



Quale regime antiaggregante dopo bypass coronarico?

Data 20 ottobre 2019
Categoria cardiovascolare

Una metanalisi suggerisce che dopo un bypass coronarico è preferibile una doppia antiaggregazione, ma le incertezze rimangono.

Dopo un intervento di bypass coronarico si prescrive generalmente una terapia antiaggregante a base di ASA. Non è noto se una **doppiaantiaggregazione** (aggiungendo un inibitore del P2Y12) sia più efficace, e al momento non vi sono studi diretti di paragone tra le due strategie.

Alcuni autori sono partiti da queste considerazioni per effettuare una metanalisi "in rete". Lo scopo era di verificare se la doppiaantiaggregazione **riduce** il rischio di "fallimento" dell' impianto venoso del bypass.

Sono stati selezionati 20 RCT per un totale di 4803 pazienti arruolati.

Il follow up variava da un mese a otto anni.

Rispetto al solo ASA la doppia antiaggregazione **riduceva** il rischio di fallimento dell'impianto venoso: per evitare un fallimento bisogna trattare 10 pazienti con ASA+ticagrelor e 19 con ASA+clopidogrel.

Altri endpoint (emorragie maggiori, infarto miocardico, decessi) **nondifferivano** tra le varie opzioni terapeutiche.

Le conclusioni sembrano chiare, tuttavia risultano interessanti le limitazioni della metanalisi che, opportunamente, gli autorisottolineano.

Riportiamo quelle che riteniamo più importanti rimandando per le altre alla lettura del lavoro originale.

Anzitutto solo 5 dei 20 RCT esaminati sono stati giudicati a basso rischio di **bias**, il che limita la qualità dell'analisi.

Inoltre il fallimento dell'impianto venoso è considerato un endpoint **surrogato**. Gli endpoint clinici non risultavano influenzati dal regime antitrombotico usato, tuttavia lo studio non aveva abbastanza potere statistico per valutare questi esiti.

Ancora: gli studi analizzati sono stati effettuati in un **arco di tempo di 39 anni**. Questo potrebbe non riflettere la pratica attuale: miglioramento della tecnica chirurgica con cui viene confezionata l'anastomosi, statine ad alto dosaggio, aceinibitori, sartani, betabloccanti.

Gli autori ricordano anche che la doppia antiaggregazione sembra migliore nel bypass off pump (a cuore battente) più che nel bypass on pump (a circolazione extra-corporea).

Infine, **sottolineano** che linee guida americane del 2016 considerano possibile la doppia antiaggregazione dopo bypass, ma quelle europee del 2017 ritengono che **non vi siano sufficienti evidenze** in tal senso.

Di nostro aggiungiamo che i dati di una metanalisi in rete dovrebbero essere interpretati con una certa cautela in quanto non derivano da paragoni diretti tra i vari trattamenti e che la casistica esaminata era relativamente modesta.

Insomma, vi sono ancora incertezze e ci sembra opportuno richiamare, come fanno gli autori, la necessità di ulteriori RCT con adeguato potere statistico che confrontino in modo diretto tra loro le varie opzioni antitrombotiche dopo bypass coronarico.

RenatoRossi

Bibliografia

Solo K ed al. Antithrombotic Treatment after coronary after bypass gradi surgery: systematic de Vide and network meta-analysis. BMJ 2019 Out 10; 367:l5476.