

Recomendação

Escolha não suspender Ácido Acetilsalicílico (AAS) antes de todos os procedimentos endoscópicos.

Justificação

Apesar de existir um risco de hemorragia associada à realização de estudos endoscópicos com finalidade diagnóstica, este é muito baixo, ocorrendo em menos de 1/1000 procedimentos (incluindo quando são realizadas biópsias). Mesmo o caso das endoscopias que incluam procedimentos terapêuticos, como no caso da maioria das polipectomias, apesar do risco hemorrágico ser maior - de cerca de 2-3% - , quando se verifica hemorragia intra ou pós-procedimento, uma proporção significativa são auto-limitadas ou, se necessária intervenção, existem diversas modalidades terapêuticas endoscópicas invasivas que permitem o controlo hemostático, raramente tendo desfechos fatais.

Por outro lado, a suspensão de um fármaco anti-agregante utilizado como profilaxia secundária, aumenta cerca de 3 vezes o risco de eventos trombóticos cardiovasculares ou cerebrovasculares, o que pode acarretar consequências devastadoras e resultar em mortalidade ou morbilidade significativa a longo prazo.

A gestão de antiagregantes e anticoagulantes deve ter em conta o risco cardiovascular e fatores de risco para hemorragia dos doentes individuais, bem como as preferências do doente.

Deste modo, doentes sob ácido acetilsalicílico (AAS) em monoterapia como prevenção secundária, que vão ser submetidos a procedimentos endoscópicos eletivos, devem, na grande maioria das situações, manter a terapêutica com ASA. Duas exceções, nas quais está recomendada a suspensão temporária do AAS, incluem a realização de ampulectomia endoscópica ou de disseção endoscópica da submucosa. Nos casos em que se opte pela suspensão da AAS, esta deve ser reiniciada precocemente, em 48-72 horas.

Já nos doentes sobre dupla antiagregação, deve manter-se o AAS, suspendendo-se temporariamente o segundo anti-agregante (10 dias antes no caso da Ticlopidina ou 7 dias antes para os inibidores do receptor da P2Y12 – Clopidogrel, Prasugrel ou Ticagrelor) nos doentes que vão ser submetidos a procedimentos (potencialmente) terapêuticos.

Nos casos dos doentes sob AAS como profilaxia primária, este deve ser suspenso antes de procedimentos endoscópicos com alto risco hemorrágico (com intuito terapêutico), uma vez que o risco hemorrágico demonstrou ser superior ao potencial benefício cardiovascular.

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia

- Veitch, A. M., Radaelli, F., Alikhan, R., Dumonceau, J. M., Eaton, D., Jerrome, J., ... & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. *Endoscopy*, 53(09), 947-969.
- Coelho-Prabhu, N., Forbes, N., Thosani, N. C., Storm, A. C., Pawa, S., Kohli, D. R., ... & Qumseya, B. J. (2022). Adverse events associated with EGD and EGD-related techniques. *Gastrointestinal endoscopy*, 96(3), 389-401.
- Ferlitsch, M., Moss, A., Hassan, C., Bhandari, P., Dumonceau, J. M., Paspatis, G., ... & Bourke, M. J. (2017). Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*, 49(03), 270-297.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos