

È sempre così importante l'aspirina nella trombosi coronarica?

Maqsood MH, Levine GN, Kleiman DN, et al. Do we still need aspirin in coronary artery disease? J.Clin.Med. 2023,12,7534 (doi.org/10.3390/jcm12247534)

Parole chiave: ASA; prevenzione primaria; prevenzione secondaria.

È la domanda che si pongono Maqsood e coll. in questa interessante e recente revisione, soprattutto dopo la introduzione di altri potenti farmaci antiaggreganti piastrinici, in primo luogo gli inibitori P2Y12.

In PREVENZIONE PRIMARIA non abbiamo al momento dati significativi di confronto tra inibitori dei recettori P2Y12, ASA o placebo e per questo motivo nel 2019 l'ACC/AHA ha declassato la raccomandazione all'uso di ASA in questo ambito.

Nella SINDROME CORONARICA ACUTA l'impiego di una dose di carico (162-325 mg) appena possibile, seguita da una dose di mantenimento (160 mg / die) sia in caso di NSTEMI che STEMI, viene sempre raccomandato da tutte le Linee Guida anche se , sottolineano gli autori, in realtà l'efficacia del carico non è stata mai testata in ampie popolazioni. L' associazione con altri antiaggreganti di ultima generazione è diventata sempre più rilevante e, in questo caso, non è possibile dimostrare se gli effetti benefici della associazione, ove testati, possano essere mantenuti senza ASA. Inoltre, si è visto che l'ASA avrebbe una azione inibente l'effetto limitante l'estensione dell'infarto prodotto dalle statine, dal ticagrelor e dagli oppiacei.

Nella PREVENZIONE SECONDARIA POST-IMA l'efficacia dell'ASA è sì dimostrata vs placebo, ma in studi condotti prima della diffusione degli inibitori P2Y12. La presenza di importanti limitazioni etiche rende, come sottolineato dagli autori, molto complessa l'effettuazione di importanti e validi studi clinici.

Nella PREVENZIONE SECONDARIA: POST-ANGIOPLASTICA la necessità di una doppia antiaggregazione è dato assodato e ribadito in tutte le Linee Guida, includente ASA e un inibitore P2Y12, per un tempo variabile (3-12 mesi) secondo il profilo di rischio individuale. Ma, si chiedono gli autori sulla base di lavori pubblicati, la monoterapia successiva deve essere fatta con ASA o il profilo di rischio / efficacia sarebbe più vantaggioso con un altro antiaggregante?

Le domande che gli autori si pongono sono molto stimolanti e la lettura di questa review può essere di grande supporto per un approccio analitico alle terapie erogate, anche se consolidate e diffuse.

(Mario Cavazza)