

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

XVII CONGRESSO NAZIONALE 2024

Il punto sugli antitrombotici: come alterano il FIT e come devono essere gestiti prima e dopo la colonscopia

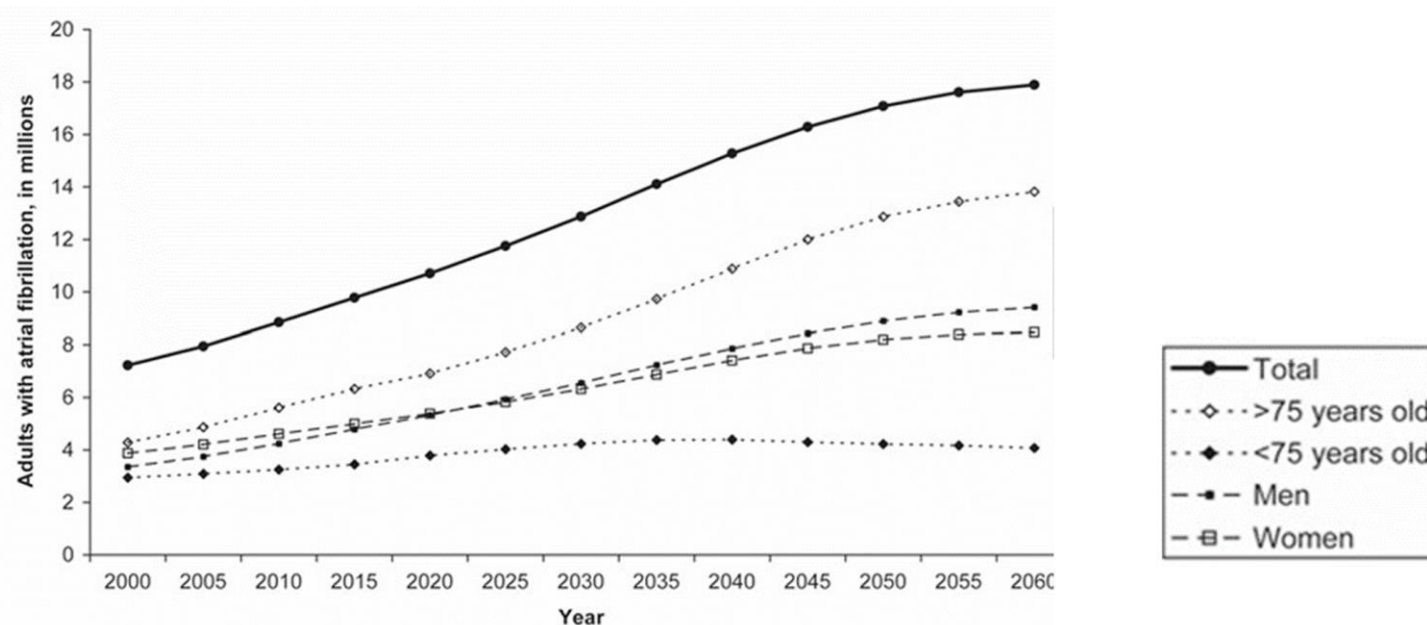
Franco Radaelli

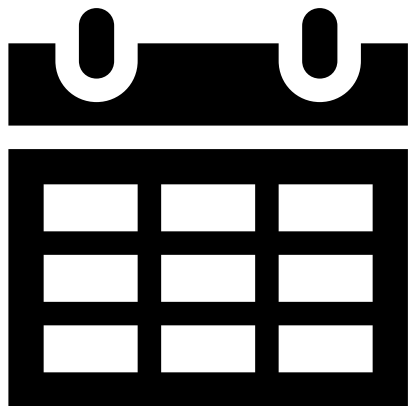
UOC Gastroenterologia, Ospedale Valduce, Como

Burden della terapia antitrombotica nei programmi di screening CCR

- 12-18% dei pazienti in terapia antitrombotica (APA e/o AC)
- 3-5% in terapia anticoagulante

Projections of the number of individuals with AF in the EU. From 200 to 2060 (Krijthe BP, Eur Heart J 2019)





1

I farmaci antitrombotici influenzano il valore predittivo del FIT?

2

E' giustificata l'interruzione della terapia antitrombotica prima della colonscopia?

3

Se si, come sospendere prima ed riprendere dopo la colonscopia la terapia antitrombotica?

4

Chi deve gestire l' interruzione e la ripresa?

Impact of antiplatelet agents and anticoagulants on the performance of fecal immunochemical test: a systematic review and meta-analysis

Yoon Suk Jung et al. Surg Endosc 2022; 36: 4299-4311

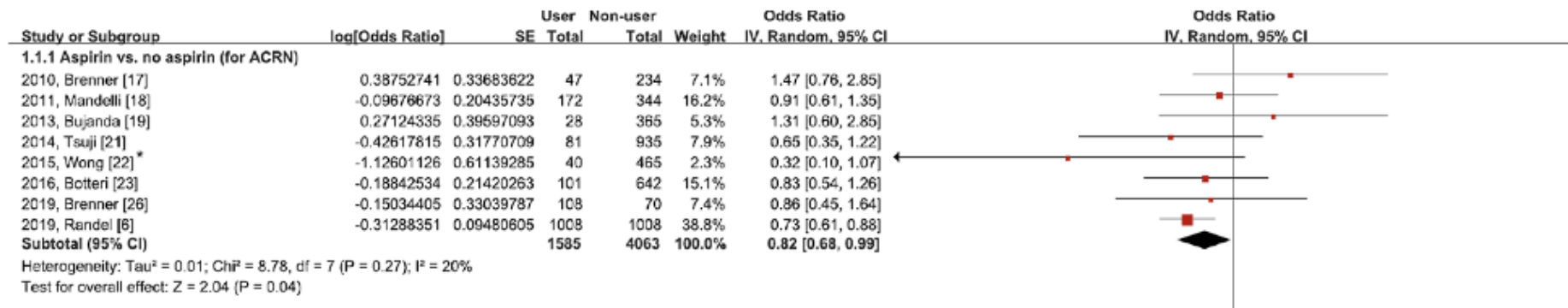
13 studies (study period 2005-2017); n= 27.518 pts

APA - 12 studies

OACs - 7 studies

OACs+APA - 5 studies

PPV of FIT for ACRN according to the use of aspirin (vs. non-users)



Aspirin, OR [95% CI]:
0.82 [0.68–0.99]

Impact of antiplatelet agents and anticoagulants on the performance of fecal immunochemical test: a systematic review and meta-analysis

Yoon Suk Jung et al. Surg Endosc 2022; 36: 4299-4311

13 studies (study period 2005-2017); n= 27.518 pts

APA - 12 studies

OACs - 7 studies

OACs+APA - 5 studies

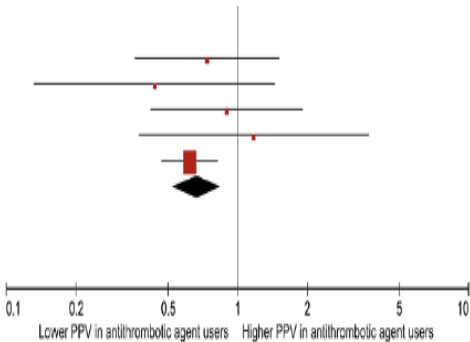
PPV of FIT for ACRN according to the use of anticoagulants (vs. non-users)

1.1.3 OAC vs. no OAC (for ACRN)

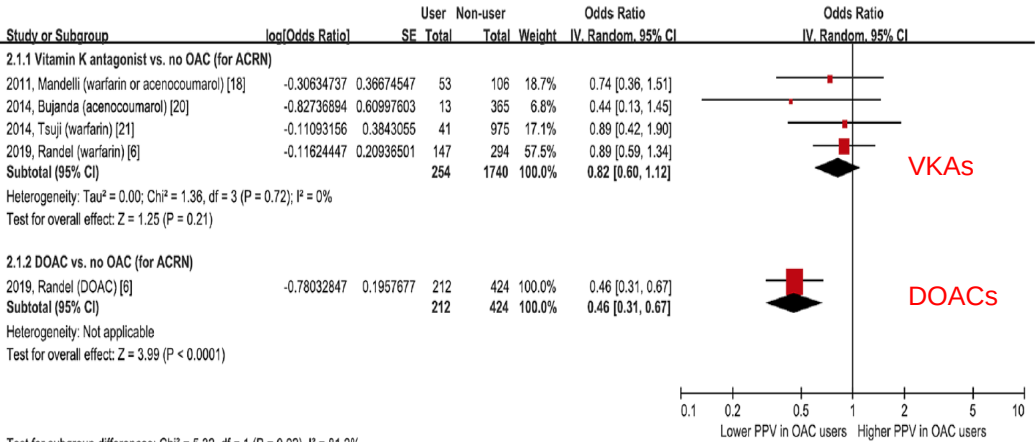
2011, Mandelli [18]	-0.30634737	0.36674547	53	106	10.6%	0.74 [0.36, 1.51]
2014, Bujanda [20]	-0.82736694	0.60997603	13	365	3.8%	0.44 [0.13, 1.45]
2014, Tsuji [21]	-0.11093156	0.3843055	41	975	9.7%	0.89 [0.42, 1.90]
2016, Ibañez-Sanz [24]	0.15684247	0.50467825	12	460	4.2%	1.17 [0.37, 3.66]
2019, Randel [6]	-0.47911316	0.14128932	359	718	71.7%	0.62 [0.47, 0.82]
Subtotal (95% CI)			478	2624	100.0%	0.66 [0.52, 0.84]

Heterogeneity: $\tau^2 = 0.00$; $\chi^2 = 2.33$, $df = 4$ ($P = 0.67$); $I^2 = 0\%$

Test for overall effect: $Z = 3.44$ ($P = 0.0006$)



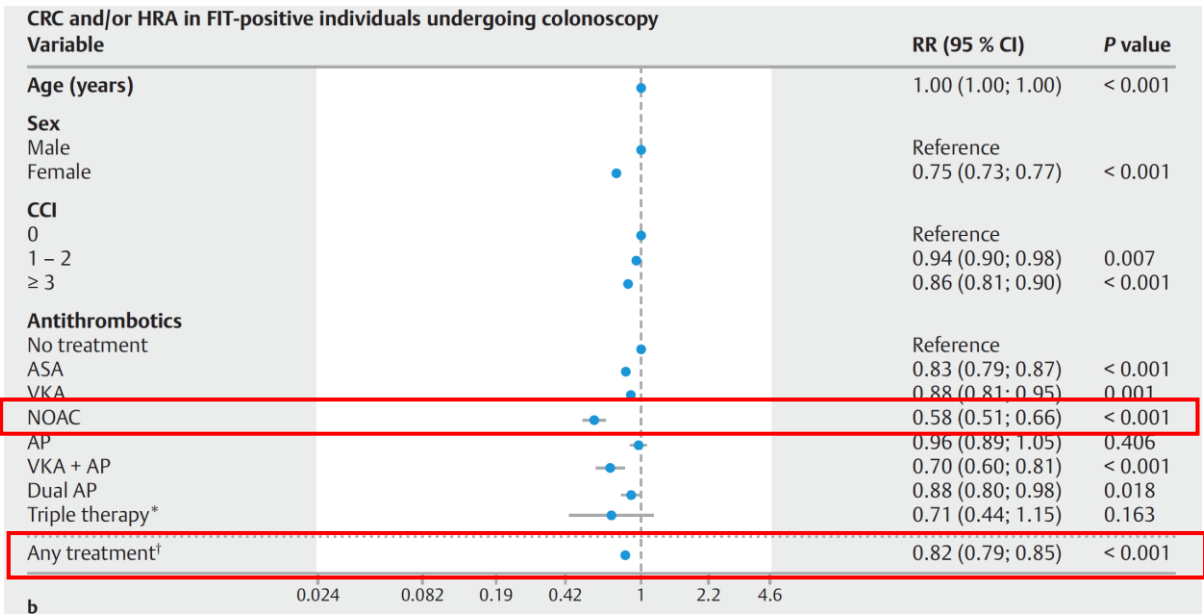
Oral ACs: OR [95% CI]:
0.66 [0.52–0.84]



Test for subgroup differences: $\chi^2 = 5.32$, $df = 1$ ($P = 0.02$), $I^2 = 81.2\%$

The effect of antithrombotic treatment on the fecal immunochemical test for colorectal cancer screening: a nationwide cross-sectional study

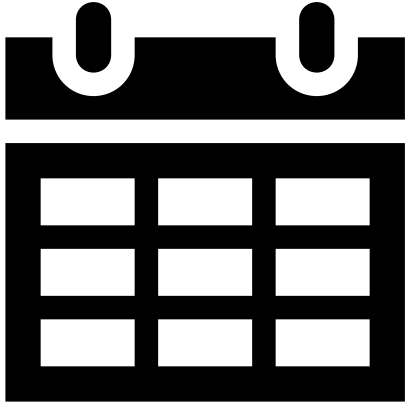
Rasmussen SL et al. Endoscopy 2023 (ahead of print)



- La terapia antitrombotica, in particolare i DOACs, riducono il PPV del FIT per la diagnosi di ACRN
 - interruzione terapia pre-test?
 - modifica cut-off del FIT in popolazioni selezionate?
- Le linee guida europee¹ che americane² non raccomandano la sospensione temporanea della terapia antitrombotica prima della esecuzione del FIT, a fronte di un teorico aumento di eventi cardiovascolari potenzialmente gravi e di una riduzione della performance del test comunque contenuta.

¹Halloran SP, et al. (2012) European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Faecal occult blood testing. Endoscopy 44 Suppl 3: Se65-87

²Robertson DJ, et al. (2017) Recommendations on fecal immunochemical testing to screen for colorectal neoplasia: a consensus statement by the US multi-society task force on colorectal cancer. Gastroenterology 152:1217-1237.e1213



1

I farmaci antitrombotici influenzano il valore predittivo del FIT?

2

E' giustificata l'interruzione della terapia antitrombotica prima della colonscopia?

3

Se si, come sospendere prima ed riprendere dopo la colonscopia la terapia antitrombotica?

4

Chi deve gestire l'eventuale interruzione e ripresa?

Elementi decisionali

Perché sospendere tx antitrombotica



- LG considerano la resezione endoscopica procedura ad *alto rischio* emorragico, che come tale richiede la sospensione della terapia (eccetto aspirina)
- Nei programmi FIT, con alta prevalenza di lesioni, non sospendere la terapia richiederebbe la riprogrammazione di un elevato numero di esami (burden organizzativo dei servizi e impatto negativo sul paziente)
- Modelli di analisi decisionale suggeriscono che la sospensione dell'anticoagulante (warfarin) è costo efficace se $ADR > 35\%$ (Gerson LB, Am J Med 2004)

Perché continuarla



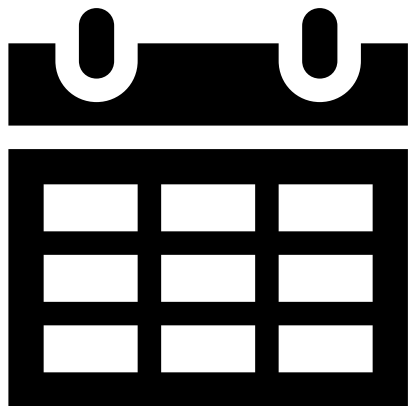
- Minimizzare il rischio trombotico
- +80% polipi sono $<10\text{mm}$: evidenze (bassa qualità) sulla sicurezza con resezione con ansa a freddo (Linee guida?)

Elementi da considerare nella scelta decisionale

- Rischio trombotico del paziente
- Possibilità di differire colonscopia*
 - in caso di eventi trombotici recenti (3 mesi)
 - durata temporanea dei trattamenti (es. DAPT)

* Un significativo aumento della prevalenza di CRC (OR 1.75, 95 % CI 1.15-2.67) e di proporzione di stadi avanzati (OR 2.79, 95 %CI 1.03-7.57) è osservata per intervalli tra FIT e colonscopia ≥ 270 giorni, mentre rimane stabile per intervalli < 180 giorni

Zorzi M et al. Endoscopy. 2020; 52:871-876.



1

I farmaci antitrombotici influenzano il valore predittivo del FIT?

2

E' giustificata l'interruzione della terapia antitrombotica prima della colonscopia?

3

Se si, come sospendere prima – e riprendere dopo - la terapia antitrombotica?

4

Chi deve gestire l'eventuale interruzione e ripresa?

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



Authors

Andrew M. Veitch¹, Franco Radaelli², Raza Alikhan³, Jean-Marc Dumonceau⁴, Diane Eaton⁵, Jo Jerome⁶, Will Lester⁷, David Nylander⁸, Mo Thoufeeq⁹, Geoffroy Vanbiervliet¹⁰, James R. Wilkinson¹¹, Jeanin E. van Hooft¹²

Digestive Endoscopy

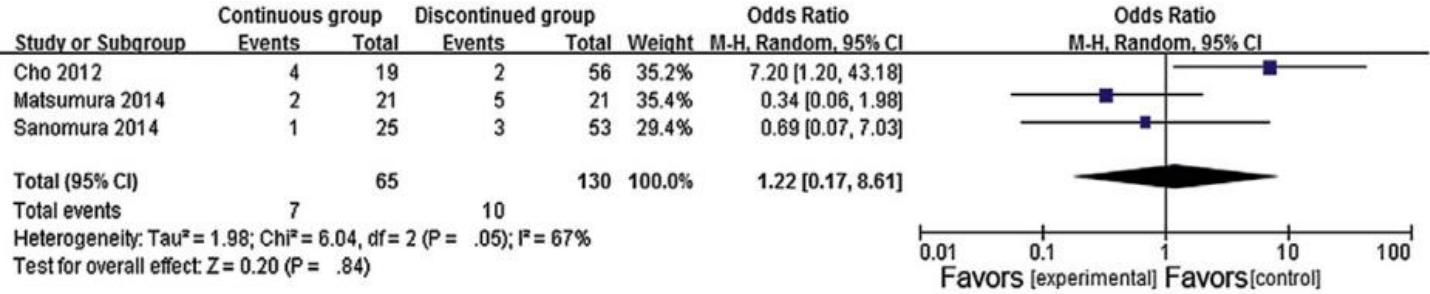
SIED-GISCOR recommendations for colonoscopy in screening programs: Part I – Diagnostic

Maria Caterina Parodi^{a,1}, Giulio Antonelli^{b,c,1}, Giuseppe Galloro^r, Franco Radaelli^d, Giampiero Manes^t, Mauro Manno^j, Lorenzo Camellini^e, Giuliana Sereni^f, Luigi Caserta^g, Arrigo Arrigoni^h, Renato Fasoliⁱ, Romano Sassatelli^f, Flavia Pigò^k, Paola Iovino^l, Daniela Scimeca^m, Luca De Lucaⁿ, Tommy Rizkala^o, Alberto Tringali^p, Cinzia Campari^q, Antonio Capogreco^o, Sabrina Gloria Giulia Testoni^s, Helga Bertani^j, Alberto Fantin^u, Roberto Di Mitri^m, Pietro Familiari^{v,w}, Maurizio Labardi^x, Claudio De Angelis^y, Emanuela Anghinoni^z, Tiziana Rubeca^{aa}, Paola Cassoni^{ab}, Manuel Zorzi^{ac}, Alessandro Mussetto^{ad}, Cesare Hassan^{o,ae,2,*}, Carlo Senore^{af,2}



Aspirina: *è raccomandata la prosecuzione del farmaco.*

Razionale: i dati di letteratura non dimostrano un incremento del rischio emorragico in pazienti in terapia con ASA sottoposti a polipectomia colica o procedure di resezione avanzata (mucosectomia o dissezione sottomucosa).



Dong J. et al. GIE 2017

Doppia terapia antiaggregante (DAPT: aspirina + antagonista recettore P2Y12): *in tutti i pazienti in DAPT è raccomandata la consulenza cardiologica o neurologica prima della programmazione dell'esame colonscopico.*

In caso di possibilità di sospensione, anche temporanea, della DAPT (stop P2Y12 RA per 5gg; ticagrelor 3gg) è raccomandata la prosecuzione della terapia con aspirina.

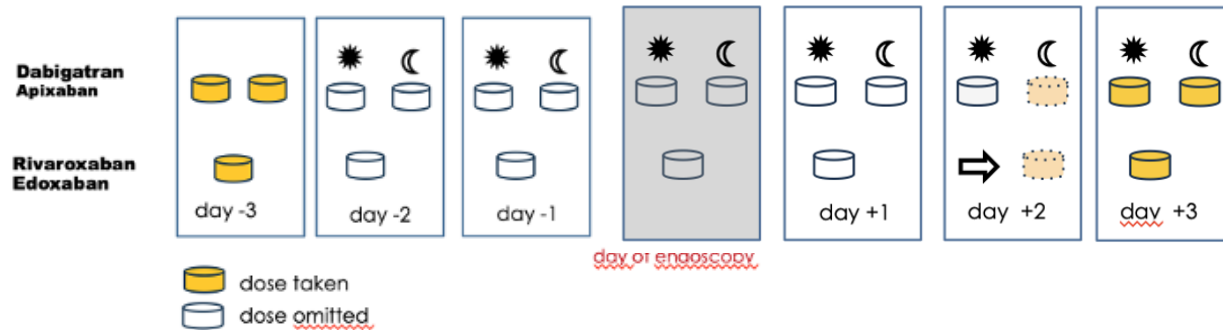
In caso di impossibilità di sospensione della DAPT, è da valutare caso per caso (durata prevista della terapia, volontà del paziente) se differire l'esecuzione della colonscopia o, in alternativa, eseguire l'esame con intento solo diagnostico (opzione consigliabile se intervallo possibile sospensione DAPT > 6 mesi).

In caso di sospensione, ripresa P2Y12 a giorno + 3 - se confermata indicazione -

Razionale: i) Scarse evidenze riguardo la sicurezza della resezione di polipi, anche subcentimetrici, in pazienti in DAPT
ii) DAPT è trattamento in genere temporaneo iii) Assoluta necessità di minimizzare il rischio di complicanze correlate alla procedura, che potrebbero richiedere la necessità di interruzione completa della terapia antitrombotica ed un conseguente rischio di gravi complicanze cardiovascolari.

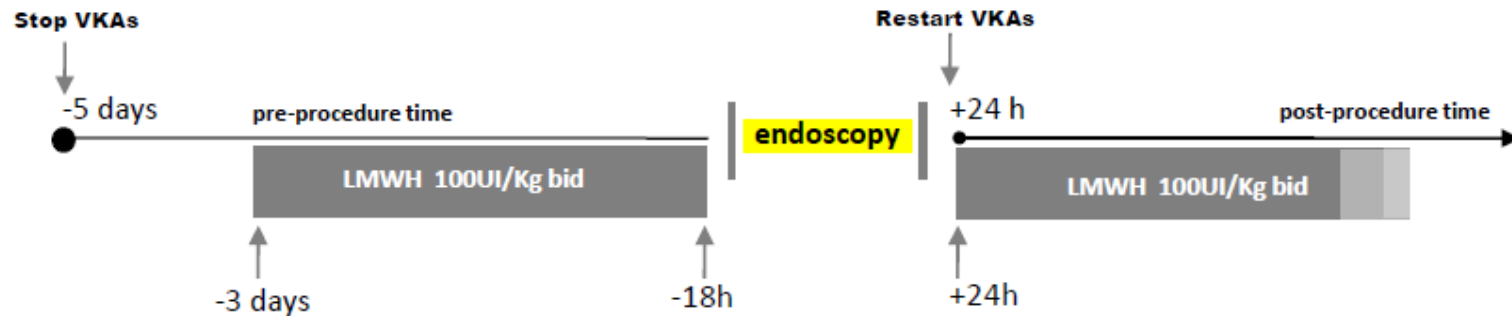
Anticoagulanti orali diretti (DOAC; dabigatran, apixaban, edoxaban, rivaroxaban): *è suggerita la sospensione del trattamento, con assunzione dell'ultima dose 3 giorni prima della procedura (5 giorni in pazienti in dabigatran con funzione renale compromessa, i.e. Cr-Cl 30-50 ml/min).*
Non indicazione a bridging con EBPM.

Ripresa dopo 48h (72h-96 in casi selezionati ad alto rischio)



Antagonisti della vitamina K (VKA; warfarin, acenocumarolo): *è suggerita la sospensione del trattamento nei 5 giorni precedenti l'esame. La terapia "ponte" con eparina a basso peso molecolare (EBPM) è raccomandata solo nei pazienti ad alto rischio tromboembolico.*

Ripresa VKSA dopo 24h (terapia ponte con EBPM a 24-48h solo nell'alto rischio tromboembolico)



High risk conditions (>10% per yr. risk of ATE; >10% per mo. of VTE):

Mechanical Heart Valve (MHV)

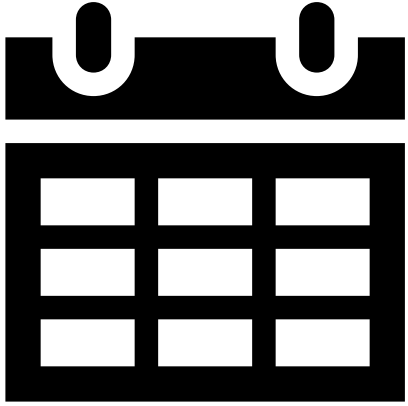
- Mitralic MHV with one or more major risk factors for stroke
- Old generation MHV (regardless position)
- Recent (<3 months) thromboembolic event
- Prior perioperative stroke

Atrial Fibrillation (AF)

- $CHA_2DSVAS_2c \geq 7$
- CHADS₂ 5-6
- Rheumatic valvular disease

Venous Thromboembolism (VTE)

- Recent (< 3months) VTE
- Severe thrombophilia
- Antiphospholipid syndrome
- Active cancer with high VTE risk



1

I farmaci antitrombotici influenzano il valore predittivo del FIT?

2

E' giustificata l'interruzione della terapia antitrombotica prima della colonscopia?

3

Se si, come sospendere prima ed riprendere dopo la terapia antitrombotica?

4

Chi deve gestire l'eventuale interruzione e ripresa?

Chi deve gestire la terapia antitrombotica pre-endoscopia?

VKAs
DAPT
Pazienti alto rischio

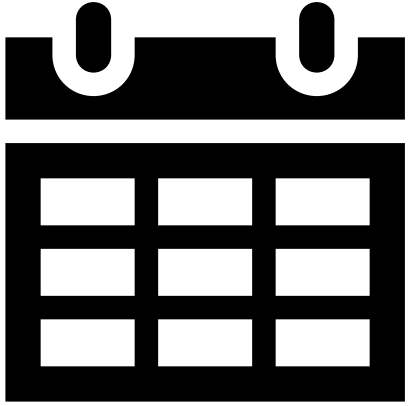
- Centro trombosi
- Specialista di riferimento

DOAC
Paziente rischio lieve/moderato

- **Gastroenterologo/ Endoscopista**
- MMG
- Specialista di riferimento

Chi deve gestire la terapia antitrombotica post-endoscopia?

- **Gastroenterologo/ Endoscopista**
- In accordo con linee guida
- Informazioni scritte sul report endoscopico
- Motivazioni scritte in caso di scostamento da linee guida



1

I farmaci antitrombotici influenzano il valore predittivo del FIT?

Si, specie per DOAC, ma non vi è indicazione alla sospensione

2

E' giustificata l'interruzione della terapia antitrombotica prima della colonscopia?

Si, ma la elevata prevalenza di polipi <10mm e nuove evidenze potrebbero cambiare questa comportamento

3

Se si, come e sospendere la terapia antitrombotica?
E come riprenderla dopo la colonscopia

In accordo con LG ESGE

4

Chi deve gestire l'eventuale interruzione e ripresa?

Interruzione: centro TAO, Gastroenterologo, Specialista
Ripresa: Gastroenterologo