

## Utilità della terapia antitrombotica in pazienti con fibrillazione atriale e infarto miocardico acuto

Fonte: Guimaraes P.O. et al. Am J Cardiol. 2018.

Nell'era dei nuovi anticoagulanti orali (anticoagulanti orali non vitamina K dipendenti – NOACs) e degli inibitori del recettore piastrinico P2Y<sub>12</sub> di terza generazione, Guimaraes e colleghi hanno voluto esaminare i profili terapeutici adottati prima del ricovero e al momento della dimissione nei pazienti **con concomitante fibrillazione atriale (FA), e malattia coronarica (CAD), ospedalizzati per infarto miocardico acuto (IMA)**. Per fare ciò, gli autori hanno eseguito un'analisi retrospettiva all'interno del registro americano *Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network Registry-Get With the Guidelines* (ACTION Registry-GWTG). Questo registro arruola consecutivamente tutti i pazienti ricoverati per IMA negli Stati Uniti d'America negli ospedali che hanno scelto di aderire al progetto. Attraverso un modello di regressione logistica sono state inoltre studiate le associazioni tra le caratteristiche cliniche di questi pazienti e la prescrizione di anticoagulanti e antiaggreganti in dimissione.

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti ammessi in ospedale per IMA tra il 2009 e 2016, con storia di FA e CAD che al momento del ricovero avevano un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-score maggiore di 2. Dei 15034 pazienti così arruolati, la mediana dell'età era di 75 anni, con un punteggio CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc mediano di 4, con il 32% di donne. Circa 7917 pazienti sono stati sottoposti a rivascolarizzazione percutanea.

Al ricovero, il 32% dei partecipanti era in trattamento con inibitori del recettore P2Y<sub>12</sub>, ed il 36% era in trattamento anticoagulante; il 72% assumeva aspirina, mentre il 5% era in triplice terapia antiaggregante-anticoagulante. Il warfarin è risultato essere l'anticoagulante più utilizzato (74% dei casi), mentre il 26% utilizzava un NOAC. Dei 9643 pazienti non anticoagulati, il 38% era in terapia con un inibitore del P2Y<sub>12</sub>, ma di essi solo il 10% utilizzava prasugrel o ticagrelor. Al momento della dimissione, il 73% dei pazienti era in trattamento con inibitori del recettore P2Y<sub>12</sub>, mentre **solo il 41% circa con anticoagulanti (NOACs nel 27% dei casi), e il 16% dei pazienti aveva interrotto la terapia anticoagulante alla dimissione**. La tripla terapia era stata prescritta solo nel 23% dei casi.

Nel modello di analisi multivariata, sebbene l'ictus durante ospedalizzazione sia stato un evento infrequente, questo è stato fortemente correlato con la probabilità di essere sotto trattamento anticoagulante. Fattori associati ad una maggiore probabilità di essere sotto trattamento anticoagulante in ospedale erano un'età inferiore ai 75 anni, il sesso maschile, l'aver avuto un IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), elevato peso corporeo, alti livelli di picco di creatinina e una bassa frazione di eiezione.

L'utilizzo di inibitori del recettore P2Y<sub>12</sub> alla dimissione, la presenza di una malattia aterosclerotica coronarica multivasale (≥ 2 vasi interessati), l'aver avuto trasfusioni durante il ricovero, un basso *nadir* di emoglobina, l'uso di aspirina prima del ricovero in ospedale ed il tabagismo sono risultati, invece, fattori associati con una bassa probabilità di iniziare il trattamento anticoagulante.

L'inizio della terapia anticoagulante è sembrato essere condizionato solo in parte dallo score di rischio CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Se da un lato, infatti, un punteggio di rischio più elevato sembrava essere in qualche modo associato ad un uso maggiore di anticoagulanti (P for trend = 0.024), il 14.6% dei pazienti con un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥6, e quindi già anticoagulati prima del ricovero, aveva interrotto la suddetta terapia; inoltre, il 77.2% di loro aveva sostituito la stessa con un inibitore del P2Y<sub>12</sub> in dimissione.

Fattori condizionanti l'utilizzo degli inibitori del P2Y<sub>12</sub> sono risultati invece: l'età inferiore ai 75 anni, il sesso maschile, l'aver avuto uno STEMI, l'aver già subito una rivascolarizzazione coronarica prima del ricovero, un picco elevato di troponina durante la degenza, un *nadir* alto di emoglobina e una frazione d'eiezione più alta.

In conclusione, è osservato innanzitutto che in molti dei pazienti in cui era indicato un trattamento anticoagulante per la prevenzione dell'ictus non venivano trattati con questi farmaci prima del ricovero per infarto; inoltre, questo tipo di trattamento è stato messo in atto solo in parte durante l'ospedalizzazione nonostante punteggi di rischio elevati. Nonostante le evidenze delle linee guida, solo dunque 1/4 dei pazienti con CAD ed IMA era trattato con inibitori del recettore piastrinico P2Y<sub>12</sub>. Inoltre, è stato osservato un utilizzo della triplice terapia antiaggregante-anticoagulante solo nel 23% dei pazienti, mentre solo nel 2% con il solo clopidogrel ed anticoagulante. Infine, nonostante non ci siano ancora evidenze chiare circa l'utilizzo di prasugrel o ticagrelor in combinazione con i NOACs, quest'associazione farmacologica è stata comunque osservata di frequente in questa popolazione di pazienti.

Sebbene questo studio sia stato condotto negli Stati Uniti, dove le linee guida sono molto seguite e le compagnie assicurative molto vigili nel rispetto delle stesse, è evidente come la gestione dei pazienti con FA e sindrome coronarica acuta costituisca anche lì un problema di non facile soluzione con cui confrontarsi. Emerge chiaramente come, nonostante le evidenze scientifiche dimostrino il contrario, i pazienti con FA e sindrome coronarica acuta siano molto spesso sottotrattati per la prevenzione di una ricorrenza di IMA e dell'ictus ischemico; inoltre, dopo l'ospedalizzazione per IMA, l'utilizzo degli inibitori del recettore piastrinico P2Y<sub>12</sub> è di gran lunga preferito rispetto all'utilizzo dell'anticoagulante.