

Folia Pharmacotherapeutica januari 2020

Welke antitrombotische behandeling bij patiënten met VKF én acuut coronair syndroom? □

Bij patiënten met voorkamerfibrillatie die een acuut coronair syndroom (ACS) doormaken of een coronaire stent ingeplant krijgen, gaat de drievoudige antitrombotische behandeling (combinatie van een orale anticoagulerende behandeling en dual antiplatelet therapy met acetylsalicylzuur en een thiënoprydine of ticagrelor) die in theorie geïndiceerd is gedurende het eerste jaar na het event, gepaard met een hoog bloedingsrisico. Recente studies, in juni 2019 gebundeld in een netwerk-meta-analyse, lijken aan te tonen dat zowel het weglaten van acetylsalicylzuur als het kiezen van een DOAC boven een vitamine K-antagonist dit bloedingsrisico vermindert, zonder significante toename van het aantal trombotische events.

Het BCFI is van oordeel dat er onvoldoende zekerheid is dat het volledig weglaten van acetylsalicylzuur uit het behandelingschema niet gepaard gaat met een beperkte toename van coronaire ischemische events en sluit zich aan bij de Europese aanbevelingen om de duur van de acetylsalicylzuurbehandeling te beperken tot 1 maand. Voor het voordeel van DOAC's ten opzichte van vitamine K-antagonisten is de evidentie uit direct vergelijkende studies beperkt.

Wil je je kennis over dit onderwerp versterken? Beantwoord de quizvragen in onze e-learning FoliaQuiz najaar 2020 – DOAC's. Deze e-learning is gratis. Accreditering wordt voorzien voor artsen, officina-apothekers en ziekenhuisapothekers.

Patiënten met voorkamerfibrillatie die een acuut coronair syndroom (ACS) doormaken of een coronaire stent ingeplant krijgen, moeten gedurende het eerste jaar na dit event in theorie behandeld worden met een combinatie van een orale anticoagulerende behandeling en dual antiplatelet therapy (met acetylsalicylzuur en een thiënoprydine of ticagrelor). Deze drievoudige antitrombotische behandeling gaat echter gepaard met een hoog bloedingsrisico.

De resultaten van individuele gerandomiseerde studies, uitgevoerd in de voorbije 5 jaar (de grootste en meest recente gepubliceerd in april 2019), en een netwerkmeta-analyse, gepubliceerd in juni 2019, lijken aan te tonen dat het weglaten van acetylsalicylzuur gepaard gaat met een significante daling van het bloedingsrisico, zonder significante toename van het aantal trombotische events^{1,2}. Wanneer een DOAC wordt gebruikt in plaats van een vitamine K-antagonist is er ook een significante, maar minder grote afname van het bloedingsrisico. We moeten deze resultaten echter voorzichtig interpreteren. Voor sommige vergelijkingen waren de patiëntenaantallen eerder laag en berusten de resultaten van de netwerkmeta-analyse dus vooral op indirecte vergelijkingen. Zowel de individuele studies als de meta-analyse hebben onvoldoende power om verschillen op ischemische eindpunten aan te tonen (terwijl er in de groepen zonder acetylsalicylzuur numeriek (maar niet statistisch significant) wel meer trombotische events werden geobserveerd)³.

Het BCFI is van oordeel dat er onvoldoende zekerheid is dat het volledig weglaten van acetylsalicylzuur uit het behandelingschema niet gepaard gaat met een beperkte toename van coronaire ischemische events. We sluiten ons dan ook aan bij de meest recente Europese aanbevelingen over anticoagulerende en antiaggregerende behandeling bij patiënten met voorkamerfibrillatie (en indicatie voor orale anticoagulantia) én stenting wegens acuut coronair syndroom of stabiel coronair lijden⁴. Deze beperken de duur van de acetylsalicylzuurbehandeling tot 1 maand (te verlengen naar 3 tot maximaal 6 maand in geval van hoog trombotisch risico, of eventueel achterwege te laten bij geselecteerde patiënten met een laag trombotisch risico of een zeer hoog bloedingsrisico). Als P2Y₁₂-inhibitor draagt clopidogrel de voorkeur weg, aangezien de grote meerderheid van de patiënten in de meta-analyse hiermee werd behandeld. Over de veiligheid van de meer potentere antiaggregantia (prasugrel, ticagrelor) bij deze patiënten zijn er onvoldoende gegevens. Voor het voordeel van DOAC's ten opzichte van vitamine K-antagonisten is de evidentie uit direct vergelijkende studies beperkt.

Specifieke bronnen

- 1 Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *New Engl J Med* 2019;380:1509-24. Doi: 10.1056/NEJMoa1817083
- 2 Lopes RD, Hong H, Harskamp RE, Bhatt DL, Mehran R et al. Safety and efficacy of antithrombotic strategies in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *JAMA Cardiol* 2019;4:747-55. doi: 10.1001/jamacardio.2019.1880
- 3 Mukherjee D. In AF with recent ACS of PCI, apixaban reduced bleeding vs VKAs; aspirin increased bleeding vs placebo. *Ann Intern Med* 2019;171:JC7. doi: 10.7326/ACPJ201907160-007
- 4 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions. *Europace* 2019;21:192-3. doi: 10.1093/europace/euy174

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.