

	titolo: <i>profilassi antitromboembolica</i>		Pag. 1 di 3
	data di emissione: 11/09/2018 nome file:	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, che in genere vengono assunti per patologia cardiaca o circolatoria-vascolare. Se Lei è affetto da queste patologie o usa uno dei suddetti farmaci avverta appunto il suo medico o lo specialista consegnandogli gentilmente questo modulo onde possa attenersi ai nostri protocolli. Tenga inoltre presente, e lo ricordi al medico, che nel corso di Bridge Therapy non deve essere fatta l'eparina della mattina dell'esame ed, in alcuni casi, anche quella della sera prima.

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 (CHADS<sub>2</sub> score 5-6) (\*)
- FA con valvulopatia reumatica
- FA con stroke o TIA recenti
- Tromboembolismo venoso recente (< 3 mesi)
- Stati trombofilici ad alto rischio

(\*) CHADS<sub>2</sub> 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.