

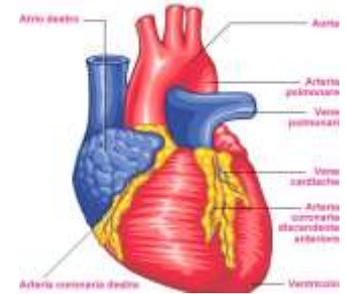
Dalla prevenzione al trattamento delle emorragie digestive: che cosa è cambiato

La terapia post-dimissione e il follow-up: tra rialimentazione, HP, endoscopia di controllo e ripresa della terapia antitrombotica

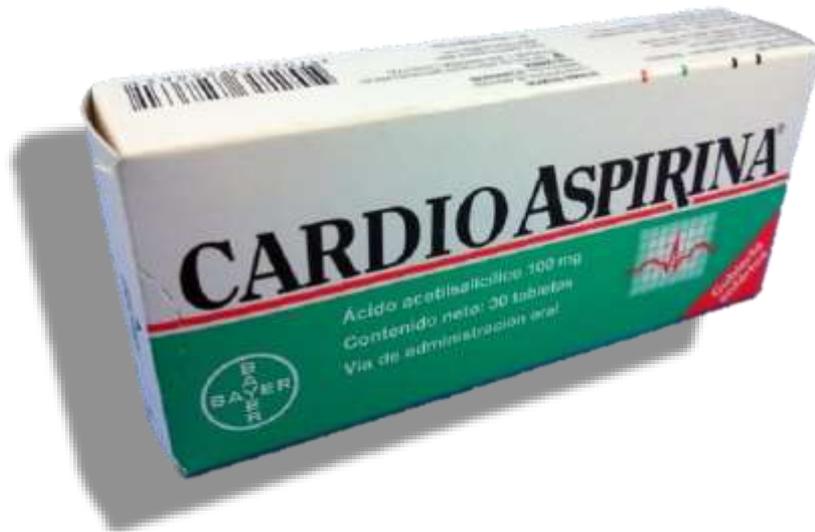




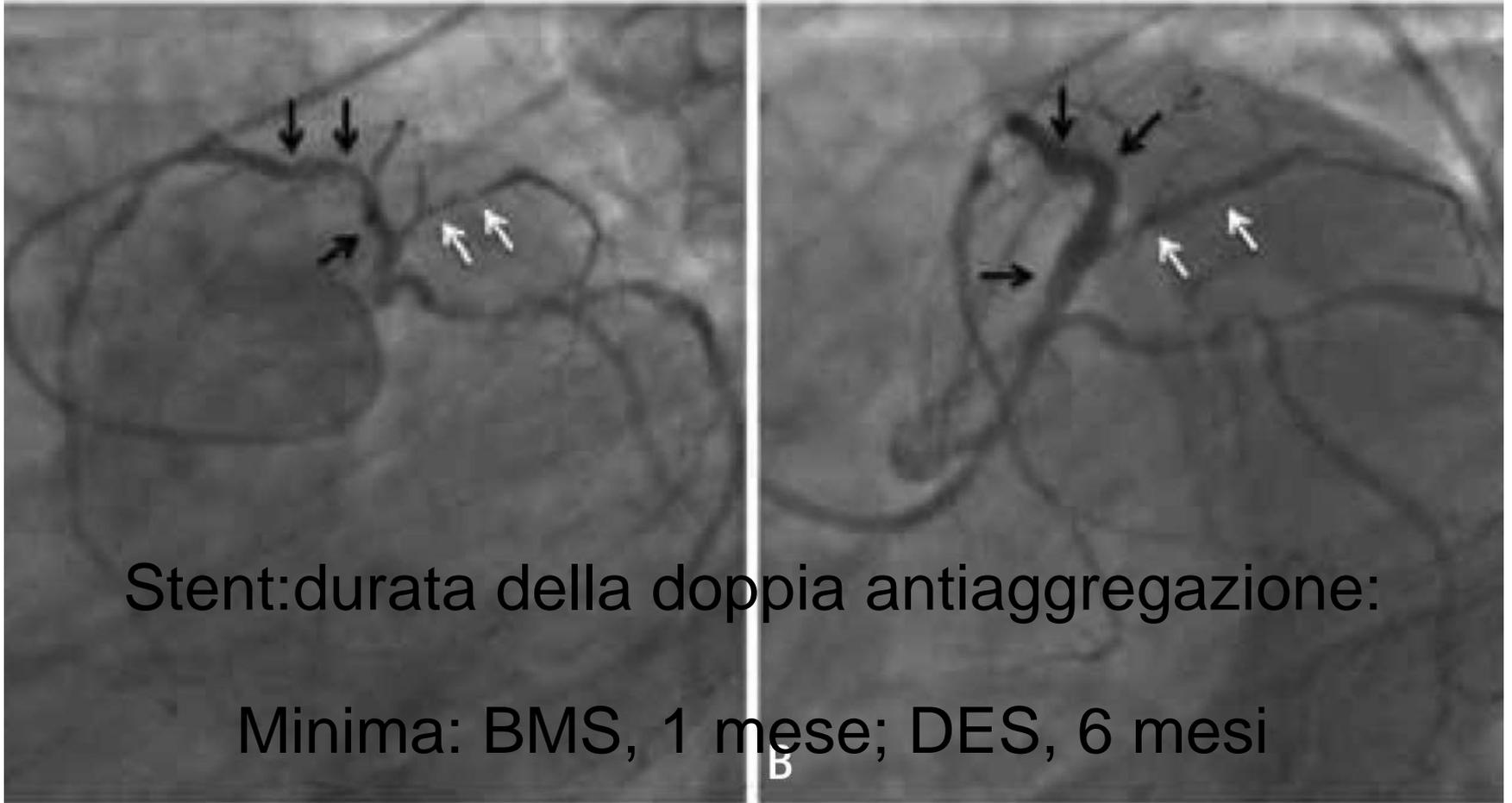
Problema clinico



- Un uomo di 77 anni: dolore toracico
- affetto da BPCO, ipertensione arteriosa e IRC di grado moderato
- Sindrome coronarica acuta (ecg + enzimi NSTEMI).
- UTIC: carico di acido acetilsalicilico 500 mg e clopidogrel 600 mg + eparina non frazionata di 100 UI/kg.



malattia critica trivasale + coronaria dx



Impianto di stent medicati su discendente anteriore e ramo diagonale

Problema clinico

- **UTIC: doppia terapia antiaggregante (DAPT) con acido acetilsalicilico 100 mg die e clopidogrel 75 mg die, oltre a gastroprotezione con rabeprazolo 20mg die.**
- **In V giornata: episodio lipotimico con comparsa di ematemesi, melena e instabilità emodinamica, emoglobina 9.1 g/dL**

La sospensione della tp antitrombotica dopo emorragia del tratto digestivo raddoppia il rischio di restenosi dello stent (5,8 vs 2,4%)

Nello studio "ACUITY" 13.819 pz con SCA
1,3% emorragia GI entro 30gg
tassi di mortalità 4.87, ischemia 1.94, IMA 1.74

*ACUITY trial. Am Heart J 2011
Abbas et al. Am J Cardiol 2005*

Egds dopo 3 ore

Dopo stabilizzazione del paziente egds con assistenza anestesiologicala



Ulcera della giunzione
esofago-cardiale
con sanguinamento a
nappo e grossolano vaso
visibile (**FORREST IB**)

Terapia iniettiva +
meccanica con clips
con emostasi.

Bravo endoscopista !



Dr. Cardiologo

Dr. Endoscopista



Grazie grazie...

..e adesso??



PPI



Fase precoce: la giungla

Stratificazione
del rischio

Controllo egds

Terapia
antisecretiva

Hp

alimentazione
NPT/enterale

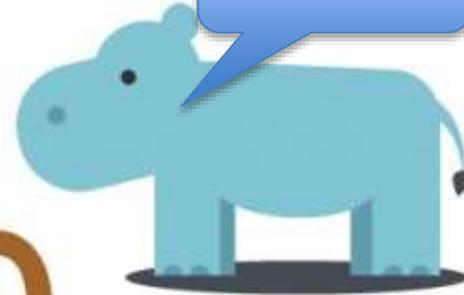
Terapia
antitrombotica

Fase precoce

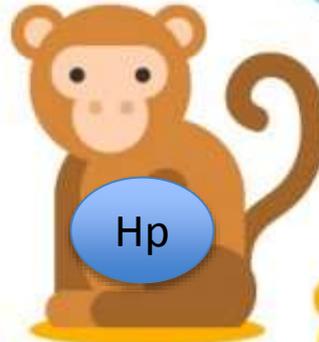
Stratificazione
del rischio



Controllo egds



Hp



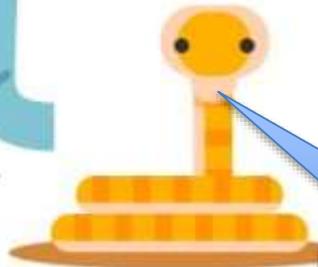
Terapia
antisecretiva



alimentazione
NPT/enterale



Terapia
antitrombotica



Fase precoce

Stratificazione
del rischio



Rischio di risanguinamento:

I pazienti con emorragia post stent hanno rischio elevato di recidiva fino a 16%
La stima del rischio si basa sull'Endoscopia:

- Forrest (Ia Ib IIa IIb)
- Dimensioni e posizioni dell'ulcera
- Mancata individuazione della fonte

Rischio cardiovascolare:

interruzione della DTA

- trombosi dello stent
- reinfarto immediato e tardivo
- mortalità





Fase precoce

TERAPIA ANTISECRETIVA

PPI ev (dose 8mg/h)
per almeno 72/h

NB: non altera efficacia Clopidogrel

in seguito può essere
proseguita per os

antisecretiva



ALIMENTAZIONE

Lesioni ad alto rischio
dieta con liquidi chiari e
freddi per almeno 48

Lesioni a basso rischio
dieta libera



Fase precoce

EGDS va ripetuta

- dopo eritromicina ev se non chiara fonte di sanguinamento
- se recidiva di sanguinamento

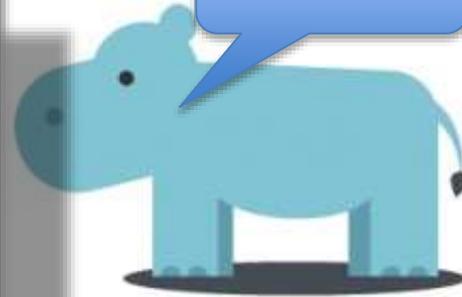
COLONSCOPIA

se gastroscopia non diagnostica per sanguinamento (previo PEG low-volume)

RADIOLOGIA

Angio-TC + arteriografia urgenti

Controllo egds

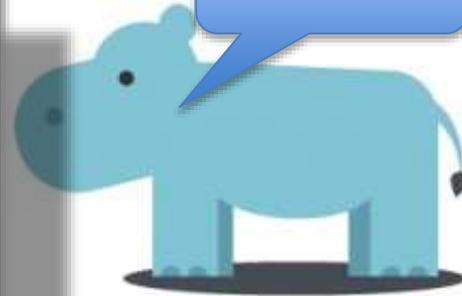


Fase precoce

EGDS va ripetuta

- dopo eritromicina ev se non chiara fonte di sanguinamento
- se recidiva di sanguinamento

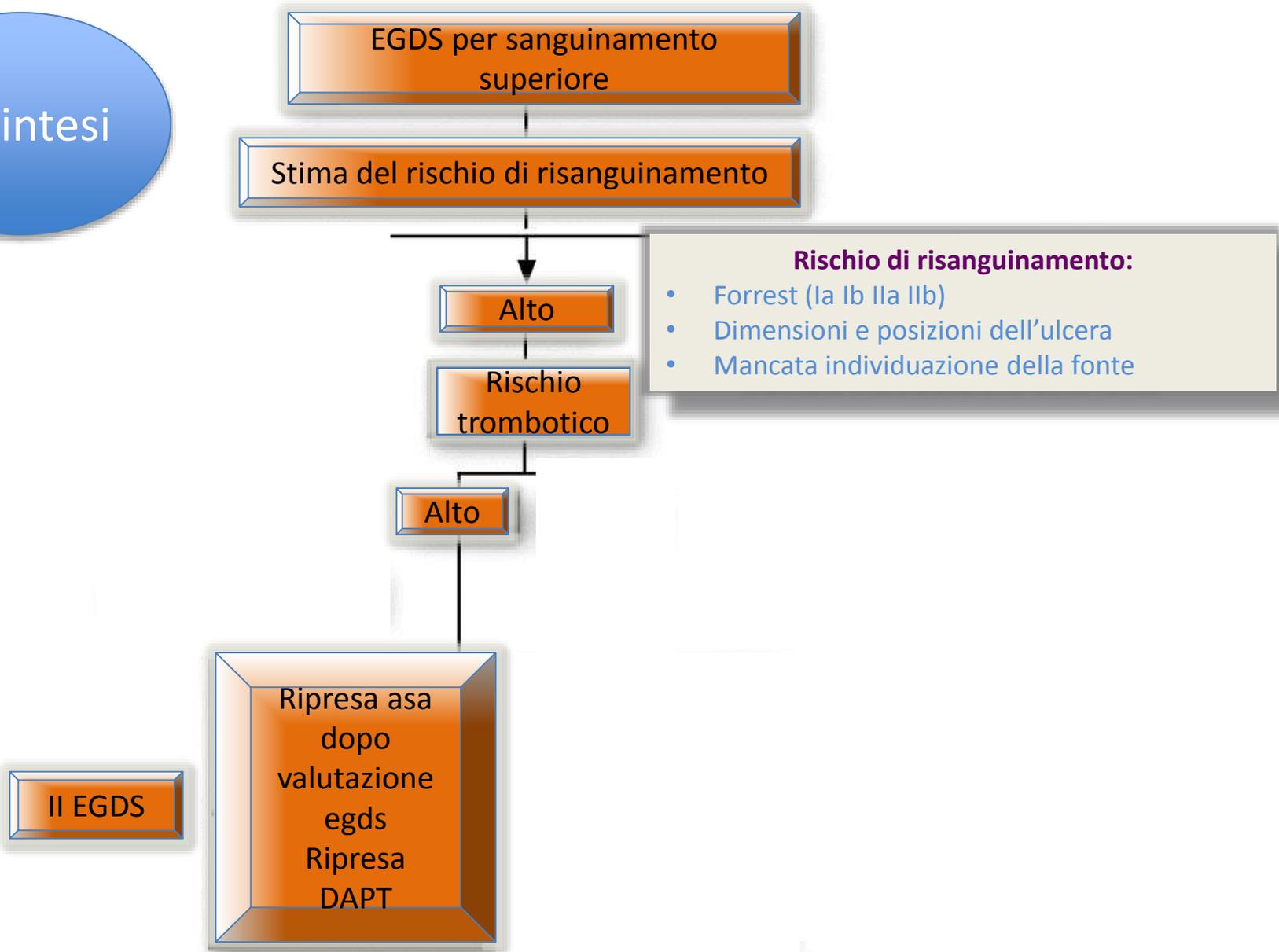
Controllo egds



Raccomandazione ESGE a riprendere ASA + PPI
ottenuta emostasi endoscopica

Proseguire la tp con asa aumenta il risanguinamento
ma riduce la mortalità e le recidive a 8 settimane.

in sintesi



Egds



ulcera della giunzione
esofago-cardiale
con sanguinamento a
nappo e grossolano vaso
visibile
(FORREST IB)

Terapia iniettiva +
meccanica con clips con
emostasi.

Problema clinico

- **E' stata proseguita terapia con asa + PPI ev ad alte dosi**
- **A 24 ore ha eseguito controllo endoscopico con riscontro di stigmate di rischio emorragico significativo (senza segni di sanguinamento)**
- **A 72 ore dall'esordio dell'emorragia ha ripreso la terapia con Clopidogrel proseguendo terapia con PPI ev per 5 giorni complessivi, ha ripreso ad alimentarsi con dieta libera.**
- **Durante il ricovero è stato testato lo status dell'HELICOBACTER PYLORI con esito positivo.**
- **E' stato trasferito in 12 giornata in medicina con PPI per os a duplice dose (rabeprazolo 20mgx2), DAPT, consiglio di eseguire terapia eradicante per H. pylori.**

H.Pylori



Devi sempre cercalo!!!

l'eradicazione dell'infezione da *H.pylori* risulta equivalente all'omeprazolo nel prevenire una recidiva del sanguinamento gastrico nei pazienti che assumono ASA a basse dosi

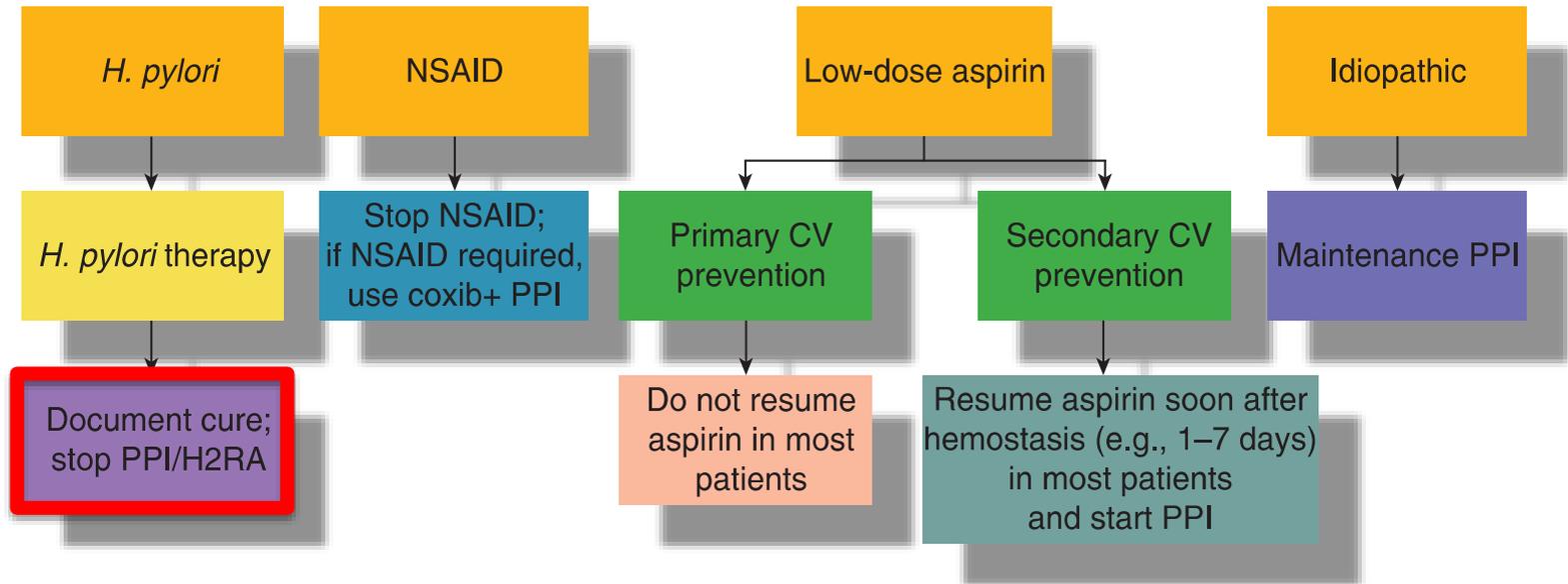
che assumono ASA a basse dosi

nel prevenire una recidiva del sanguinamento gastrico nei pazienti

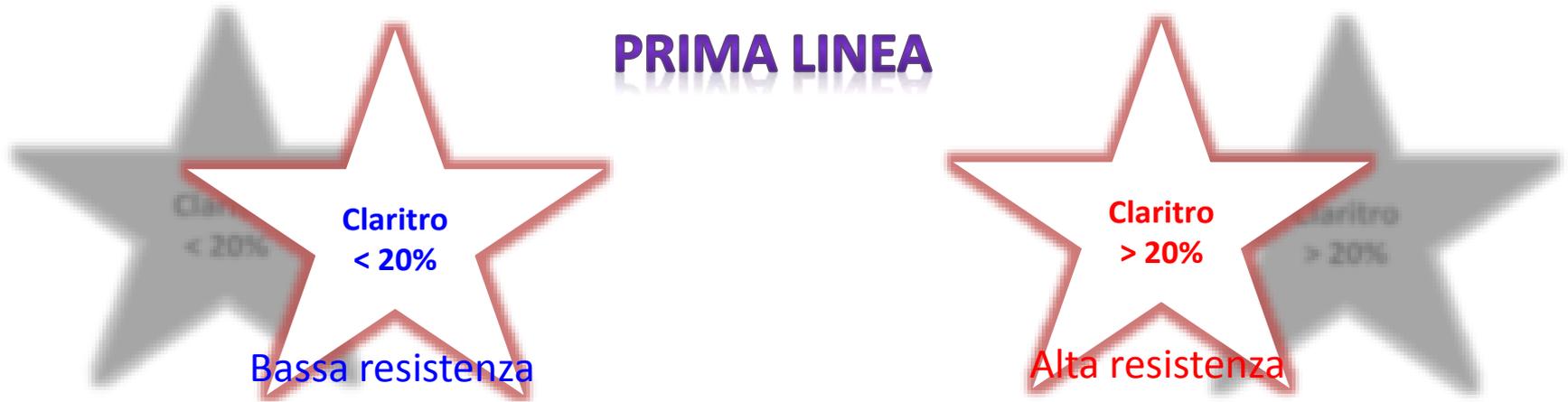
Gisbert et al, Aliment Pharmacol Ther 2004

Tp eradicante

- Cambia la storia clinica del pz emorragico



Primary clarithromycin resistance to *Helicobacter pylori*: Is this the main reason for triple therapy failure?



<i>Triplice terapia standard</i>	PPI+claritromicina+amoxicillina	10-14 giorni
<i>Terapia concomitante</i>	PPI+metronidazolo+amoxicillina+claritromicina	7-10 giorni
<i>Terapia sequenziale</i>	PPI+amoxicillina per 5-7 giorni seguito da PPI+metronidazolo+claritromicina per 5-7 giorni	10-14 giorni
<i>Triplice terapia modificata</i>	PPI+levofloxacina+amoxicillina	10 giorni
<i>Quadruplica terapia con bismuto</i>	PPI+metronidazolo+tetraciclina+bismuto	10 giorni

Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in Italy: The III Working Group Consensus Report 2015

Rocco Maurizio Zagari^{a,*}, Marco Romano^b, Veronica Ojetti^c, Reinhold Stockbrugger^d, Sergio Gullini^e, Bruno Annibale^f, Fabio Farinati^g, Enzo Ierardi^h, Giovanni Maconiⁱ, Massimo Rugge^j, Carlo Calabrese^a, Francesco Di Mario^k, Francesco Lizza^l, Stefano Pretolani^m, Antonella Savioⁿ, Giovanni Gasbarrini^c, Michele Caselli^e

SECONDA LINEA

Levo 500mg + Amoxi 2g 10gg^o

Quadruplica (Pylera)^o



Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in Italy: The III Working Group Consensus Report 2015

Rocco Maurizio Zagari^{a,*}, Marco Romano^b, Veronica Ojetti^c, Reinhold Stockbrugger^d, Sergio Gullini^e, Bruno Annibale^f, Fabio Farinati^g, Enzo Ierardi^h, Giovanni Maconiⁱ, Massimo Rugge^j, Carlo Calabrese^a, Francesco Di Mario^k, Francesco Lizza^l, Stefano Pretolani^m, Antonella Savioⁿ, Giovanni Gasbarrini^c, Michele Caselli^e

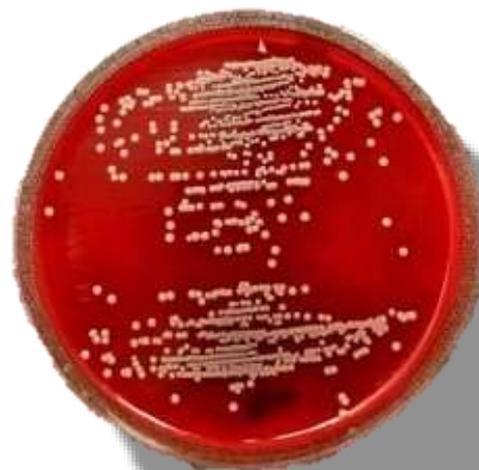
TERZA LINEA

Esame colturale[°]

Consulenza Gastro[°]

Quadruplica (Pylera)[°]

Rifabutina 300mg 10gg[°]



effetti avversi!!

Gestione a lungo termine dopo sanguinamento

1. Interazione ppi - clopidogrel RIDIMENSIONATA da metanalisi del 2015*
2. Terapia eradicante per Hp è raccomandata così come controllare l'avvenuta eradicazione poi si può sospendere PPI.
3. Dopo 6 mesi dall'applicazione degli stents è possibile ridurre la DAPT
4. Ridurre i farmaci gastrolesivi: Fans, steroidi, inibitori del reuptake della serotonina, bifosfonati.
5. Se il paziente necessita Fans meglio dare Cox-2 associando PPI.
6. In pazienti in tp con asa come prevenzione primaria dopo sanguinamento GI è considerabile la sospensione del farmaco o la rivalutazione rischio/beneficio (cons. Cardiologica).
7. Indicata ripetizione di egds lontano dall'evento acuto nella sola ulcera gastrica per eseguire biopsie (esclusione di neoplasie)

Laine Am et al, Am J Gastroenterol 2012

*Cardoso et al, Open Heart 2015

ESGE guidelines Gastrointestinal Endoscopy 2016

Grazie a tutti!



Nota 1 aifa

La prescrizione di PPI a carico del SSN è limitata:

alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) in terapia antiaggregante con **ASA a basse dosi** **purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio:**

storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante

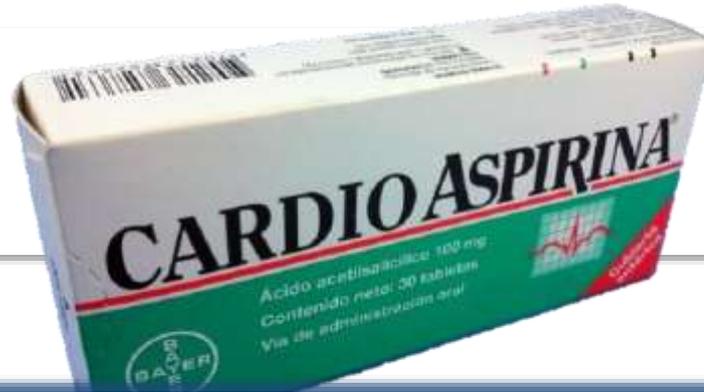
concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici

età avanzata.

Gestione anticoagulanti



- ESGE raccomanda la ripresa della TAO dopo 7-15 giorni dall'evento emorragico e deve essere modificata da paziente a paziente:
- 7 giorni in pz con elevato rischio di eventi trombotici



- DAPT (asa+clopidogrel) in prevenzione secondaria con ulcera: continuare asa e riprendere DAPT dopo 72h.
- asa in prevenzione secondaria ripresa subito con ulcere a basso rischio (FIIc, III) dopo tre giorni in lesioni ad alto rischio dopo egds.
- asa in prevenzione primaria con ulcera rivalutazione indicazione tramite cons Cardiol.