

Risk of Myocardial Infarction in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation Il rischio d'infarto miocardico in pazienti con fibrillazione atriale anticoagulati

Fonte: Lee CJ-Y. et al., J Am Coll Card. Jul 2018, 72 (1) 17-26; DOI: 10.1016/j.jacc.2018.04.036

La letteratura scientifica ha presentato finora dati discordanti riguardo l'efficacia della terapia con anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (NOAC) e degli antagonisti della vitamina K (VKA) nella prevenzione dell'infarto miocardico acuto. Se da un lato è noto già da tempo che la prevalenza dell'infarto miocardico nei pazienti con fibrillazione atriale è di circa un terzo superiore rispetto alla popolazione generale, nello studio RE-LY (con dabigatran) è stato registrato un aumento numerico degli infarti nei pazienti trattati con questo NOAC rispetto a quelli trattati con warfarin. Anche se non statisticamente significativo, questo aumento numerico è bastato per far aumentare il livello di attenzione della comunità scientifica circa la possibilità di esporre a rischi ulteriori una popolazione di pazienti già di per sé molto fragile.

Diversamente dal RE-LY, nello studio ARISTOTLE (con apixaban), il numero di eventi infartuali è stato numericamente inferiore, ancorché non a livelli di significatività statistica, nei pazienti trattati con apixaban rispetto a quelli trattati con warfarin. Anche lo studio ROCKET-AF (con rivaroxaban) ha registrato lo stesso *trend* per quanto riguarda gli infarti miocardici.

Per tutti questi motivi, l'obiettivo principale dello studio condotto da Lee e collaboratori è stato quello d'indagare ulteriormente il rischio associato all'uso di apixaban, dabigatran, rivaroxaban e VKA di andare incontro ad infarto miocardico acuto nei pazienti con fibrillazione atriale da dati di registro.

Pazienti con fibrillazione atriale sono stati identificati dai ricercatori utilizzando registri sanitari danesi e stratificati poi sulla base del trattamento anticoagulante orale. Il rischio standardizzato assoluto ad 1 anno è stato stimato mediante regressione di Cox per i tassi di rischio di ospedalizzazione e mortalità conseguente ad infarto miocardico. I ricercatori hanno così arruolato circa 31.739 pazienti con una età media di 74 anni, di cui il 47% della composto da individui di sesso femmine. Il rischio standardizzato ad 1 anno di infarto miocardico per i pazienti trattati con VKA è stato di 1,6% (IC 95%: 1,3 - 1,8), per apixaban di 1,2% (IC 95%: 0,9 - 1,4), per dabigatran di 1,2% (IC 95%: da 1,0 a 1,5) e per rivaroxaban 1,1% (IC 95%: da 0,8 a 1,3). Nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata circa il rischio standardizzato ad 1 anno di infarto miocardico tra i vari NOAC: dabigatran rispetto ad apixaban (0,04%, IC 95%: da -0,3 a 0,4), rivaroxaban rispetto ad apixaban (0,1%, IC 95%: da -0,4 a 0,3) e rivaroxaban rispetto a dabigatran (-0,1%; IC 95%: da -0,5 a 0,2). Le differenze tra NOAC e VKA sono state invece tutte significative: -0,4% (IC 95%: da -0,7 a -0,1) per apixaban, -0,4% (IC 95%: da -0,7 a -0,03) per dabigatran e -0,5% (IC 95%: da -0,8 a -0,2) per rivaroxaban, e a favore dei NOAC.

In conclusione, in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare *naive* al trattamento anticoagulante non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nel confronto tra NOAC quanto a rischio assoluto standardizzato di andare incontro ad infarto miocardico acuto. Inoltre, ciascun NOAC si è dimostrato essere associato ad una significativa riduzione del rischio di infarto nel confronto con VKA. Pertanto, diversamente da quanto emerso dallo studio RE-LY, la terapia con uno qualsiasi dei NOAC finora studiati sembrerebbe essere un po' più efficace del tradizionale trattamento con VKA sul rischio di infarto in questa tipologia di pazienti. Inoltre, così come sottolineato dagli stessi autori, nell'ottica di ulteriori prospettive terapeutiche sarebbero auspicabili studi comparativi diretti tra NOAC e terapia antiaggregante per determinare la terapia antitrombotica ottimale per i pazienti con fibrillazione atriale che presentino un rischio elevato d'infarto miocardico.