



Ospedale Madonna del Buon Consiglio
FATEBENEFRATELLI – NAPOLI



**Linee guida aziendali per la gestione preoperatoria
della terapia antiaggregante ed anticoagulante.**



*Realizzati dal dott. Andrea Fontanella
Direttore del Dipartimento di Medicina
e Responsabile del Pronto Soccorso*

Stratificazione del rischio emorragico operatorio.

BASSO: **raramente richiesta la trasfusione**

- Chirurgia generale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia ortopedica minore
- Endoscopia
- Biopsie
- Interventi camera anteriore dell'occhio
- Estrazione dentale

INTERMEDIO: **trasfusione richiesta spesso**

- Chirurgia addominale
- Chir. Cardiovascolare
- Ortopedica Maggiore
- Chirurgia Ricostruttiva
- Urologica Endoscopica

ALTO: **possibile sanguinamento in una cavità chiusa**

- Intracranica
- Midollare
- Camera posteriore occhio

Stratificazione del rischio trombotico alla sospensione dei farmaci antiaggreganti nei pazienti in terapia

BASSO: 6 mesi dopo MI (myocardial infarction), PCI (percutaneous coronary intervention), BMS (bare metal stent), CABG (coronary artery bypass graft), stroke

> 12 mesi SE VI SONO COMPLICAZIONI

INTERMEDIO: 6-24 settimane dopo MI, PCI + BMS, CABG, stroke

> 12 m dopo DES; STENT a rischio elevato (lungo, prossimale, multiplo, ai piccoli vasi della biforcazione); bassa FE (frazione di eiezione), diabete

ALTO: < 6 settimane dopo MI, PCI, BMS, CABG;

< 6 m dopo lo stesso se complicato;

< 12 m dopo DES (drug eluting stent);

< 2 settimane dopo stroke

Linee guida perioperatorie ACC/AHA 2007 per i pz coronaropatici

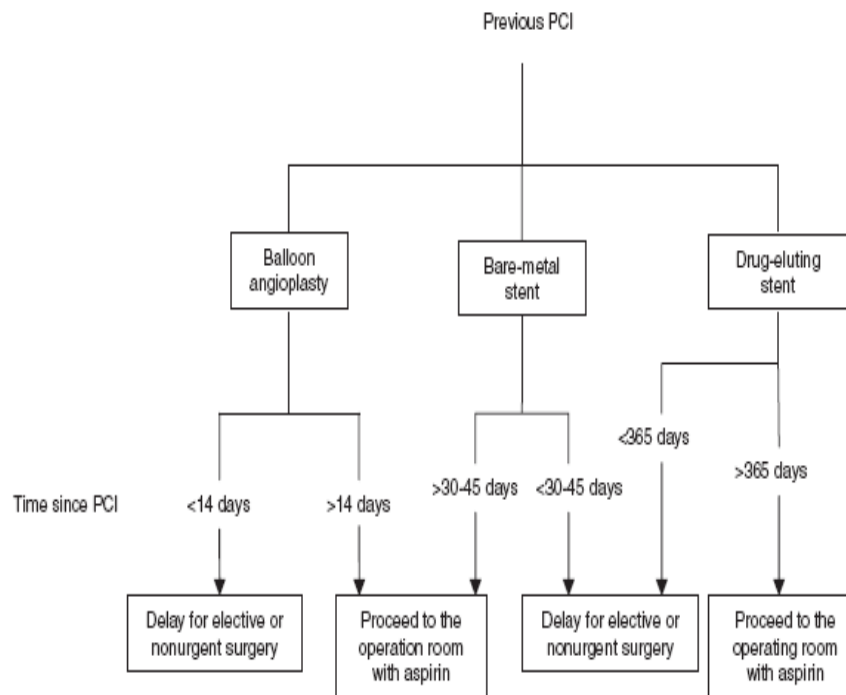


Figure 2. Proposed approach to the management of patients with previous percutaneous coronary intervention (PCI) who require non-cardiac surgery, based on expert opinion.

Sinossi della AHA/ACC - JACC 49, 734, 2007

- Dilatazione senza stenting: 2-4 settimane
chirurgia rinviata per 2-4 settimane (solo vitale)
- Pci e *bare metal stents* (bms): 4-6 settimane
chirurgia rinviata per > 6 settimane (solo vitale)
chirurgia ritardata per > 12 settimane (elettiva)
- Pci e *drug eluting stents* (des): 12 mesi
chirurgia rinviata di > 12 mesi (solo elettiva)

Aspirina: per tutta la vita qualunque sia la tecnica di rivascolarizzazione

Nei pazienti portatori di DES che necessitano, precocemente dopo l'impianto, di chirurgia generale sono suggeribili alcune opzioni:

a) continuare il doppio regime antiaggregante nei soggetti a basso rischio emorragico;

b) sospendere il tienopiridinico e bridare l'eparina per il periodo preoperatorio con una precoce riassunzione della doppia terapia antiaggregante nel post-operatorio;

c) sospendere la doppia terapia antiaggregante e ripartire dopo l'intervento, appena possibile, con una dose di attacco di clopidogrel di 600 mg.

RISCHIO CVD/CHD BASSO: 6 m dopo MI, PCI, BMS, CABG, stroke o 12 m dopo DES o COMPLICANZE.

Rischio emorragico intra-operatorio	Suggerimenti
Rischio Basso Trasfusione richiesta raramente: periferica, plastica, generale, biopsie; ortopedica minore, ENT, endoscopica; camera ant dell'occhio; odontoiatrica (qualsiasi tipo)	Chirurgia elettiva: OK; proseguire la aspirina
Rischio Intermedio Trasfusione richiesta spesso; addominale; CV; ortopedica maggiore, ENT, ricostruttiva; endoscopica urologica	Chirurgia elettiva: OK; proseguire la aspirina
Rischio Alto Possibile sanguinamento in una cavità chiusa; neurochirurgia intracranica; chirurgia del canale midollare; chirurgia della camera posteriore dell'occhio	Chirurgia elettiva: OK; mantenere le statine; sospendere aspirina (massimo 7 giorni)

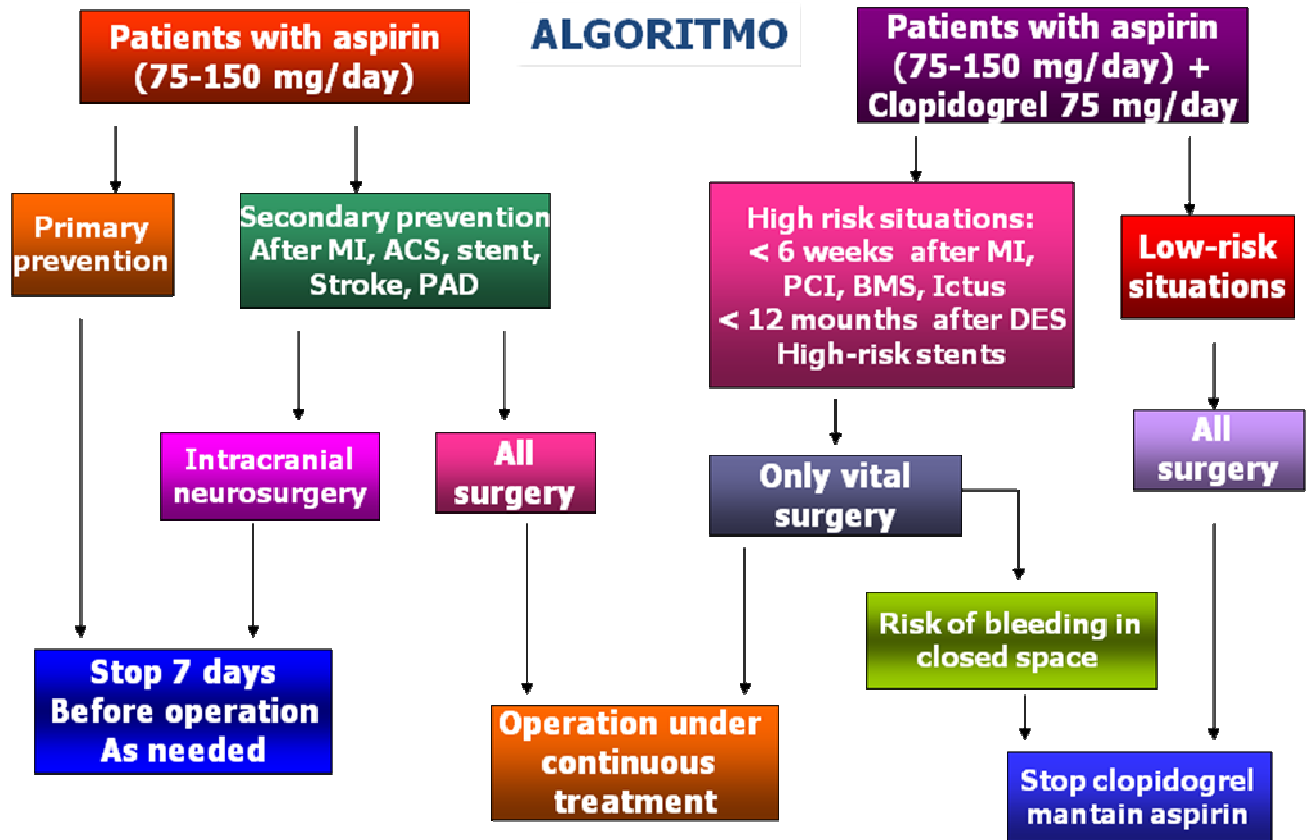
RISCHIO CVD/CHD INTERMEDIO: 6–24 settimane dopo MI, PCI con BMS, CABG, o stroke (nessuna complicazione); 12 mesi dopo DES; bassa EF, diabete, stent a rischio elevato (lunghi, prossimali, multipli, overlapping, piccoli vasi, biforcazioni).

Rischio emorragico intra-operatorio	Suggerimenti
<p>Rischio Basso</p> <p>Trasfusione richiesta raramente: periferica, plastica, generale, biopsie; ortopedica minore, ENT, endoscopica; camera ant dell'occhio; odontoiatrica (qualsiasi tipo)</p>	<p>Chirurgia elettiva: OK; proseguire aspirina, clopidogrel (se prescritto)</p>
<p>Rischio Intermedio</p> <p>Trasfusione richiesta spesso; addominale; CV; ortopedica maggiore, ENT, ricostruttiva; endoscopica urologica</p>	<p>Chirurgia elettiva: rinviare;</p> <p>Chirurgia assolutamente necessaria? OK;</p> <p>Proseguire la aspirina, clopidogrel (se prescritto)</p>
<p>Rischio Alto</p> <p>Possibile sanguinamento in una cavità chiusa; neurochirurgia intracranica; chirurgia del canale midollare; chirurgia della camera posteriore dell'occhio</p>	<p>Chirurgia elettiva: rinviare;</p> <p>Chirurgia assolutamente richiesta: ok; proseguire la aspirina (?) sospendere clopidogrel se prescritto.</p>

RISCHIO CVD/CHD ALTO: ALTO 6 settimane dopo MI, PCI, BMS, CABG; 6 m dopo le stesse . Se ci sono complicazioni; 12 mesi dopo DES a rischio elevato; 2 settimane dopo lo stroke.

Rischio emorragico intra-operatorio	Suggerimenti
<p>Rischio Basso</p> <p>Trasfusione richiesta raramente: periferica, plastica, generale, biopsie; ortopedica minore, ENT, endoscopica; camera ant dell'occhio; odontoiatrica (qualsiasi tipo)</p>	<p>Chirurgia elettiva: posticipare;</p> <p>Chirurgia di emergenza o vitale: OK;</p> <p>Proseguire aspirina e clopidogrel</p>
<p>Rischio Intermedio</p> <p>Trasfusione richiesta spesso; addominale; CV; ortopedica maggiore, ENT, ricostruttiva; endoscopica urologica</p>	<p>Chirurgia elettiva: posticipare;</p> <p>Chirurgia di emergenza o vitale: OK;</p> <p>Proseguire aspirina e clopidogrel</p>
<p>Rischio Alto</p> <p>Possibile sanguinamento in una cavità chiusa; neurochirurgia intracranica; chirurgia del canale midollare; chirurgia della camera posteriore dell'occhio</p>	<p>OK solo chirurgia di emergenza; proseguire la aspirina(?); Bridge con tirofiban/eptifibatide o eparina (?)</p>

Management preoperatorio del paziente in terapia antiaggregante



P.G. Chassot et, al. Br. J. Anaesth. 2007

ACS: acute coronary syndrome
PAD: peripheral arterial disease

Linee guida ACCP 2008 per i tempi di sospensione preoperatoria.

4.2. In patients who require temporary interruption of aspirin- or clopidogrel-containing drugs before surgery or a procedure, we suggest stopping this treatment 7 to 10 days before the procedure over stopping this treatment closer to surgery (Grade 2C).


4.3. In patients who have had temporary interruption of aspirin therapy because of surgery or a procedure, we suggest resuming aspirin approximately 24 h (or the next morning) after surgery when there is adequate hemostasis instead of resuming aspirin closer to surgery (Grade 2C).

In patients who have had temporary interruption of clopidogrel because of surgery or a procedure, we suggest resuming clopidogrel approximately 24 h (or the next morning) after surgery when there is adequate hemostasis instead of resuming clopidogrel closer to surgery (Grade 2C).

SOSPENSIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)

Stratificazione del rischio emorragico operatorio.

Vedi la seconda pagina del documento

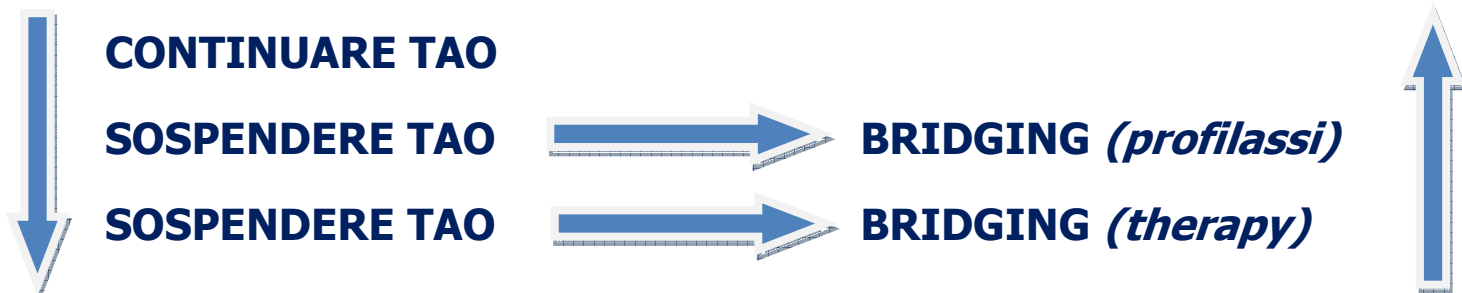


Complicanze trombo-emboliche in assenza di anticoagulazione.

- Fibrillazione atriale
 - 1– 12/ 100 pz/anno
 - 0.02 – 0.23 / 100 pz / settimana
 - 0.2-2 eventi su 1000 pz “scoperti” una settimana
- Protesi valvolari:
 - 9-22 /100 pz / anno
 - 0.17 – 0.42 /100 pz / settimana
 - 2-4 eventi su 1000 pz “scoperti” una settimana
- Trombosi venosa (primo mese)
 - 40 eventi su 100 pz / mese

RISCHIO TROMBOEMBOLICO

RISCHIO EMORRAGICO



Linee guida F.C.S.A. (Federazione Centri Sorveglianza Anticoagulati) **2008**

RISCHIO EMORRAGICO

RISCHIO TROMBOEMBOLICO	BASSO	ALTO
BASSO-MODERATO	CONTINUA TAO	SOSPENDE TAO PROFILASSI EBPM
ALTO	CONTINUA TAO	SOSPENDE TAO BRIDGING THERAPY -30% DOSE TERAPEUTICA