

## COME PROGRAMMARE UN INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO NEL PAZIENTE ACUTO IN TERAPIA ANTIAGGREGANTE: IL PARERE DEL CARDIOCHIRURGO

*L. Martinelli*

*U.O. di Cardiocirurgia. Azienda Ospedaliera Universitaria "S.Martino" – Genova*

Il sanguinamento post-operatorio rappresenta una grave complicazione degli interventi cardiocirurgici, caratterizzata da significativo aumento di morbilità (insufficienza respiratoria, insufficienza renale, infezione) e mortalità. D'altra parte sempre più frequentemente vengono riferiti in urgenza al cardiocirurgo pazienti sottoposti a trattamento antiaggregante piastrinico in quanto l'inibizione irreversibile della funzione piastrinica ottenuta utilizzando inibitori delle cicloossigenasi (acido acetilsalicilico) e/o antagonisti dell'ADP (tienopiridine) si è dimostrata estremamente efficace nel ridurre l'incidenza di necrosi miocardica nell'angina instabile o la trombosi intrastent nei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica

L'impatto della terapia antiplastrinica, soprattutto dell'associazione aspirina/clopidogrel, sul sanguinamento post-operatorio è stato sottoposto a numerose valutazioni, sia nell'ambito di revisioni di singole casistiche che di studi prospettici randomizzati. Le domande a cui è necessario rispondere al momento della programmazione di un intervento sono sostanzialmente due:

- La terapia antiaggregante è davvero responsabile di un incremento del sanguinamento postoperatorio e delle complicanze ad esso correlate?
- Quale tributo in termini di aumento di episodi trombotici viene pagato con la sospensione preoperatoria della terapia antiaggregante?

Alla prima domanda si è cercato di dare una risposta effettuando una meta-analisi di 11 studi di casistica su pazienti che assumevano o non assumevano terapia antiaggregante al momento dell'intervento. Si è evidenziata una perdita ematica media superiore di 325 cc, una probabilità di revisione per sanguinamento 6 volte superiore, un aumento di effetti collaterali negativi e del tempo di ventilazione nei pazienti antiaggregati rispetto a quelli non antiaggregati. Tuttavia non si è evidenziato né un aumento del tempo di degenza né un aumento di mortalità. Oltre a questa meta-analisi numerosi studi sono stati pubblicati

su questo argomento e tutti riportano risultati similari.

Pertanto, alla prima domanda si può rispondere che la terapia antiaggregante al momento dell'intervento aumenta il rischio di revisione per sanguinamento, aumenta da 2 a 5 volte l'utilizzo di trasfusioni e dal 30 al 100% la perdita ematica.

Per quanto riguarda l'importanza della terapia antiaggregante nel prevenire il rischio di eventi trombotici nei pazienti con NSTEMI o angina instabile ci si può rifare a numerosi studi randomizzati (CURE, CREDO, CLARITY-TIMI) che invariabilmente evidenziano la superiorità del trattamento antiaggregante rispetto al placebo.

Pertanto risulta evidente un chiaro beneficio nell'iniziare una terapia antiaggregante nei pazienti con infarto miocardico o angina instabile e i dati basati sull'evidenza suggeriscono di applicare questa terapia anche quando sia previsto un bypass aorto-coronarico in tempi brevi. Comunque, una volta deciso di procedere all'intervento, le linee guida dell'AHA/ACC, le meta-analisi e numerosi studi di casistica raccomandano la cessazione dell'antiaggregante da 5 a 7 giorni prima della procedura. Lo studio CURE e le sue sub-analisi dimostrano che la cessazione del clopidogrel in questi pazienti per questo breve periodo è associata con l'1% di rischio di infarto miocardico.

In conclusione, i benefici in termini di perdite ematiche e complicanze correlate della sospensione per 5-7 giorni della terapia antiaggregante prima di un intervento di rivascolarizzazione chirurgica devono essere pesati contro l'aumento dell'1% del rischio di infarto miocardico in attesa.

### Bibliografia

- 1) Picker SM, Kalera T, Hekmat K, Kampe S, Gathof BS: Antiplatelet therapy precedine coronary artery surgery: implications for bleeding, transfusion requirements and outcome. *Eur J Anesthesiol* 2007;24:332-9
- 2) Purkayastha S, Athanasiou T, Malinovski V, Tekkis P, Foale R, Casula R, Glenville B, Darzi A, Does clopidogrel affect outcome after coronary artery bypass grafting?. A meta-analysis. *Heart* 2006;92:531-532
- 3) Brauwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction-2002 summary article. *Circulation* 2002;106:1893-190