

Giovanni e l'antiaggregante

Data 24 marzo 2010 Categoria gastroenterologia

Un documento di consenso su come ridurre il rischio di eventi gastrointestinali nel paziente in trattamento cronico con antiaggreganti.

Giovanni è un paziente di 57 anni affetto da cardiopatia ischemica. Ha avuto un infartto miocardico senza sopraslivellamento di ST a 56 anni ed è in terapia con ASA, aceinibitore, betabloccante e statina.

L'anamnesi evidenzia, a 50 anni, un episodio di emorragia gastrica da ulcera, secondaria all'assuzione di FANS. Per tale motivo è in trattamento gastroprotettivo con un inibitore di pompa protonica a dosaggio pieno.

Durante una visita di controllo Giovanni chiede al medico curante se non sia il caso di sostituire l'ASA con un altro antiaggregante e cita ad esempio un suo conoscente a cui il cardiologo ha consigliato il clopidogrel in quanto per molti anni ha sofferto di ulcera peptica.

E' giustificata la richiesta di Giovanni? Qual è la migliore strategia per ridurre il rischio gastro-intestinale nel paziente in trattamentoantiaggregante?

L'American College og Gastroenterology, l'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno recentemente pubblicato un documento di consenso su questo argomento . La tabella sottostante riassume in breve i punti principali del documento.

- 1. Il rischio gastrointestinale di un paziente in trattamento cronico con basse dosi di ASA risulta aumentato in caso di uso contemporaneo di FANS
- 2. L'associazione fra ASA a basse dosi e coxib comporta un rischio simile a quello derivante dalla associazione ASA + FANS non selettivo.
- 3. Anche l'aggiunta di anticoagulanti (warfarin, eparina) all'ASA a basse dosi aumenta il rischio
- 4. Altri antiaggreganti, come per esempio il clopidogrel, non causano di per sè ulcere, tuttavia possono
- interferire con l'angiogenesi e quindi impedire la guarigione di lesioni gastrointestinali già esistenti. 5. La sostituzione dell'ASA con il clopidogrel al fine di ridurre il rischio non è consigliata ed è preferibile
- aggiungere all'ASA un inibitore di pompa protonica (PPI)
 6. Una gastroprotezione con PPI in aggiunta all'antiaggregante è consigliata in caso di anamnesi positiva per ulcera peptica o sanguinamento gastrointestinale e per i soggetti che richiedono una duplice
- antiaggregazione o l'associazione antiaggregante-anticoagulante
 7. L'aggiunta di un PPI all'antiaggregante deve essere valutata anche in caso di soggetti > 60 anni, uso contemporaneo di steroidi, presenza di dispepsia o reflusso gastro-esofageo
- 8. Se il paziente ha un'anamnesi positiva per ulcera peptica si dovrebbe eseguire un test per helicobacter pylori e procedere a terapia eradicante se positivo

La consultazione del documento permette di rispondere al quesito posto da Giovanni: è preferibile continare con l'associazioneASA/PPI.

RenatoRossi

Referenze

- 1. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. Am J Gastroenterol 2008 Nov; 103:2890.
- 2. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation 2008 Oct 28; 118:1894.