



Outcome dei pazienti in terapia anticoagulante orale sottoposti a impianto di stent coronarico: ruolo della «triplice» terapia

A cura di Marta F. Brancati

Rohla M, Vennekate CK, Tentzeris I, et al. Long-term mortality of patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention with stent implantation for acute and stable coronary artery disease. Int J Cardiol 2015;184C:108-114.

Si tratta di un registro che ha coinvolto circa 2800 pazienti sottoposti a impianto di stent per coronaropatia stabile o sindrome coronarica acuta (con equa distribuzione). L'endpoint primario era la mortalità a lungo termine per tutte le cause, confrontato tra i pazienti in fibrillazione atriale e quelli in ritmo sinusale. La triplice terapia (ASA, clopidogrel, antagonista della vitamina K) era attuata nel 25% dei casi fino al 2011, e nel 64% dopo. In sostanza, dopo circa 5 anni, la mortalità è risultata raddoppiata nei pazienti in fibrillazione atriale rispetto agli altri, sia nel caso di coronaropatia stabile ($p < 0.01$) che nel caso di sindrome coronarica acuta ($p < 0.01$). Il dato interessante è che l'uso della triplice terapia non è così frequente nel «real world», sebbene sia incrementato dopo la pubblicazione delle linee guida europee nel 2010.

Kang DO, Yu CW, Kim HD, et al. Triple antithrombotic therapy versus dual antiplatelet therapy in patients with atrial fibrillation undergoing drug-eluting stent implantation. Coron Artery Dis 2015 [Epub ahead of print].

Le attuali linee guida consigliano 6 mesi di doppia antiaggregazione in pazienti in terapia anticoagulante orale (OAC) sottoposti a impianto di stent medicati. Questo studio retrospettivo ha confrontato l'outcome clinico netto (ischemico ed emorragico), a due anni, associato alla triplice terapia (ASA, tienopiridina, OAC) vs duplice (ASA e tienopiridina) in 367 pazienti con fibrillazione atriale sottoposti a impianto di DES. La triplice terapia è risultata associata a un outcome peggiore rispetto alla duplice ($p = 0.006$), a causa di un'aumentata incidenza di eventi emorragici, senza ridurre in alcun modo gli eventi ischemici. L'analisi multivariata ha confermato la triplice terapia come predittore indipendente dell'outcome clinico netto e dei sanguinamenti maggiori.

Fielder KA, Maeng M, Mehilli J, et al. Duration of triple therapy in patients requiring oral anticoagulation after drug-eluting stent implantation: the ISAR-TRIPLE Trial. J Am Coll Cardiol 2015;65:1619-1629.

Lo studio ISAR-TRIPLE ha valutato se abbreviare la durata della terapia con clopidogrel a 6 settimane possa ridurre gli eventi avversi totali, ischemici ed emorragici (end-point combinato). Sono stati randomizzati circa 600 pazienti (tutti in terapia con ASA e OAT) a clopidogrel per 6 mesi o 6 settimane. Lo studio non ha dimostrato alcuna differenza significativa tra le due strategie di trattamento, sia sull'end-point primario (combinato) che su quelli secondari (ischemico ed emorragico separatamente). La valutazione del rapporto rischio-beneficio rappresenta, probabilmente, la strategia migliore nel decidere la durata della triplice terapia con ASA, clopidogrel e OAC.



FIBRILLAZIONE ATRIALE E STENT CORONARICI: STRATEGIA TERAPEUTICA SECONDO LE LINEE GUIDA (2010)

PCI ELETTIVA	HAS-BLED 0-2	BMS: ASA + clopidogrel + warfarin per 1 mese, poi clopidogrel (o ASA) + warfarin fino a 12 mesi poi solo warfarin DES: ASA + clopidogrel + warfarin per 3 mesi, poi clopidogrel (o ASA) + warfarin fino a 12 mesi poi solo warfarin
	HAS-BLED ≥ 3	BMS: ASA + clopidogrel + warfarin per 2-4 settimane, poi solo warfarin
PCI per SINDROME CORONARICA ACUTA	HAS-BLED 0-2	BMS/DES: ASA + clopidogrel + warfarin per 6 mesi, poi clopidogrel (o ASA) + warfarin fino a 12 mesi poi solo warfarin
	HAS-BLED ≥ 3	BMS: ASA + clopidogrel + warfarin per 4 settimane, poi clopidogrel (o ASA) + warfarin fino a 12 mesi poi solo warfarin