Quale antiaggregante in prevenzione cardiovascolare secondaria?

Data 29 ottobre 2023
Categoria cardiovascolare

Secondo una metanalisi un P2Y12 inibitore sarebbe l'antiaggregante di scelta nella prevenzione cardiovascolare secondaria, ma un editoriale definisce questi risultati non definitivi.

Nei pazienti con patologie cardiovascolari si consigli l'uso di un antiaggregante e l'ASA, al momento, è quello più prescritto.
Nonostante siano stati portati a termine vari RCT e metanalisi non è ancora ben chiaro se sia preferibile usare l'ASA oppure un inibitore del P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) .
Una nuova metanalisi (denominata PANTHER) ha assemblato insieme i risultati di 7 studi randomizzati per un totale di oltre 24.000 partecipanti affetti da coronaropatia. Di questi circa la metà era stata randomizzata al trattamento con ASA mentre l'altra metà riceveva un P2Y12 inibitore (clopidogrel o ticagrelor).
L'endpoint primario valutato comprendeva il decesso da cause cardiovascolari, l'infarto miocardico e l'ictus.
Dopo un follow-up medio di circa un 16 mesi l'endpoint primario si verificò in misura minore nel gruppo trattato con un P2Y12: riduzione relativa del 12%. Tale effetto era dovuto essenzialmente ad una riduzione del 23% in termini relativi dell'infarto miocardico, mentre la mortalità non differiva tra i due gruppi di trattamento. Anche gli eventi emorragici maggiori erano simili tra i due gruppi.
Secondo gli autori della metanalisi questi dati dovrebbero portare a preferire gli P2Y12 inibitori come antiaggreganti di prima scelta nei soggetti con malattie cardiovascolari.
Un editoriale di accompagnamento però ritiene che, pur interessanti, questi risultati siano per ora "hypothesis generating" ma non definitivi. In effetti se si vanno a guardare i relativi NNT si nota che per evitare l'endpoint primario della metanalisi bisogna trattare per circa 2 anni 121 soggetti, mentre per evitare un infarto la cifra sale a136. Inoltre va considerato che gli eventi emorragici maggiori, l'ictus e la mortalità cardiovascolare non differivano tra ASA e clopidogrel. A queste considerazioni si devono aggiungere i risultati degli studi e delle metanalisi precedenti che non sono riuscite a chiarire in modo definitivo la questione .
Secondo gli editorialisti un P2Y12 inibitore è appropriato nei pazienti con elevato rischio gastrointestinale o cerebrale. Negli altri casi sia l'ASA che un P2Y12 inibitore sono alternative ragionevoli. Vedremo in futuro se altri studi porteranno maggiorechiarezza.

RenatoRossi

Bibliografia

1. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7969

2. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7970

3. Gragnano F, Cao D, Pirondini L, Franzone A, Kim HS, von Scheidt M, Pettersen AR, Zhao Q, Woodward M, Chiarito M, McFadden EP, Park KW, Kastrati A, Seljeflot I, Zhu Y, Windecker S, Kang J, Schunkert H, Arnesen H, Bhatt DL, Steg PG, Calabrò P, Pocock S, Mehran R, Valgimigli M; PANTHER Collaboration. P2Y12 Inhibitor or Aspirin Monotherapy for Secondary Prevention of Coronary Events. J Am Coll Cardiol. 2023 Jul 11;82(2):89-105. doi: 10.1016/j.jacc.2023.04.051. PMID: 37407118.

4. Kumbhani DJ, de Lemos JA. The Optimal Antiplatelet Agent for Secondary Prevention of Coronary Artery Disease: Ring Out the Old? J Am Coll Cardiol. 2023 Jul 11;82(2):106-108. doi: 10.1016/j.jacc.2023.05.022. PMID: 37407109.