Rischio emorragico con asa a basse dosi e clopidogrel

Data 30 luglio 2007
Categoria gastroenterologia

Il rischio emorragico di basse dosi di aspirina sembra relativamente basso mentre il confronto con clopidogrel è difficile a causa della scarsità di studi disponibili.

Una meta-analisi ha cercato di calcolare il rischio di emorragie con l'aspirina a basse dosi (75-325 mg/die) usata in prevenzione cardiovascolare primaria o secondaria) rispetto al placebo e quello del clopidogrel.
E' stato possibile ritrovare 9 studi (per un totale di oltre 53.000 pazienti) per l'aspirina: il rischio di emorragie maggiori risultò essere di 0,18% per anno con il placebo mentre l'aspirina aumentava tale rischio di 0,13% per anno (RR 1,7).
Per quanto riguarda il clopidogrel è stato possibile ritrovare solo 3 studi e i risultati non si sono potuti combinare a causa dei diversi gruppi di paragone. Gli autori hanno comunque utilizzato i dati di un singolo studio che dimostrava un maggior rischio di emorragie gastrointestinali gravi dell'asa versus clopidogrel: la differenza calcolata è di 0,12% per anno.

Fonte:
McQuaid KR and Laine L. Systematic review and meta-analysis of adverse events of low-dose aspirin and clopidogrel in randomized controlled trials. Am J Med 2006 Aug; 119:624-38.

Commento di Renato Rossi

Secondo questa revisione degli studi il rischio di emorragie gravi dell'aspirina a basse dosi è più basso di quanto non si creda comunemente: ogni 1000 soggetti trattati per un anno si verificano 1,3 casi in più rispetto al rischio basale rappresentato dal placebo. In altre parole la prevenzione cardiovascolare con asa comporta, almeno dal punto di vista statistico, una emorragia maggiore in più ogni 769 pazienti trattati in un anno. Si tratta di un rischio sovrapponibile a quello calcolato da una precedente metanalisi secondo la quale in generale la terapia antiaggregante comporta un eccesso di emorragie extracraniche maggiori di 1-2 casi ogni 1.000 pazienti per anno .
Purtroppo il confronto tra aspirina e clopidogrel soffre per la mancanza di studi. Solo da un RCT di paragone diretto, lo studio CAPRIE , è stato possibile ricavare che l'asa comporta un rischio di emorragie gastrointestinali gravi maggiore del clopidogrel di 0,12% all'anno. Questo significa che trattando con aspirina invece che con clopidogrel 1.000 pazienti in un anno si avranno 1,2 emorragie gastrointestinali gravi in più.
Se è vero però che questi sono i dati statistici ricavabili dalla letteratura non è stato possibile avere informazioni sulla frequenza di eventi emorragici nei pazienti a rischio (per esempio chi ha avuto già una emorragia a livello gastrointestinale o cerebrale). Infatti questi pazienti vengono sistematicamente esclusi dai trials. La scelta in questi casi è demandata al medico che se ne deve assumere la responsabilità soppesando i benefici con i rischi, una scelta che sconta, per necessità di cose, un elevato grado di soggettività. Un altro esempio di quanto diverso e più complesso sia il mondo reale dal contesto degli studi clinici.

Referenze

1. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002 Jan 12; 324:71-86.
2. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). Lancet 1996 Nov 16; 348: 1329-1339