

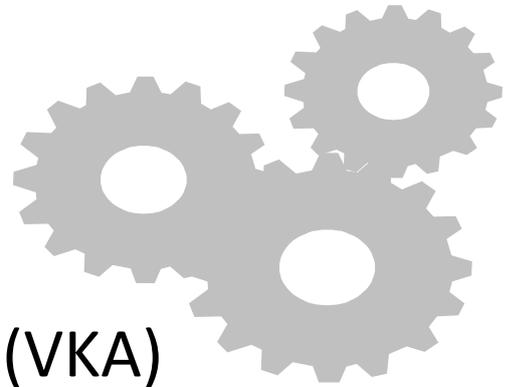
# **FA E PCI: UN CASO DI REAL LIFE**

Alberto Lombardo

Cardiologia Ospedale Sant'Antonio  
Abate (TP)

# Un ingranaggio complicato

- Approccio vascolare
- Tipo di stent (DES o BMS)
- Durata della triplice terapia
- Qualità dell'anticoagulazione (VKA)
- Combinazione di inibitori P2Y<sub>12</sub>
- Efficacia e sicurezza delle terapie antitrombotiche
- Follow up



## Caso clinico: anamnesi e comorbidità

- Donna, anni 85. Peso 87 kg, Altezza 160 cm
- Ipertensione arteriosa. Diabete mellito (ipoglic.oral).
- Insufficienza renale moderata: creatininemia 1,1 mg/dl; Clearance della creatinina stimata (CE Cr) con formula di Cockcroft-Gault 51,4 ml/min per 1.73m<sup>2</sup>
- Fibrillazione atriale cronica in Edoxaban 60 mg.
- **CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 6 (rischio STROKE anno 9.7%)**
- **HASBLED = 2 (rischio emorragico anno 4.1%)**
- 5 mesi prima del ricovero broncopolmonite a focolaio multipli (sic!)

# Caso clinico: motivo ricovero

- Ottobre 2018 dolore retrosternale con pressione arteriosa 260 mm Hg. Accede ad un PS (spoke).
- Ecocardiogramma: VS-FE 65%. Normale cinesi. IM ed IA lievi.
- ECG senza evidenti alterazioni ischemiche (alterazioni croniche della ripolarizzazione ventricolare: strain ST).
- **Troponina HS 214 ng/l (vn < 20).**
- **GRACE Score 124 punti.** 9 % Probabilità di morte dal ricovero fino a 6 mesi.

## Snodo decisionale: angiografia coronarica?

- **Angiografia coronarica?**
- **Terapia medica ottimale (aspetta e vedi)?**



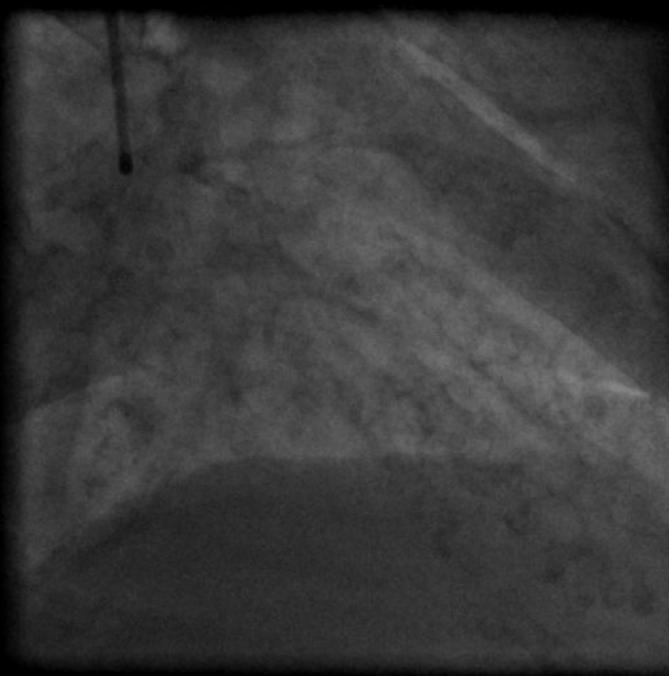
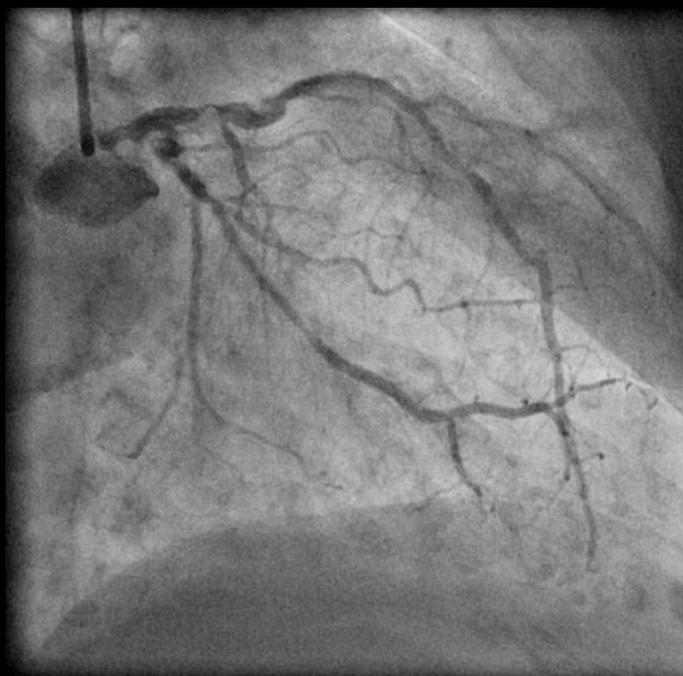
# Precoce strategia invasiva

**Nei pazienti con NSTEMI-ACS con rischio moderato-alto dovrebbe essere preferita una precoce strategia invasiva** (entro 24 ore), al fine di accelerare il trattamento (PCI vs CABG) e per determinare il regime antitrombotico ottimale



2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome.

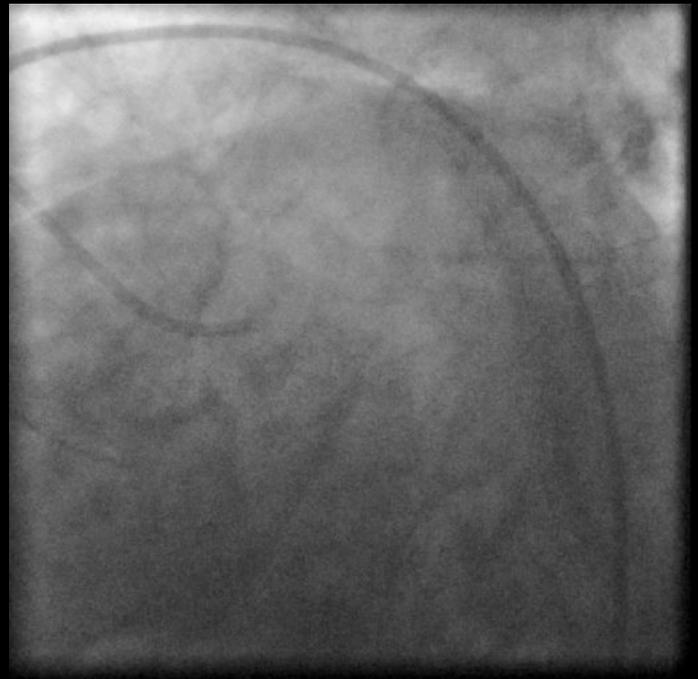
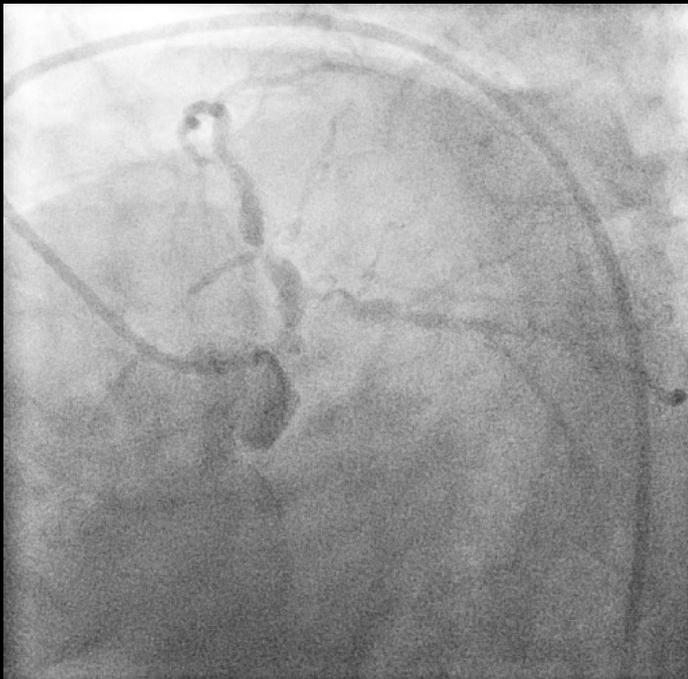
# Coronaria sinistra (RAO-Caudo)



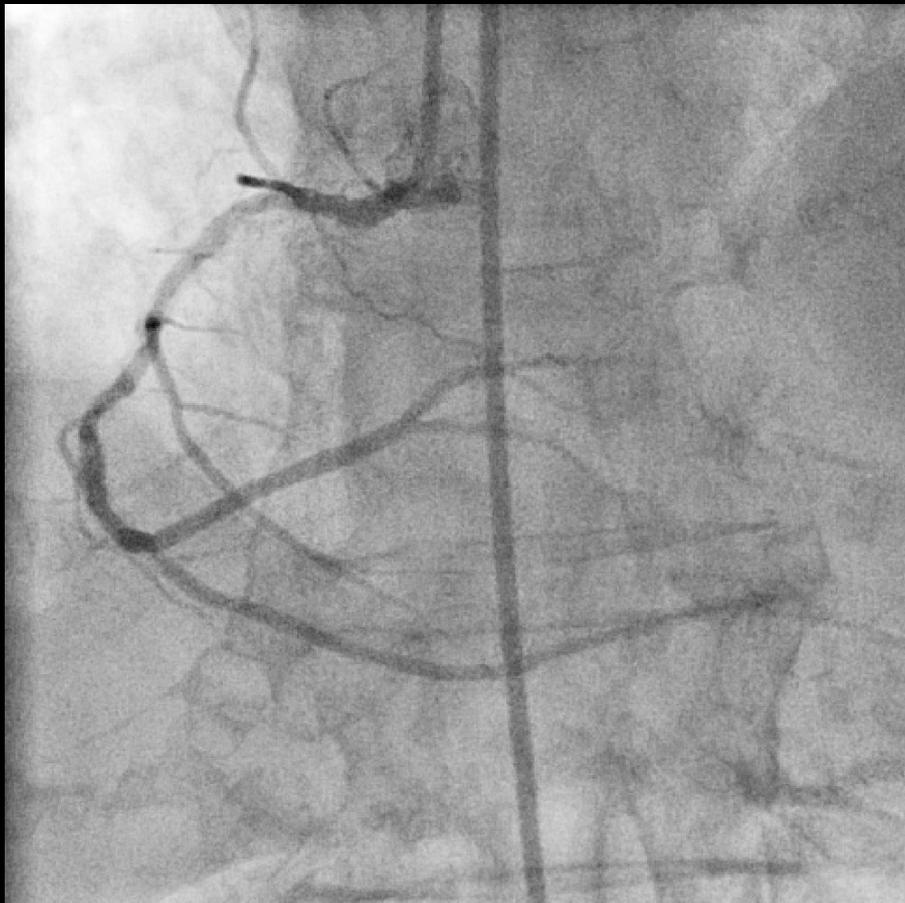
# Coronaria sinistra (RAO-cranio)



# Coronaria sinistra (LAO-caudo)

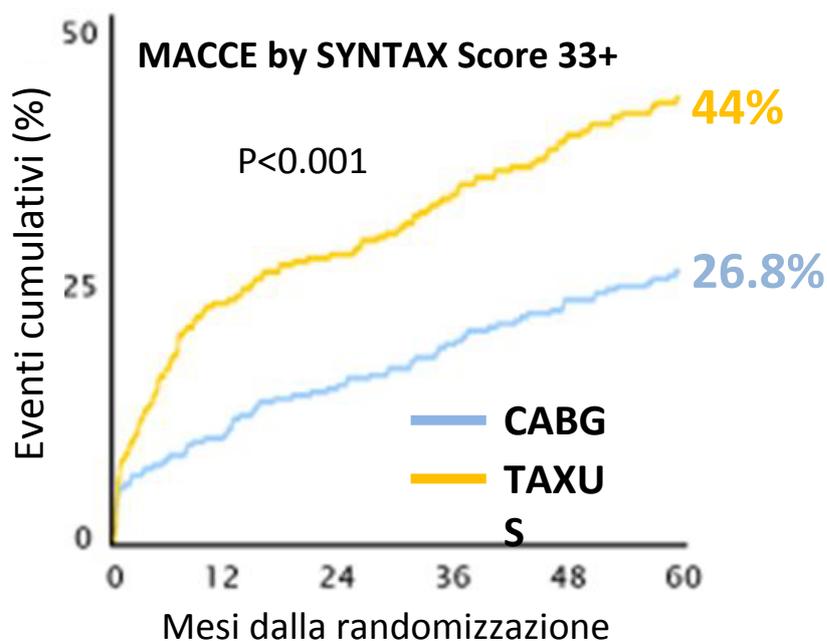


## Coronaria destra (LAO)



# SYNTAX Score

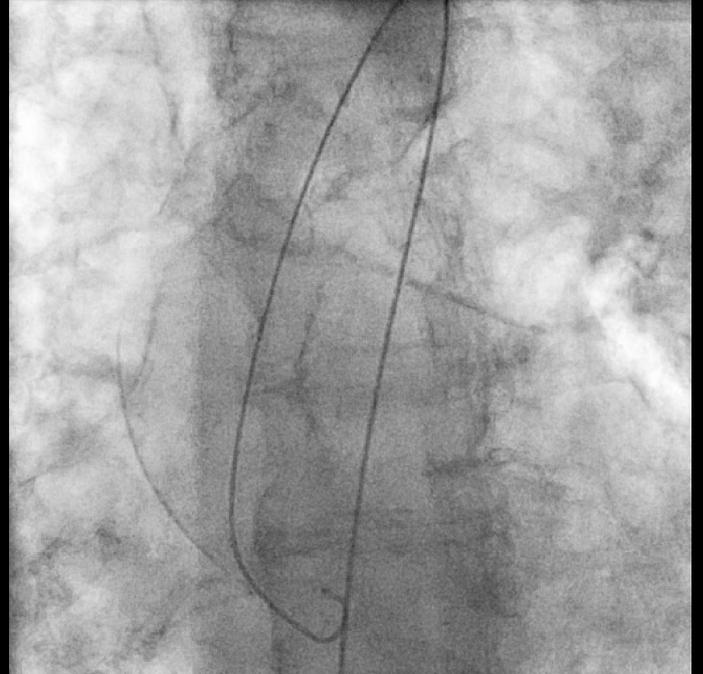
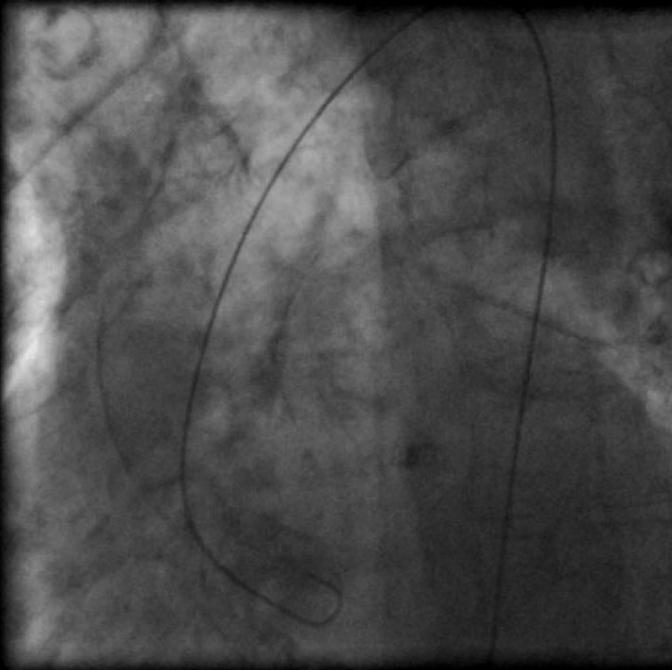
Nostra paziente SYNTAX Score = 37



**CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 6**  
**HASBLED = 2**  
**GRACE = 129**  
**SYNTAX = 37**

N Engl J Med 2009; 360:961-972

# Aorta «a porcellana»

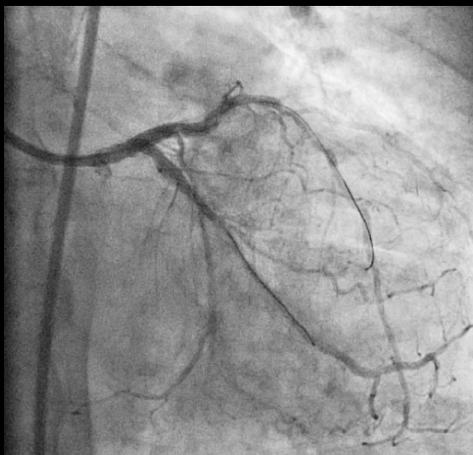
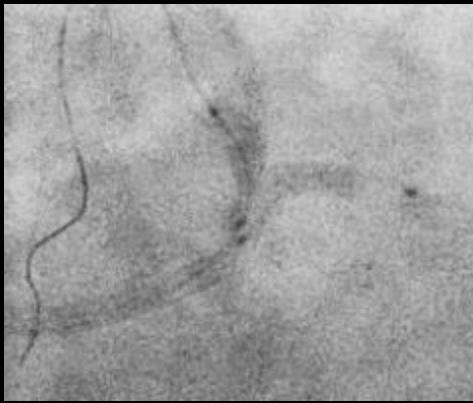


# Approccio radiale non praticabile



Arteria radiale di piccolo calibro e necessità di utilizzare cateteri 7- 8 French

# Dopo angioplastica coronarica

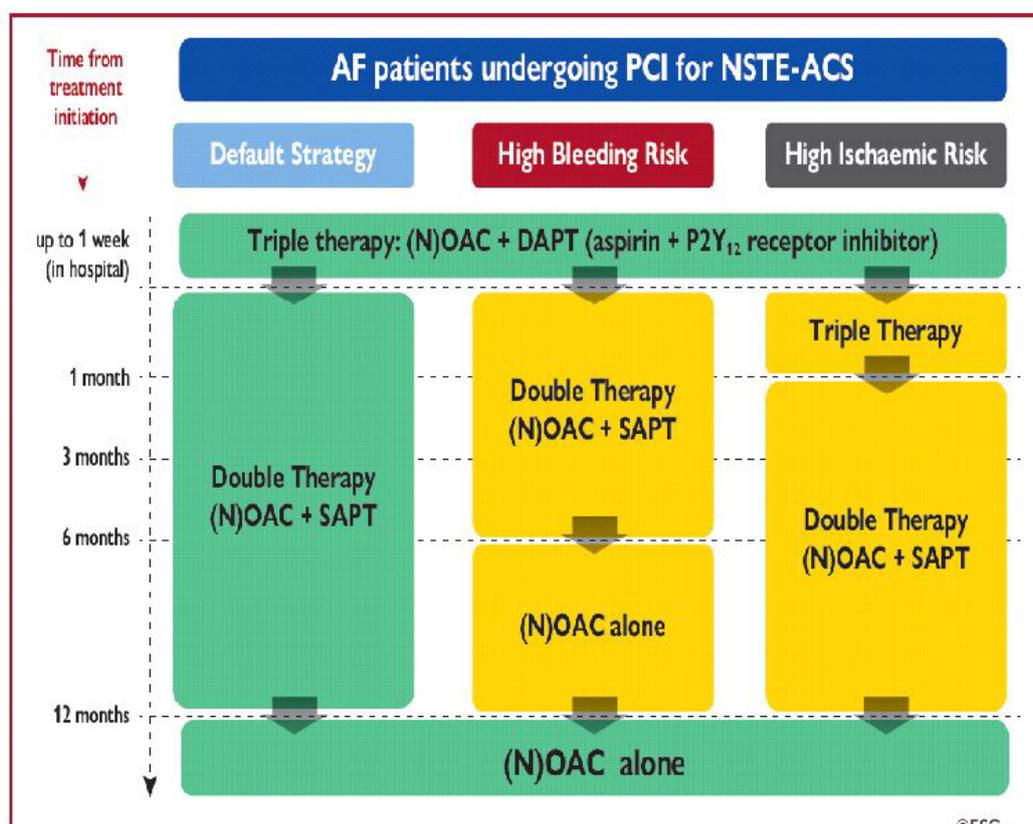


TC-IVA prossimale: DES Combo 3,5 x 30 mm  
CX prossimale: DES Ultimaster 2,75 x 18 mm.  
Dilatazione della biforcazione con tecnica "kissing balloon" . Bordo distale dello stent su IVA con area di dissezione. DES Xience 3 x 12 mm.

## Terapia alla dimissione

- **Triplice con ASA 100 MG + CLOPIDOGREL 75 MG + EDOXABAN 60 MG per 6 mesi.**
- PANTOPRAZOLO 20 MG, ANTIDIABETICI ORALI, OLMESARTAN 20/AMLODIPINA 5 MG

La triplice terapia con ASA, clopidogrel e OAC per più di un mese e fino a 6 mesi <b>dovrebbe</b> essere considerata nei pazienti con <b>alto rischio ischemico</b> - per la sua ACS o per le caratteristiche anatomiche/procedurali - <b>che supera il rischio emorragico.</b>	IIa	B
---	-----	---



## Complicanza emorragica GI

- Un mese dopo la procedura melena con emorragia gastrica.
- Emoglobina 6,5 g/dl (pre-proceura 10,8 g/dl)
- Due sacche di emazie.
- **Gastroscoopia: plurime erosioni della regione antrale e del bulbo duodenale.**

## Sanguinamento durante triplice (DAPT+OAC)

### SANGUINAMENTO SEVERO

Ogni sanguinamento che richiede ospedalizzazione con ↓ Hb > 5 g/dl emodinamicamente stabile

Es. severo sanguinamento genito-urinario, respiratorio o GI superiore o inferiore

- **Gestione DAPT:** Considerare di interrompere la DAPT e
- **Gestione OAC:** Considerare di interrompere OAC fino a
- **Raccomandazioni generali:**
  - i.v. PPI per sanguinamento GI.
  - Trasfusione per Hb < 7-8 g/dl.
  - Da considerare trasfusione piastriniche.
  - Trattamento urgente endoscopico o chirurgico del sanguinamento se possibile

## Nuova terapia

- Per alcuni giorni è stato sospeso edoxaban
- Interrotta ASA
- Mantenuto Clopidogrel 75 mg.
- Eparina sottocute (?)
- Omeprazolo i.v.
- **HASBLED 3 (rischio emorragico anno 5.8%)**

**Dopo le trasfusioni emoglobina 10,1 g/dl**

## Snodo decisionale: ripresa dell'anticoagulante

- Clopidogrel 75 +
- Edoxaban **30** o Edoxaban **60 mg**?

Quando un NOAC è usato in combinazione con aspirina e/o clopidogrel, **si dovrebbe considerare la dose più bassa** approvata, efficace per la prevenzione dello stroke, testata negli studi AF.

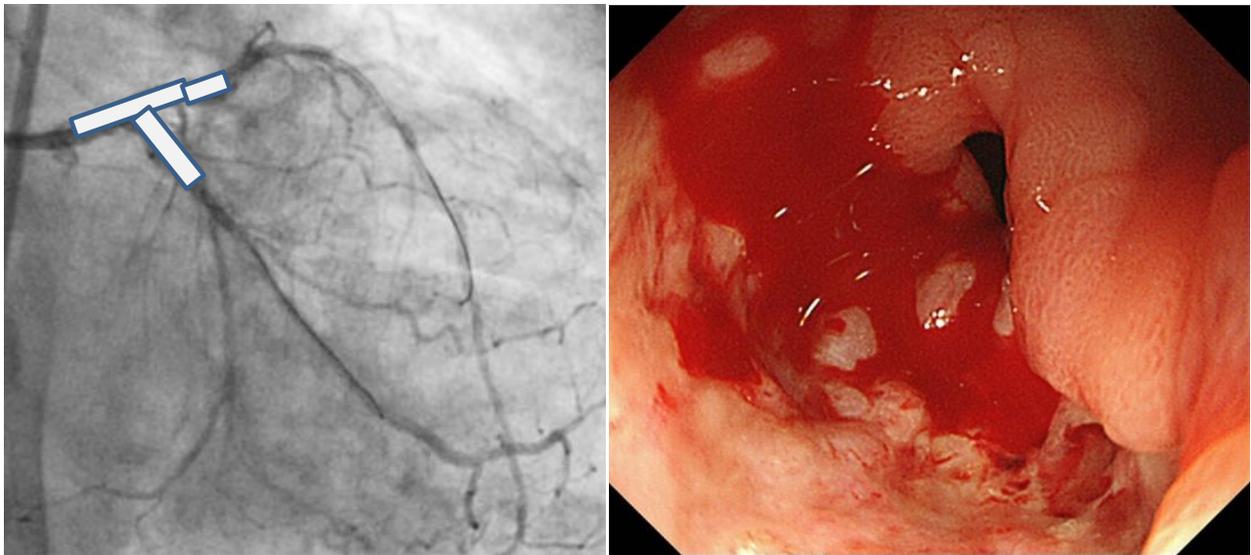
Ila

C

## Due mesi e mezzo dopo...

- Nuovo ricovero per melena ed Hb 7,2 g/dl.
- Interruzione OAC e Clopidogrel
- Due sacche di emazie concentrate

Snodo decisionale: quale terapia alla dimissione dopo una seconda emorragia?



- **Edoxaban 30 mg e Clopidogrel 75 mg?**
- **Clopidogrel 75 mg?**
- **Edoxaban 30 mg o Edoxaban 60 mg?**

Com'è finita?



Al terzo mese, dopo 2 giorni di malessere vago, la paziente si è accasciata al suolo priva di coscienza. **I sanitari del 118 hanno potuto solo constatare il decesso.**

# Conclusioni

- Nella **FIBRILLAZIONE ATRIALE** con **SINDROME CORONARICA ACUTA / PCI** i nuovi dati:
  - con **DES di nuova generazione** deve essere preferito l'uso del P2Y12 (C) e una minore durata della TT;
  - **maggiore sicurezza**, della duplice vs triplice terapia;
  - **maggiore sicurezza dei NOAC** vs Warfarin si mantiene nella terapia combinata
  - **Durata della triplice**: in base alle caratteristiche del paziente
  - **Gestione del sanguinamento**: tanto buon senso.