Clopidogrel in aggiunta ad ASA migliora outcome in IMA

Data 03 aprile 2005
Categoria cardiovascolare

Nell'IMA con ST sopraslivellato l'aggiunta di clopidogrel alla terapia fibrinolitica e all'asa migliora gli esiti clinici e coronarografici.

In questo studio sono stati arruolati 3491 pazienti (età 18-75 anni) ricoverati entro 12 ore dall'inizio di un IMA con ST sopraelevato. I pazienti furono tutti trattati con fibrinolisi, aspirina ed eparina se appropriata oltre ad essere randomizzati a clopidogrel (300 mg di carico e successivamente 75 mg/die) oppure placebo. Infine veniva programmata una coronarografia da 48 a 198 ore dopo l'inizio dello studio. L'end-point primario composto era costituito dal grado di occlusione dell'arteria responsabile dell'infarto (valutata angiograficamente), dal decesso e da ricorrenza di IM prima della programmata coronarografia . L'end-point primario si verificò nel 21.7% del gruppo placebo e nel 15.0% del gruppo clopidogrel (riduzione del rischio relativo del 36%; $p < 0.001$). Al 30° giorno l'end-point composto (morte cardiovascolare, ricorrenza di IM, necessità di rivascolarizzazione urgente) venne ridotto dal clopidogrel dal 14.1% all'11.6% ($p = 0.03$). La percentuale di sanguinamenti maggiori e intracranici fu simile nei due gruppi.

Fonte:
Sabatine MS et al . for the CLARITY-TIMI 28 Investigators. Addition of Clopidogrel to Aspirin and Fibrinolytic Therapy for Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation
N Engl J Med 2005 Mar 24; 352:1179-1189

Commento di Renato Rossi
La terapia standard del paziente con IMA con ST elevato è costituita dalla fibrinolisi associata all'aspirina, terapia efficace nel ridurre la mortalità , come dimostrato anni fa dallo studio ISIS 2 (Lancet 1988;2:349-60).
Tuttavia in questi ultimi anni si stanno provando nuove associazioni antitrombotiche con lo scopo di migliorare gli esiti e di ridurre la percentuale di riocclusione coronarica. Potenti antiaggreganti come gli inibitori del recettore glicoproteico piastrinico IIb/IIIa (abciximab, tirofiban e altri) sono stati aggiunti al regime standard. Questo approccio riduce il rischio di reinfarto ma provoca un aumento delle emorragie. Il clopidogrel può essere una scelta alternativa efficace e sicura.
Già nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento di ST l'associazione asa + clopidogrel ha dimostrato di migliorare gli outcomes rispetto al solo asa (studio CURE, N Engl J Med 2001;345:494-502) ma a scapito di un aumento del rischio emorragico che invece non si è evidienziato nello studio CLARITY-TIMI.
Vi sono però alcuni punti critici da sottolineare, come fa notare l'editoriale di accompagnamento. Per esempio la popolazione arruolata, a causa dei criteri di selezione, era a basso rischio (tanto è vero che la mortalità a 30 giorni era < 3% in entrambi i gruppi, una percentuale inferiore a quella riportata da altri studi sull'IMA con ST sopraslivellato) per cui non sappiamo se questi risultati si possano trasferire a pazienti non selezionati che potrebbero avere un rischio più alto di sanguinamento. Altri punti critici riguardano il fatto che pochi pazienti dello studio sono stati sottoposti a by-pass o angioplastica precoce, strategie che sempre più spesso si tende a mettere in atto già da subito.
E' probabile comunque che dopo questo studio si assista ad un cambiamento dei protocolli per il trattamento acuto dell'IMA con sopraslivellamento di ST.