

# GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

XI CONVEGNO NAZIONALE 2016



10-11 Novembre 2016

**Firenze**  
Grand Hotel Mediterraneo

## La colonscopia di screening nel paziente «complesso»

**Maria Antonia Bianco**

*UOC Gastroenterologia*

*ASLNA3sud*

*Torre del Greco*

# PAZIENTE COMPLESSO

Affetto da più condizioni morbose coesistenti acute e/o croniche

Gestione differenziata in rapporto al livello di rischio

# RISCHIO TROMBOEMBOLICO

## BASSO RISCHIO

- Cardiopatia ischemica
- Patologia cerebrovascolare
- Insufficienza venosa periferica

## ALTO RISCHIO

### STENT CORONARICI

Valvola mitralica

Valvola aortica

F. A. con fattori di rischio

(CHADS<sub>2</sub> score 5-6 )

F. A. con stroke o TIA recente

Stati trombofilici ad alto rischio

# PROCEDURE ENDOSCOPICHE

## BASSO RISCHIO

- Diagnostiche +/- biopsie
- Stent biliare o pancreatico
- Enteroscopia senza polipectomia

## ALTO RISCHIO

### **POLIPECTOMIE**

ERCP con sfinterotomia

Ampullectomia

### **EMR/ESD**

Dilatazione di stenosi

Terapia delle varici

PEG

EUS con FNA

Stent esofageo/enterale/colico

# SANGUINAMENTO POST-POLIPECTOMIA

3-10%

## *Fattori di rischio*

Dimensioni

Sede

Morfologia

Tecnica di resezione

Tipo di corrente utilizzata

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-POLIPECTOMIA

*Risk factors for adverse events related to polypectomy  
in the English Bowel Cancer Screening Programme*

130.831 colonscopie

167.208 polipectomia

Overall bleeding rate 0,65%

0,08% severe bleeding

# SANGUINAMENTO POST-POLIPETOMIA

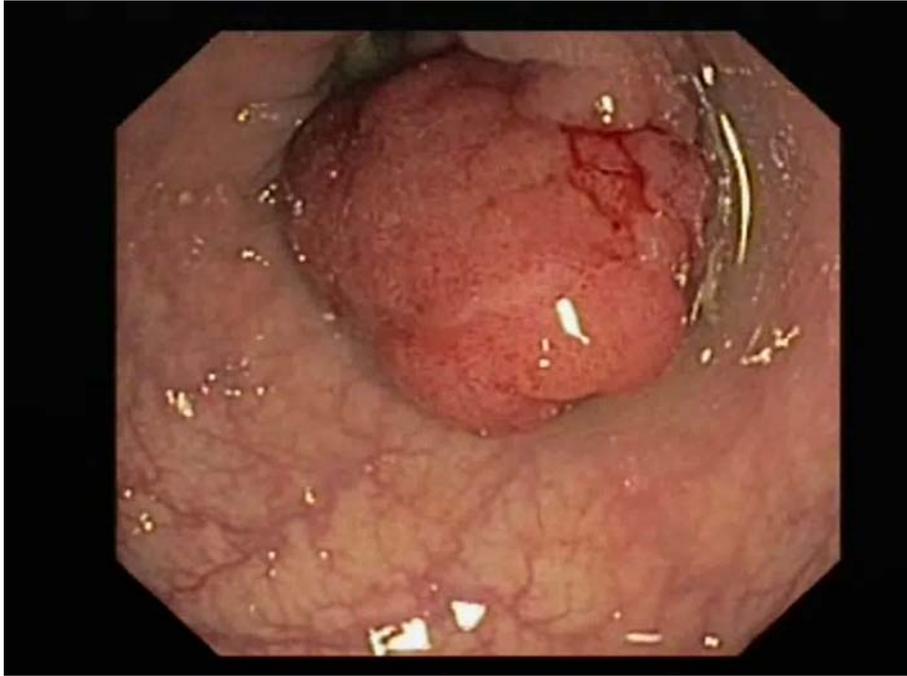
## *Profilassi del sanguinamento*

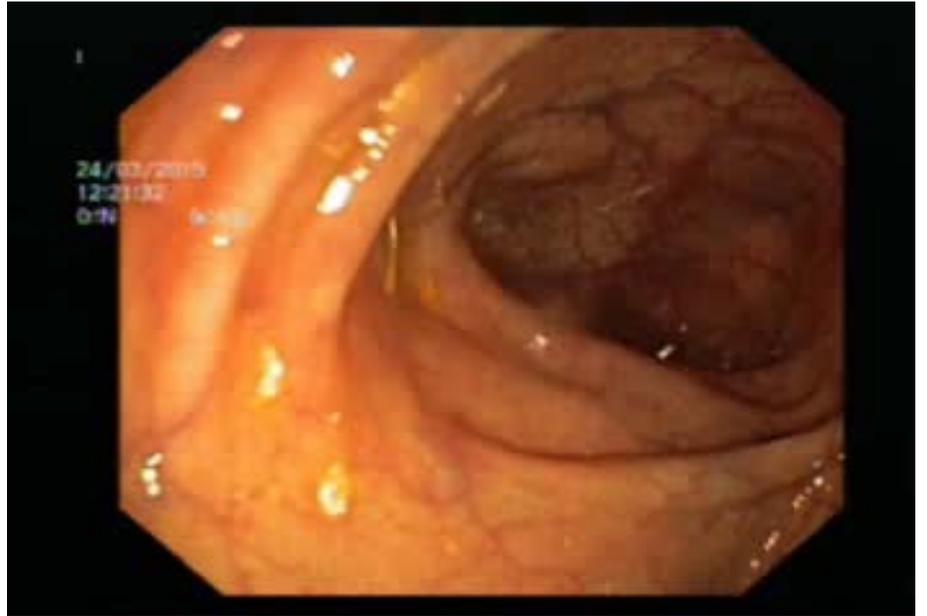
Posizionamento di LOOP, CLIP e iniezione di Adrenalina diluita

Corte CJ UEGJ 2014;2:123-30

LI LY Int J Colorectal Dis 2011;26:709-19

Ji JS Endoscopy 2014;46:598-604





# SANGUINAMENTO POST-POLIPETOMIA

*Pz in trattamento con antiaggreganti piastrinici*

Metanalisi : 5 studi osservazionali

574 casi / 6.169 controlli

Rischio globale di sanguinamento (RR, 2.54; 95% CI 1.68-3.84)

Rischio di sanguinamento immediato (RR, 1.76; 95% CI 0.90-3.46)

Rischio di sanguinamento tardivo (RR, 4.66; 95% CI 2.37-9.17)

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-POLIPECTOMIA

## ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI (DOACs)

70 pz polipi <10mm

35 ansa a freddo VS 35 resezione standard

Sanguinamento immediato 5.7% VS 23%  $p<.042$

Sanguinamento tardivo 0 VS 14%  $p<.027$

*Horiuchi A Gastrointest Endosc 2014; 79:417-233*

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-EMR

*524 lesioni sessili e flat >2 cm*

42.9% clip vs. 47.1% no clip

Sanguinamento tardivo                      **1.8%** vs. 9.7%                      (**OR 6.0**; 95% CI 2.0-18.5)

Colon Dx    **OR 2.9**; 95% CI, 1.05-8.1

Per aumento di 10mm                      **OR 1.3**; 95% CI, 1.1-1.7

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-EMR

Studio costo-efficacia

Posizionamento profilattico di clip **costo-efficace** per i pazienti in trattamento con anticoagulanti e antiaggreganti in:

*Riduzione del numero di sanguinamenti*

*Riduzione dei costi di ospedalizzazione*

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-ESD

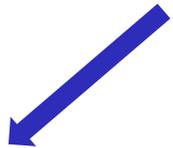
## Sanguinamento tardivo

2.2%	Repici A Endoscopy 2012
4.4%	Suzuki S World J Gastroenterol 2014
6.6%	Terasaki M Int J Colorectal Dis 2014
18%	Rahmi G Endoscopy 2014

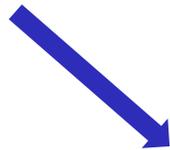
# PAZIENTE COMPLESSO

Deve partecipare al programma di screening ?

**SI**



*subito*



*può aspettare*

**NO**



*bassa aspettativa di vita*

# PAZIENTE COMPLESSO

**FIT positivo**



**Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy,  
including direct oral anticoagulants: British Society of  
Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal  
Endoscopy (ESGE) guidelines**

*Veitch AM, et al Gut 2016;65:374-389  
Endoscopy 2016*

**The management of antithrombotic agents for patients  
undergoing GI endoscopy**

*ASGE Standards of Practice Committee  
Gastrointestinal Endoscopy 2016;83:3-16*

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## ASPIRINA

... For all endoscopic procedures we recommend continuing aspirin

*moderate quality evidence, strong recommendation*

With the exception of ESD and large EMR

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## PAZIENTI A BASSO RISCHIO TROMBOTICO

### WARFARIN

... should be temporarily discontinued and substituted with LMWH

*high quality evidence, strong recommendation*

Sospendere Warfarin 5gg prima della procedura

Dosaggio INR (<1.5) prima della procedura

Riprendere il trattamento dopo la procedura

Dosaggio INR una settimana dopo per la verifica di adeguata azione anticoagulante

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## PAZIENTI AD ALTO RISCHIO TROMBOTICO

### WARFARIN

... should be temporarily discontinued and substituted with LMWH

*moderate quality evidence, strong recommendation*

Sospendere Warfarin 5gg prima della procedura

Somministrare Eparina 2gg dopo e fino a 24 ore prima della procedura terapeutica

Dosaggio INR ( $<1.5$ ) prima della procedura

Somministrare Eparina il giorno successivo alla procedura fino al valore terapeutico di INR

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## PAZIENTI A BASSO RISCHIO TROMBOTICO

### AGENTI ANTIAGGREGANTI

... We recommend discontinuing P2Y12 receptor antagonist (eg. Clopidogrel) five days before...

*moderate quality evidence, strong recommendation*

In patients on dual antiplatelet therapy we suggest continuing aspirin

*low quality evidence, weak recommendation*

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## PAZIENTI AD ALTO RISCHIO TROMBOTICO

### AGENTI ANTIAGGREGANTI

... We recommend discontinuing P2Y12 receptor antagonist (eg. Clopidogrel) five days before and continuing aspirin ...

*high quality evidence, strong recommendation*

... This should be resumed up to 48 h after ...

*moderate quality evidence, strong recommendation*

# PROCEDURE AD ALTO RISCHIO

## PAZIENTI AD ALTO RISCHIO TROMBOTICO

### ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI (DOACs)

... We recommend that the last dose of DOACs be taken at last 48 h before the procedure

*very low quality evidence, weak recommendation*

For patients on DABIGATRAN with a CrCl of 30–50mL/min.... the last dose be taken 72 h before the procedure

*very low quality evidence, strong recommendation*

# CONCLUSIONI

Attuali linee guida su esami endoscopici diagnostici e terapeutici di routine

Maggiore impiego di di TAO e antiaggreganti

Assenza di studi randomizzati

Screening: soggetti sani → limitare rischi di eventi avversi

**E' più importante conoscere il tipo di persona che ha una  
malattia piuttosto che il tipo di malattia che ha una  
persona**

**William Osler**



# PROFILASSI ANTIBIOTICA

Pazienti cardiopatici a rischio di ENDOCARDITE INFETTIVA

Storia di pregressa endocardite

Pazienti con protesi valvolare

Trapianto cardiaco

Cardiopatie congenite

NON SI PONE INDICAZIONE A PROFILASSI ANTIBIOTICA

*ASGE Standard of Practice Committee*

*Gastrointest Endosc 2015; 81(1): 81-9*

# RISCHIO DI SANGUINAMENTO POST-POLIPECTOMIA

## AGENTI ANTIAGGREGANTI

219 pz clopidogrel VS 297 controlli polipi >10mm

Clips 19.2% VS 5.7% p<.0001

Sanguinamento immediato 7.3% VS 4.7% n.s.

Sanguinamento tardivo 11% VS 5.9% p<.047

Sanguinamento tardivo severo 2.4% VS 0 p<.013