



Antiaggregazione dopo bypass coronarico

Data 21 settembre 2025
Categoria cardiovascolare

Nuovi studi hanno valutato quale terapia antiaggregante sia preferibile nei pazienti sottoposti a bypass coronarico.

Le linee guida consigliano una doppia antiaggregazione (DAPT) per 12 mesi nei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica con stent (anche se attualmente sulla base di alcuni studi si sta proponendo una DAPT più breve, perlomeno in pazienti selezionati). Questa raccomandazione è stata tout court trasferita anche ai pazienti sottoposti a bypass coronarico senza che vi fosse alcuna evidenza derivante a RTC effettuati in questa popolazione.

Per colmare questa lacuna è stato effettuato lo studio TACSI, presentato a Madrid al congresso annuale della Società Europea di Cardiologia e contemporaneamente pubblicato dal New England Journal of Medicine.

Nello studio sono stati reclutati 2201 pazienti sottoposti a bypass dopo sindrome coronarica acuta, assegnati in modo casuale a ricevere DAPT con ticagrelor più aspirina o aspirina da sola per 1 anno. L'esito primario (composto da morte, infarto miocardico, ictus o rivascolarizzazione ripetuta a 1 anno) si è verificato nel 4,8% del gruppo DAPT e nel 4,6% del gruppo aspirina da sola, una differenza non significativa (hazard ratio : 1,06; IC al 95%: 0,72-1,56).

Tuttavia, il sanguinamento maggiore è aumentato significativamente nel gruppo DAPT (4,9%) rispetto al gruppo trattato con sola aspirina (2,0%), con un HR di 2,50 (95% CI, 1,52-4,11).

Anche gli eventi clinici avversi netti, definiti come evento di esito primario o sanguinamento maggiore, sono aumentati significativamente nel gruppo DAPT (9,1% vs 6,4%; HR, 1,45; IC al 95%, 1,07-1,97). Gli autori segnalano alcuni limiti dello studio: un numero di eventi inferiore al previsto e una scarsa aderenza alla terapia, soprattutto nel gruppo DAPT. Un terzo di questi pazienti aveva interrotto il trattamento dopo 1 anno, il che potrebbe aver ridotto l'efficacia della DAPT. I ricercatori stanno seguendo i pazienti per un massimo di 10 anni per cui consigliano di aspettare i risultati definitivi prima di trarre conclusioni.

In ogni caso vi sono dei motivi per cui nel bypass la DAPT potrebbe essere eccessiva: nel caso dello stent una terapia antiplastrinica più robusta è necessaria perchè lo stent ha una tendenza, soprattutto nei primi mesi, ad andar incontro a trombosi. Nel caso di un bypass non si inserisce un corpo estraneo nelle coronarie per cui la DAPT potrebbe non essere necessaria.

Durante la discussione congressuale dello studio è stato fatto notare che lo studio TACSI, al momento il più importante e con ampia casistica in questa popolazione di pazienti, ha prodotto risultati abbastanza chiari: la DAPT non migliora gli esiti clinici ed espone a un maggior rischio emorragico ed è stato raccomandato che l'aspirina rimanga lo standard di cura dopo un bypass coronarico, mentre la DAPT potrebbe essere presa in considerazione in pazienti selezionati che si ritiene a rischio particolarmente elevato di chiusura del trapianto, almeno finchè non saranno disponibili nuovi dati.

Durante il congresso sono stati presentati anche i risultati dello studio TOP-CABG, effettuato in Cina, in cui sono stati arruolati 2300 pazienti sottoposti a bypass e trattati con DAPT per 12 mesi oppure con DAPT per 43 mesi e poi con sola aspirina per altri 9 mesi.

L'occlusione dell'innesto venoso a 1 anno era simile nei due gruppi (10,8% nel gruppo DAPT a 3 mesi e 11,2% nel gruppo DAPT a 1 anno), ma il sanguinamento era inferiore nei pazienti trattati per 3 mesi rispetto a quelli trattati per 1 anno (8,3% contro 13,2%; $P < 0,001$).

In altre parole la DAPT di soli 3 mesi riduce il rischio di sanguinamento e offre la stessa protezione verso l'occlusione dell'innestovenoso.

Rimane la domanda: perchè nello studio cinese non è stato previsto anche un braccio in cui si usava solo aspirina come nello studio TACSI? Inoltre la occlusione dell'innesto venoso è davvero un endpoint forte? Non sarebbe stato meglio valutare anche endpoint clinici come ha fatto il TACSI?

Che dire? A nostra avviso il messaggio pratico che emerge è questo: nella maggior parte dei pazienti sottoposti a bypass coronarico si può optare solo per l'aspirina; se si ritiene di usare la DAPT questa dovrebbe essere limitata a 3 mesi.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Jeppsson A, James S, Moller CH, Malm CJ, Dalén M, Vanky F, Modrau IS, Andersen K, Anttila V, Atroshchenko GV, Barbu M, Dreifaldt M, El-Akkawi AI, Friberg Ö, Gudbjartsson T, Gunn J, Haaverstad R, Halonen J, Hansson EC, Holm J, Husso A, Juvonen T, Jakobsen Ø, Jideus L, Johannesson E, Jonsson Holmdahl A, Jonsson K, Kolseth SM, Krasniqi L, Mäkelä T, Mennander A, Mohagen Krogstad LE, Rafiq S, Raivio P, Riber L, Tahir A, Thorsen C, Tønnessen T, Wahba A, Zindovic I, Pivodic A, Nielsen SJ, Erlinge D, Alfredsson J, Sartipy U; TACSI Trial Group.. Ticagrelor and Aspirin or Aspirin Alone after Coronary Surgery for Acute Coronary Syndrome. N Engl J Med. 2025 Sep 1. doi: 10.1056/NEJMoa2508026. Epub ahead of print. PMID: 40888737.

2. De-escalation of dual antiplatelet therapy provides benefits in patients after coronary artery bypass grafting.



PILLOLE.ORG



Presentato in data 1 settembre 2025 a Madrid in occasione del congresso della Società Europea di Cardiologia.
<https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/De-escalation-of-dual-antiplatelet-therapy-provides-benefits-in-patients-after-coronary-artery-bypass-grafting?>