



3° CONVEGNO DI  
ANTICOAGULAZIONE.it

**“In pazienti con stent coronarico esiste indicazione assoluta per terapia antiaggregante con ASA?  
E se è presente anche FA vi è indicazione per anticoagulazione?  
L'associazione di queste terapie aumenta di molto il rischio di emorragia (micro e macro) digestiva per azione gastrolesiva di ASA?  
Quale rischio scegliere in questi casi?”**

*Gentian Denas*

*Clinica Cardiologica*

*Dipartimento di Scienze Cardiache, Toraciche e Vascolari*

*Università degli Studi di Padova*

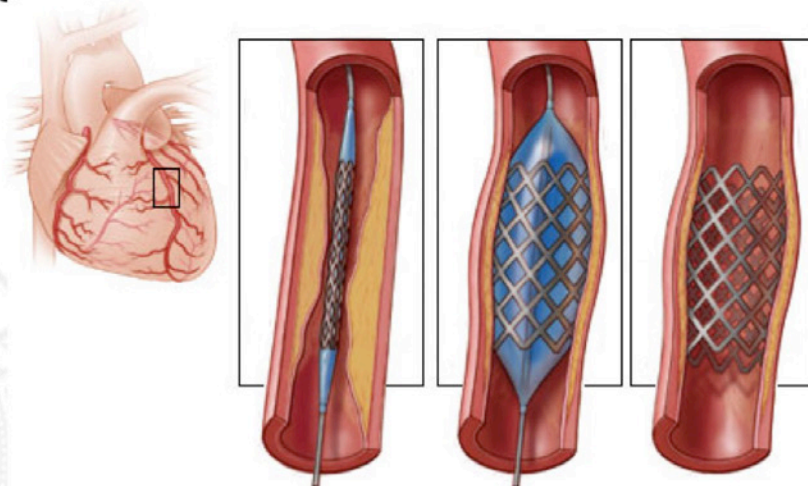


DIPARTIMENTO DI SCIENZE  
CARDIOLOGICHE TORACICHE E VASCOLARI



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**In pazienti con stent coronarico esiste indicazione assoluta per terapia antiaggregante con ASA?**



© Healthwise, Incorporated

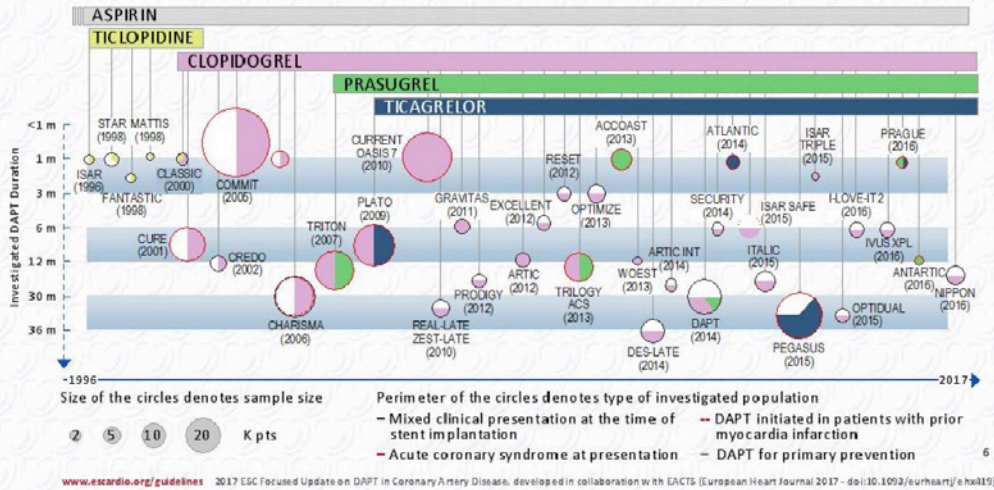
3° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.it

“ ANTICOAGULAZIONE | Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali ”

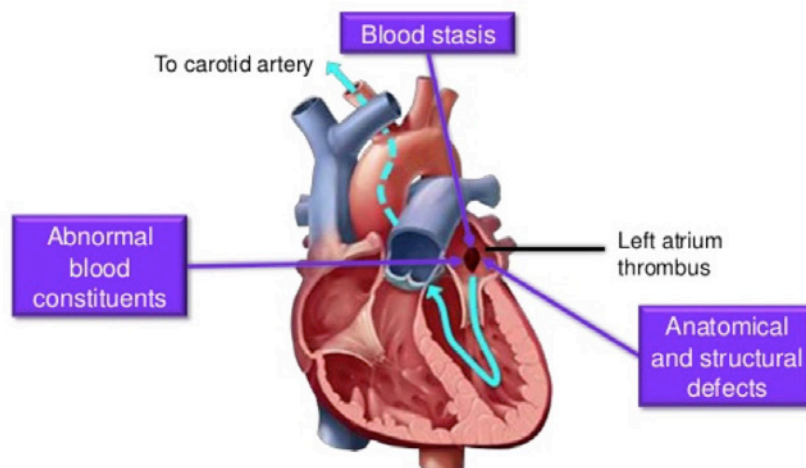
BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018 Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro 2, 40127 Bologna

# In pazienti con stent coronarico esiste indicazione assoluta per terapia antiaggregante con ASA?

History of dual antiplatelet therapy (DAPT) in patients with coronary artery disease



# E se è presente anche FA vi è indicazione per anticoagulazione?



Watson T et al. *Lancet*. 2009;373:155-166.

# E se è presente anche FA vi è indicazione per anticoagulazione?

- La terapia anticoagulante con warfarin riduce il rischio di ictus di circa 60% in pazienti con FA e fattori di rischio (CHADSVASc)
- L'aspirina come monoterapia non solo non offre una protezione ma si teme che possa aumentare il rischio di ictus nei pazienti con età > 75 anni [1,2]
- Nello studio BAFTA, il warfarin è stato superiore all'aspirina riducendo del 52% il rischio annuale di endpoint combinato di ictus, emorragia intracranica ed embolia sistemica (1,8% vs 3,8%) [3]
- Quindi, **l'anticoagulazione** deve essere utilizzato per la **prevenzione dell'ictus in pazienti con FA**, e in caso di impianto di **stent** deve essere aggiunta anche una **terapia antiaggregante**

1. Sjalander S et al., *Europace*. 2014 May; 16(5):631-8.

2. Ben Freedman S et al., *ur Heart J*. 2015 Mar 14; 36(11):653-6.

3. Mant J, et al., *Lancet*. 2007 Aug 11; 370(9586):493-503.

4. Valgimigli et al., *ESC 2017 guidelines on DAPT*.

## L'associazione di queste terapie aumenta di molto il rischio di emorragia (micro e macro) digestiva per azione gastrolesiva di ASA

- La terapia antiplastrinica aumenta il rischio di sanguinamenti gastrointestinali
- Usando la monoterapia con warfarin come riferimento, il rischio di emorragia GI aumenta progressivamente di 3 e 5 volte con DAPT, e TT rispettivamente [1]
- La triplice terapia (DAPT+W) aumenta di 7.5 volte l'incidenza del sanguinamento gastrointestinale rispetto alla DAPT [2]
- La TT aumenta il rischio di complicanze emorragiche rispetto al solo DAPT, indipendentemente da quale inibitore P2Y12 (clopidogrel o prasugrel) viene aggiunto all'aspirina [3]

1. Hansen ML, et al., *Arch Intern Med*. 2010 Sep 13;170(16):1433-41.

2. Denas G, et al., *J Thromb Thrombolysis*. 2013 Feb;35(2):178-84

3. Jackson L, et al. *JACC Cardiovasc Interv* 2015; 8:1880-1889

## L'associazione di queste terapie aumenta di molto il rischio di emorragia (micro e macro) digestiva per azione gastrolesiva di ASA.

- I fattori di rischio riportati per i sanguinamenti GI superiore comprendono
  - l'età
  - il sesso femminile
  - comorbidità cardiaca, respiratoria o epatica
  - il diabete
  - l'ipertensione
  - l'infezione da H Pylori
  - Pregressa emorragia GI

Eikelboom JW, Hirsh J. Bleeding and management of bleeding. European Heart J. 2006;Suppl 8:G38–G45.

## Quale rischio scegliere in questi casi?”

- Gli eventi tromboembolici hanno un rischio di mortalità o invalidità permanente maggiore del sanguinamento GI
- Gli eventi emorragici, specie GI, sono spesso controllabili con misure conservative o invasive, e sono raramente fatali o invalidanti
- La maggior parte delle emorragie nel gruppo TT si è verificata tardi nel follow-up [1]
- Il rischio di **trombosi dello stent** è più alto nella **fase iniziale** dopo PCI e si riduce nel tempo [2]

1. Denas G, et al., J Thromb Thrombolysis. 2013 Feb;35(2):178-84. doi: 10.1007/s11239-012-0790-y.  
2. Karjalainen et al., Eur Heart J. 2007 Mar;28(6):726-32. Epub 2007 Jan 31.

# Quale rischio scegliere in questi casi?”

- Mantenere la TT più breve possibile
- Preferire l'uso di NOACs invece di VKA
  - Se vengono usati VKA, mantenere l'INR nella parte bassa del range terapeutico (INR 2-2.5)
  - Se vengono usati NOACs usare il dosaggio più basso efficace testato negli studi
- Preferire l'uso di clopidogrel invece di nuovi inibitori di P2Y12 come parte della triplice terapia
- Associare un gastroprotettore

**“In pazienti con stent coronarico esiste indicazione assoluta per terapia antiaggregante con ASA? E se è presente anche FA vi è indicazione per anticoagulazione? L'associazione di queste terapie aumenta di molto il rischio di emorragia (micro a macro) digestiva per azione gastrolesiva di ASA. Quale rischio scegliere in questi casi?”**

In pazienti con stent coronarico e FA nella maggior parte dei casi si utilizza una triplice terapia (doppia antiaggregazione associata a anticoagulante). Tale terapia deve durare il meno possibile e tutte le misure per ridurre il rischio di sanguinamento devono essere intraprese.



**25<sup>th</sup>**  
**BIENNIAL  
INTERNATIONAL  
CONGRESS  
ON THROMBOSIS**

**VENICE-ITALY**  
**MAY 23-26, 2018**  
Palazzo del Casino  
Venice Convention Center



European and Mediterranean League  
Against Thrombotic Diseases

[www.thrombosis2018.org](http://www.thrombosis2018.org)



3° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.it

“ ANTICOAGULAZIONE | Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali ”

BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018 Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro 2, 40127 Bologna