

Sicurezza dell'anticoagulante nei pazienti trattati con rivascolarizzazione urgente per ictus ischemico correlato alla fibrillazione atriale

Fonte: Giustozzi, M. et al. Stroke. 2020;51:2347–2354.

Il *timing* ottimale per iniziare l'anticoagulante orale dopo un ictus ischemico correlato alla fibrillazione atriale rimane attualmente una sfida, a causa della scarsità di dati disponibili a riguardo. Questo è vero soprattutto nei pazienti trattati con trombolisi sistemica o trombectomia meccanica. I trattamenti di riperfusione (trombolisi e trombectomia), infatti, sono associati a un rischio non trascurabile di trasformazione emorragica dell'ictus. Il trattamento anticoagulante orale dopo tali procedure non è attualmente raccomandato nelle prime 24 ore dall'evento; dopo questo intervallo di tempo, resta da definire la tempistica ottimale per iniziarlo.

Piccoli studi osservazionali hanno dimostrato che l'introduzione precoce di anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (NOAC) dopo l'ictus in pazienti trattati con terapia di riperfusione sembra essere sicura. Pertanto, gli Autori di questo studio hanno voluto valutare l'incidenza di recidive precoci e sanguinamenti maggiori nei pazienti con ictus ischemico acuto e fibrillazione atriale trattati con terapia trombolitica e/o trombectomia, e che avevano ricevuto anticoagulanti orali in prevenzione secondaria.

A tale scopo sono stati combinati i dati degli studi RAF e RAF-NOAC (recidiva precoce e sanguinamento maggiore nei pazienti con ictus ischemico acuto e fibrillazione atriale trattati con anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (NOAC)); entrambi gli studi sono stati di tipo osservazionale prospettico, e sono stati condotti rispettivamente tra gennaio 2012 e marzo 2014 ed aprile 2014 e giugno 2016. Sono stati inclusi pazienti con ictus ischemico acuto e fibrillazione atriale trattati con antagonisti della vitamina K (VKA) o NOAC.

L'*outcome* primario era costituito da ictus, attacco ischemico transitorio, embolia sistemica sintomatica, sanguinamento cerebrale sintomatico e sanguinamento extra-cerebrale maggiore entro 90 giorni dall'arruolamento. I pazienti trattati sono stati abbinati in un rapporto 1: 1 mediante *propensity score* con i pazienti non trattati, dopo la stratificazione basale delle caratteristiche cliniche.

Sono stati così inclusi 2159 pazienti; 564 (26%) hanno ricevuto terapia di riperfusione acuta. Dopo l'evento indice, 505 (90%) sono stati i pazienti trattati con terapia di riperfusione e 1287 su 1595 (81%) i pazienti non trattati che hanno iniziato l'anticoagulazione orale. Il tempo d'inizio dell'anticoagulante orale era simile tra i pazienti trattati e quelli non trattati mediante riperfusione (rispettivamente 7,5 contro 7 giorni).

A 90 giorni, l'*outcome* primario si è verificato in 37 (7%) pazienti trattati con riperfusione; e in 146 (9%) pazienti non trattati (odds ratio, 0,74 [IC 95%, 0,50-1,07]). Dopo *propensity score matching*, il rischio di andare incontro all'*outcome* primario era comparabile tra i 2 gruppi (odds ratio, 1,06 [IC 95%, 0,53-2,02]). Invece, l'uso di NOAC è stato associato a un migliore profilo di efficacia/sicurezza rispetto agli antagonisti della vitamina K (VKA), sia per gli esiti ischemici che emorragici. Gli Autori hanno perciò concluso che il trattamento di riperfusione acuta non ha influenzato il rischio di recidiva precoce e di sanguinamento maggiore nei pazienti con ictus ischemico acuto correlato alla fibrillazione atriale che avevano iniziato un anticoagulante orale.

Questo studio fornisce nuovi dati osservazionali riguardo l'anticoagulazione precoce nei pazienti con ictus ischemico correlato alla fibrillazione atriale; inoltre, conferma i risultati ottenuti da precedenti di studi con minore numerosità campionaria. L'introduzione precoce (entro le prime 2 settimane) di rivaroxaban o dabigatran era già stata studiata da Masotti e Colleghi in una popolazione composta da 34 pazienti con ischemia correlata alla fibrillazione atriale ed ictus trattato con trombolisi per via endovenosa, con dati incoraggiati. Allo stesso modo, dati rassicuranti riguardo all'inizio precoce di rivaroxaban in pazienti con ictus ischemico minore associato alla fibrillazione atriale sono stati dimostrati in un piccolo studio clinico randomizzato controllato condotto in Corea. In entrambi, nessun paziente aveva presentato trasformazione emorragica sintomatica o ricorrenza sintomatica di eventi ischemici. In questo scenario, i dati qui forniti da Giustozzi e Colleghi rinforzano l'ipotesi che le terapie di riperfusione condotte in acuto non influenzino il rischio di recidiva precoce e di sanguinamento maggiore nei pazienti con ictus ischemico correlato alla fibrillazione atriale e che poi precocemente inizino il trattamento anticoagulante orale. Pertanto, i benefici di un trattamento precoce delle recidive ischemiche dopo ictus correlato a fibrillazione atriale sembrano superiori ai rischi, anche dopo trattamento di rivascolarizzazione in acuto. Ulteriori studi, preferibilmente randomizzati, sono però necessari per conferme definitive.