Coronaropatia e fibrillazione atriale: quale regime antitrombotico?

Data 26 gennaio 2020
Categoria cardiovascolare

Lo studio AFIRE suggerisce che nei pazienti affetti da coronaropatia stabile e fibrillazione atriale, dopo 12 mesi dalla rivascolarizzazione, può essere sufficiente continuare con il solo anticoagulante, sospendendo l'antiaggregante.

Quale dovrebbe essere il **regimeantitrombotico** nel paziente con fibrillazione atriale affetto anche da cardiopatia ischemicastabile?

Nello studio RE-DUAL PCI si è evidenziato che nei soggetti sottoposti a PCI che contemporaneamente siano in fibrillazione atriale la preferenza dovrebbe andare alla duplice terapia (associazione antiaggregante/anticoagulante) piuttosto che ad una triplice terapia (anticoagulante associato a due antiaggreganti).

Una successiva metanalisi "in rete" ha confermato questi risultati .

Tuttavia se si debba continuare con la duplice terapia anche dopo gli iniziali 12 mesi è oggetto di discussione.
Le linee guida , infatti, raccomandano, nei pazienti con fibrillazione atriale e rivascolarizzazione coronarica, un regime anticoagulante/antiaggregante piastrinico per i primi 12 mesi; in seguito si consiglia di proseguire con il solo anticoagulante, ma su quest'ultimo aspetto le evidenze **nonsonoconclusive** .

Ha cercato di fare chiarezza lo **studioAFIRE** (Atrial Fibrillation and Ichemic Events with Rivaroxaban in Patients with Stable Coronary Artery Disease) .

Nello studio, effettuato in Giappone, sono stati reclutati 2236 soggetti con fibrillazione atriale e cardiopatia ischemica stabile. Più dell'80% dei pazienti era stato sottoposto da almeno un anno a PCI o by-pass coronarico; il rimanente aveva una coronaropatia stabile in cui non era stata giudicata necessaria la rivascolarizzazione.

I partecipanti sono stati trattati con rivaroxaban oppure rivaroxaban e antiaggregante (ASA oppure un inibitore del P2Y12).

Dopo un follow up medio di 24 mesi si è evidenziato che la **monoterapia non era inferiore** alla terapia duplice per quanto riguarda l'endpoint primario (ictus, embolismo sistemico, infarto miocardico, angina instabile che richiedeva una rivascolarizzazione, morte da ogni causa).
L'endpoint primario di safety (emorragie maggiori) era **nettamenteinferiore** nel gruppo che assumeva solo rivaroxaban (HR 0,59; 95%CI 0,39-0,89; p = 0,01).

Da notare che lo studio è stato interrotto anticipatamente in quanto uno degli eventi compresi nell'endpoint primario (mortalità totale) risultava inferiore del 45% nel gruppo in monoterapia (HR 0,55%; 0,38-0,81),
Secondo gli autori questo dato richiede ulteriori approfondimenti.

Chedire?

Lo studio conferma le attuali raccomandazioni delle linee guida: dopo 12 mesi di terapia si può sospendere l'antiaggregante e continuare con il solo anticoagulante. Inoltre, secondo i risulatati del trial, nei pazienti con coronaropatia stabile non sottoposti a rivascolarizzazione si può usare il solo anticoagulante.

Se, però, questo è valido per la maggior parte dei pazienti con fibrillazione atriale e cardiopatia ischemica, rimane il dubbio se sia una pratica sicura in alcune tipologie di pazienti (per esempio quelli giudicati ad alto rischio per l'esistenza di lesioni coronariche complesse oppure per eventi coronarici recidivanti).

Vi è infine da considerare che nello studio AFIRE sono stati usati dosaggi di rivaroxaban generalmente inferiori a quelli usati comunemente (10-15 mg/die invece di 20 mg/die). Anche questo dato richiede ulteriori approfondimenti.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Cannon CP et al for the RE-DUAL PCI Steering Committee and Investigators. Dual Antithrombotic Therapy With Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 2/11/2026 alle ore 14:32 | Pagina 1 di 2

N Engl J Med 2017; 377:1513-1524.

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7172

3. Yasuda S et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation with stable coronary disease. N Eng J Med 2019 Sept 19; 381:1103-1113.