

RISCHIO EMORRAGICO

BASSO

- EGDS o colonscopia ± biopsie
- Protesizzazione biliare o pancreaticata
- Enteroscopia senza polipectomia
- Protesizzazione esofagea o gastrica
- EUS senza biopsia o terapia interventistica

ALTO

- Polipectomia
- ERCP con sfinterotomia
- Mucosectomia EMR/Dissezione sottomucosa ESD
- Dilatazione di stenosi
- Trattamento endoscopico delle varici
- PEG/PEJ
- EUS con biopsia o terapia interventistica
- Radiofrequenza esofagea o gastrica
- Ampullectomia

RISCHIO TROMBOEMBOLICO

BASSO

- Valvola biologica
- Tromboembolismo venoso più di 3 mesi prima
- FA senza fattori di rischio (CHADS2 ≤ 4)

ALTO

- Valvola metallica aortica o mitrale
- FA e valvola protesica
- FA e stenosi mitralica
- FA con pregresso IMA o stroke + 3 o più fattori di rischio:
 - Scompenso cardiaco congestizio
 - Ipertensione (> 140/90 mmHg)
 - Età > 75 anni
 - Diabete mellito
- FA con pregresso IMA o stroke 3 o meno mesi prima
- Tromboembolismo venoso 3 o meno mesi prima
- Pregresso tromboembolismo venoso in TAO (INR target 3.5)

RISCHIO EMORRAGICO

- Stent arterioso coronarico medicato posizionato da meno di 12 mesi
- Stent arterioso coronarico metallico posizionato da meno di 1 mese
- Malattia ischemica cardiaca senza stent coronarici
- Malattia cerebrovascolare
- Malattia vascolare periferica

GESTIONE DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON ANTIAGGREGANTI ANTAGONISTI DEL RECETTORE P2Y12

PROCEDURE A BASSO RISCHIO EMORRAGICO

PROCEDURE AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO

CONTINUARE LA TERAPIA

BASSO RISCHIO TROMBOTICO

ALTO RISCHIO TROMBOTICO

Per polipectomia a freddo di polipi < 10 mm non è necessario sospendere gli antagonisti del recettore P2Y12.

La terapia con ASA se in doppia anti aggregazione o profilassi secondaria non va mai sospesa per il rischio non trascurabile di trombosi.

Interrompere gli antagonisti del recettore P2Y12 7 gg prima della procedura.

Continuare assunzione di ASA se in corso. Ricominciare assunzione degli antagonisti del recettore P2Y12 1-2 giorni dopo la procedura.

Discutere la strategia con il cardiologo.

Sospensione temporanea degli antagonisti del recettore P2Y12 se: > 6-12 mesi se stent medicato o > 1 mese se stent metallico. Continuare assunzione di ASA se in corso.

GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI (TAO E NAO)

PROCEDURE A BASSO RISCHIO EMORRAGICO

PROCEDURE AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO

WARFARIN (TAO)

NAO

WARFARIN (TAO)

NAO

Continuare TAO e controllare INR 1 settimana prima della procedura.

Se INR in range continuare dose usuale. Se INR elevato e < 5 ridurre la dose fino a INR in range di terapia.

Omettere NAO SOLO la mattina stessa della procedura.

BASSO RISCHIO TROMBO-EMBOLICO

ALTO RISCHIO TROMBO-EMBOLICO

Stop TAO 5 gg prima della procedura.

Controllo INR prima della procedura (deve essere < 1.5). Riprendere TAO la sera della procedura alla dose abitule. Controllare INR 1 settimana dopo la procedura ed assicurarsi che sia in range.

Stop TAO 5 gg prima della procedura.

Iniziare EBPM 2 giorni dopo stop del Warfarin. Omettere EBPM solo il giorno della procedura, inclusa la sera. Riprendere TAO la sera della procedura alla dose abitule. Continuare EBPM fino a INR adeguato.

Prendere l'ultima dose di NAO 3 gg prima della procedura.

Dabigatran secondo funzione renale. Riprendere assunzione di NAO 2-3 giorni dopo la procedura. Per ESD considerare intervallo maggiore.

SCHEMA DI INTERRUZIONE DELLA TERAPIA CON NAO

NAO	Rischio emorragico	Interruzione NAO					Giorno della procedura	Ripresa NAO			
		-5	-4	-3	-2	-1		+1	+2	+3	+4
Apixaban	Alto	→	→	→	→	→					
	Basso	→	→	→	→	→					
Dabigatran CrCl ≥ 50	Alto	→	→	→	→	→					
	Basso	→	→	→	→	→					
Dabigatran CrCl < 50	Alto	→	→	→	→	→					
	Basso	→	→	→	→	→					
Rivaroxaban	Alto	→	→	→	→	→					
	Basso	→	→	→	→	→					

Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update