# Triplice terapia antitrombotica: come ridurre il rischio emorragico?

**Data** 21 aprile 2010
**Categoria** cardiovascolare

Una breve guida per ridurre il rischio di sanguinamento nei pazienti che devono assumere contemporaneamente warfarin e due antiaggreganti.

In questi ultimi anni sempre più spesso il medico si è trovato a trattare pazienti con importanti comorbilità che rendono necessaria una terapia antitrombotica massimale, con l' associazione di warfarin a due antiggreganti piastrinici . Si tratta di solito di soggetti che devono assumere warfarin per la presenze di una fibrillazione atriale cronica o perchè portatori di una protesi valvolare cardiaca di tipo meccanico e che contemporaneamente necessitano di una duplice antiaggregazione perchè sottoposti a stent coronarico eluente farmaci.
Ovviamente in questi casi il rischio emorragico aumenta. Oltre il 20% dei pazienti trattati con triplice terapia necessità di trasfusioni ed il rischio di sanguinamenti gravi aumenta di 3-5 volte rispetto a chi riceve una terapia antitrombotica più blanda. D'altra parte la sospensione del warfarin può portare ad un aumento del rischio di ictus o di eventi tromboembolici.
Quali strategie possono essere messe in atto per minimizzare tale rischio?
Una revisione recente aiuta i medici ad affrontare questa importante questione .
Prima di tutto sarebbe opportuno prendere in considerazione opzioni alternative. Per esempio in un paziente che si sa già necessitare di trattamento cronico con warfarin, se si prevede l'impianto di uno stent, si potrebbe optare per uno stent non medicato (bare metal stent o BMS) perchè in questo caso la duplice antiaggregazione deve durare solo alcuni mesi o non 12-18 mesi come per gli stent medicati (drug eluting stent o DES). I BMS sono consigliati soprattutto in caso di vasi con diametro maggiore di 3 mm, di stenosi di lunghezza inferiore a 15 mm ed in caso di stenosi nuove.
Ancora: nel paziente con fibrillazione atriale cronica si potrebbe prevedere l'ablazione a radiofrequenze oppure l'applicazione di dispositivi che occludono l'appendice atriale sinistra. Nei soggetti sottoposti ad impiaato di protesi valvolare l'uso di valvole meccaniche di nuova generazione permette di usare dosi di warfarin tali da ottenere un range di INR più basso.
Un'altra raccomandazione è di usare dosi di ASA di 75 mg/die e di tenere e di non superare il valore di 2,5 di INR. In aggiunta, il rischio di emorragie gastrointestinali può essere ridotto dall'uso contemporaneo di un inibitore di pompa protonica (PPI) al massimo dosaggio consentito.
Se si è impiantato uno stent medicato si potrebbe ridurre la durata della triplice terapia a 3-6 mesi e successivamente sospendere l'ASA e continuare con warfarin e clopidogrel. Infatti è probabile che, per la prevenzione della stenosi dello stent, sia più utile il clopidogrel che l'ASA.
L'avvento di nuovi tipi di stent con una struttura e con un rivestimento più sottili potrebbero ridurre il rischio di trombosi e quindi anche la necessità di protrarre a lungo la duplice antiaggregazione, così come gli stent bioassorbibili .
Anche l'avvento di nuovi anticoagulanti ed antiaggreganti potrebbe, in futuro, ridurre il rischio di emorragia, ma per questo sono necessari RCT che ne dimostrino un' efficacia ed una sicurezza paragonabili o superiori ai farmaci oggi disponibili.

**RenatoRossi**

**Referenze**


1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4358
2. Holmes DR et al. Combining antiplatelet and anticoagulant therapies. J Am Coll Cardiol 2009; 54:95–109.
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3404
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3885