima della procedura
- EBPM a dosi terapeutiche (100 UI/Kg b.i.d.) dal giorno -3
- EBPM da sospendere circa 24h prima dell'esecuzione della procedura (ultima somministrazione la mattina precedente la procedura)
- EBPM a dosi terapeutiche (100 UI/Kg b.i.d.) 24h dopo intervento, associata a reintroduzione TAO al dosaggio abituale (senza carico) se emostasi sicura.

In tutti i casi di bridging therapy con eparina a BPM si raccomanda di non somministrare la dose della sera prima e quella del mattino dell'esame.

ANTIAGGREGANTI

Se un paziente prende Aspirinetta (ASA, ASCRIPTIN, CARDIOASPIRN, CARDIRENE ecc..) può continuare a prenderla se fa gastroscopia o colonscopia con biopsie o normale polipectomia, che sono le procedure comunemente fatte nel nostro centro. Va sospesa per grossi polipi particolari rari e comunque queste polipectomie vanno programmate.

Per gli altri antiaggreganti (TICLOPIDINA, PERSANTIN, CLOPIDROGREL, PLAVIX, PLASUGREL, TICAGRELOR, ecc..) si può fare esofagogastroduodenoscopia con biopsie.

Si potrebbe considerare a basso rischio anche la colonscopia con biopsia, ma è sconsigliabile (salvo diversa scelta del paziente) iniziare una colonscopia considerandola un basso rischio in quanto vi è il 10-15 % di probabilità di trovare polipi da togliere che determinerebbero un rischio maggiore e quindi bisognerebbe ripetere l'esame con una diversa gestione dell'anticoagulante o antiaggregante.

Se devono essere sospesi gli antiaggreganti vanno sospesi 7 giorni prima.



COME GESTIRE I PAZIENTI IN DOPPIA ANTIAGGREGAZIONE

La doppia antiaggregazione piastrinica (DAP) con aspirina e un bloccante del recettore P2Y12 (CLOPIDOGREL, PRASUGREL, TICAGRELOR) rappresenta il cardine del trattamento della sindrome coronarica acuta e dei pazienti sottoposti a rivascolarizzazione coronarica con stent vascolare; è inoltre sempre più utilizzata nel trattamento delle malattie cerebro-vascolari.

Le attuali linee guida cardiologiche raccomandano la DAP per almeno 1 mese dopo il posizionamento di stent "non medicato" (BMS), 12 mesi in caso di stent a rilascio di farmaci (DES) e dopo infarto non-Q (NSTEMI). Il trattamento con aspirina è da proseguire "life-long".

L'interruzione prematura della terapia antitrombotica è il maggiore fattore di rischio per la trombosi dello stent, sia precoce (entro 1 mese) che tardiva, evento questo associato ad elevata morbilità e mortalità.

Per questo motivo, ogni decisione in merito alla gestione della DAP è bene che sia condivisa con gli specialisti referenti (cardiologo, neurologo).

La DAP esclude la possibilità di eseguire la maggior parte delle procedure endoscopiche operative.

In tutti i casi di bridging therapy con eparina a BPM si raccomanda di non somministrare la dose della sera prima e quella del mattino dell'esame.

NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (DABIGRAN, RIVAROXABAM, PRADAXA, APIXABAN, ELIQUIS, XARELTO, ecc..)

Come si può vedere nella tabella l'atteggiamento è diverso per le procedure a basso e ad alto rischio e in rapporto alla funzionalità renale. Per procedura a basso rischio si considera la gastroscopia con biopsie. Si potrebbe considerare a basso rischio anche la colonscopia con biopsia, ma è sconsigliabile (salvo diversa scelta del paziente) iniziare una colonscopia considerandola un basso rischio in quanto vi è il 10-15 % di probabilità di trovare polipi da togliere che determinerebbero un rischio maggiore e quindi bisognerebbe ripetere l'esame con una diversa gestione dell'anticoagulante o antiaggregante.

	DABIGRATRAN		RIVAROXABAN		APIXABAN	
	Basso Rischio	Alto rischio	Basso Rischio	Alto rischio	Basso Rischio	Alto rischio
CrCl > 80 mL/min	>24h	>48h	>24h	>48h	>24h	>48h
CrCl 50 – 80 mL/min	>36h	>72h	>24h	>48h	>24h	>48h
CrCl 30 – 50 mL/min	>48h	>96h	>24h	>48h	>24h	>48h
CrCl 15-30 mL/min	Non indicato		>36h	>48h	>36h	>48h

Dopo procedure a basso rischio (in questo caso gastroscopia e colonscopia con biopsie) può essere ripristinata la terapia dopo 6-8 ore, per procedure ad alto rischio (restanti procedure endoscopiche con operatività) va ripresa la terapia dopo 48-72 ore con eventuale bridging therapy. In tutti i casi di bridging therapy con eparina a BPM si raccomanda di non somministrare la dose della sera prima e quella del mattino dell'esame.