Lo studio **ASSURE DES**

Giuseppe Strano

Cardiologo Specialista Ambulatoriale c/o ASL Brindisi
Segretario Provinciale ANCE, Brindisi

Le attuali linee guida raccomandano di rimandare la chirurgia elettiva per almeno 6 o 12 mesi dopo un intervento coronarico percutaneo, di continuare la terapia antiplastrinica con aspirina a basse dosi nel perioperatorio (per prevenire la trombosi intrastent) anche dopo un anno dall'angioplastica coronarica e di sospendere l'eventuale concomitante terapia con P2Y12 inibitori almeno 5-7 giorni prima dell'intervento. Tuttavia, alcuni studi osservazionali non hanno trovato associazione tra la sospensione dell'aspirina nel perioperatorio e la comparsa di eventi cardiaci avversi. Lo studio ASSURE DES, randomizzato e multicentrico, è stato disegnato per confrontare una strategia che prevede di continuare la terapia con la sola aspirina nel perioperatorio con una strategia che prevede la sospensione di tutta la terapia antiaggregante in pazienti con stent coronarici che devono essere sottoposti ad interventi chirurgici non cardiaci a rischio basso o intermedio. Lo studio, condotto in tre paesi (Corea del Sud, India e Turchia), ha incluso 926 pazienti, ad almeno un anno di distanza dalla PCI, assegnati con rapporto 1:1 ai due protocolli terapeutici e che venivano seguiti nei 30 giorni post-intervento. Per quanto riguarda gli outcomes primari (morte, infarto miocardico, trombosi dello stent o ictus) non sono emerse differenze significative tra i due gruppi (0,6% per l'aspirina vs 0,9% per nessuna terapia antiplastrinica, $p > 0,99$). Non ci sono state differenze significative nei sanguinamenti maggiori (6,5% nel gruppo aspirina vs 5,2% nel gruppo senza terapia, $p = 0,39$). I sanguinamenti minori, invece, sono stati più frequenti nel gruppo aspirina (14,9% vs 10,1%, $p = 0,027$). I risultati dello studio indicano che l'uso perioperatorio dell'aspirina non riduce significativamente il rischio di eventi ischemici rispetto alla sospensione temporanea della terapia antiplastrinica ed è associato invece a un aumento moderato dei sanguinamenti minori. Tuttavia lo studio presenta alcuni limiti: innanzitutto la bassa incidenza di eventi attesi (es. infarto miocardico, trombosi dello stent) potrebbe aver ridotto la potenza statistica dello studio; in secondo luogo l'assenza di monitoraggio sistematico dei biomarcatori cardiaci (es. troponina) potrebbe aver fatto sottostimare l'incidenza degli infarti miocardici silenti; infine il fatto di aver preso in considerazione interventi chirurgici a rischio medio-basso rende non generalizzabili i risultati ad interventi chirurgici a rischio più alto. In conclusione, i risultati suggeriscono un approccio flessibile alla gestione antiplastrinica in contesti chirurgici non complessi. Sono necessarie, tuttavia, ulteriori ricerche su campioni più ampi e rappresentativi per confermare i risultati ottenuti.

Riferimenti bibliografici

Aspirin Monotherapy vs No Antiplatelet Therapy in Stable Patients With Coronary Stents Undergoing Low-to-Intermediate Risk Noncardiac Surgery. JACC. Aug 31, 2024. Epub ahead of print. DOI: 10.1016/j.jacc.2024.08.024