

Prevenzione secondaria nei pazienti ad alto rischio: Clopidogrel o Aspirina?

Secondary prevention in high-risk patients: Clopidogrel or Aspirin?

Gaetano D'Ambrosio
SIMG macroarea cronicità



Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Prevenzione secondaria nei pazienti ad alto rischio: Clopidogrel o Aspirina? Rivista SIMG 2025; 32 (04):20-21.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

La gestione a lungo termine del paziente coronaropatico stabilizzato dopo intervento coronarico percutaneo (PCI) è una problematica molto attuale, che riguarda il cardiologo ma anche il Medico di Medicina Generale (MMG).

Dopo la consueta fase di doppia terapia antiaggregante (DAPT) immediatamente successiva alla procedura di rivascolarizzazione, la scelta dell'antiaggregante da proseguire in monoterapia ha finora privilegiato l'aspirina, sulla base delle evidenze disponibili. Tuttavia, lo studio SMART-CHOICE 3, pubblicato su The Lancet (marzo 2025), offre una solida base per rivedere questo paradigma. Obiettivo, metodi e risultati dello studio sono sintetizzati nella **Figura 1**.

In questo trial randomizzato multicentrico, oltre 5500 pazienti ad alto rischio di recidiva ischemica che avevano completato una DAPT standard dopo PCI sono stati assegnati a monoterapia con clopidogrel o aspirina. I risultati sono chiari: il clopidogrel ha ridotto in modo significativo l'incidenza dell'endpoint composito di morte, infarto miocardico e ictus rispetto all'aspirina (HR 0.71), senza aumentare il rischio di sanguinamento maggiore.

Ciò si traduce in una potenziale revisione dell'approccio terapeutico: il clopidogrel potrebbe essere preferito all'aspirina in pazienti con diabete, pregresso IMA o lesioni coronariche complesse, soprattutto se si associa un significativo rischio gastrointestinale.

È importante sottolineare, però, che lo studio ha incluso esclusivamente pazienti coreani e che la variabilità genetica (CYP2C19) potrebbe influenzare i risultati in altre popolazioni. Un altro limite è rappresentato dal disegno in aperto che potrebbe aver influenzato il comportamento prescrittivo dei medici, per esempio nel consigliare gastroprotettori ai pazienti trattati con ASA.

Nonostante questi (ed altri) limiti metodologici, SMART-CHOICE 3 può rappresentare un punto di svolta nella gestione a lungo termine dei pazienti ad alto rischio in prevenzione secondaria.

Bibliografia

Choi KH, et al. Efficacy and safety of clopidogrel versus aspirin monotherapy in patients at high risk of subsequent cardiovascular event after percutaneous coronary intervention (SMART-CHOICE 3): a randomised, open-label, multicentre trial. *Lancet* 2025;405:1252-63.

SMART-CHOICE 3
MONOTERAPIA CON CLOPIDOGREL VS ASPIRINA DOPO PCI E DAPT IN PAZIENTI AD ALTO RISCHIO

Obiettivo: comparare la monoterapia con clopidogrel (75 mg/die) vs ASA (100 mg/die) in pazienti ad alto rischio di eventi ischemici dopo PCI

- ▶ Trial clinico randomizzato, multicentrico, open label, realizzato in Corea del Sud
- ▶ 5506 Soggetti di età ≥ 19 anni, che avevano completato una duplice terapia antiaggregante (DAPT) dopo angioplastica percutanea (PCI) e applicazione di stent medicato
- ▶ Ad alto rischio ischemico (pregresso infarto, diabete trattato con farmaci, presenza di lesioni coronariche complesse)
- ▶ Outcome primario: composito di morte per tutte le cause, infarto miocardico, ictus (MACCE)
- ▶ Follow-up mediano: 2.3 anni

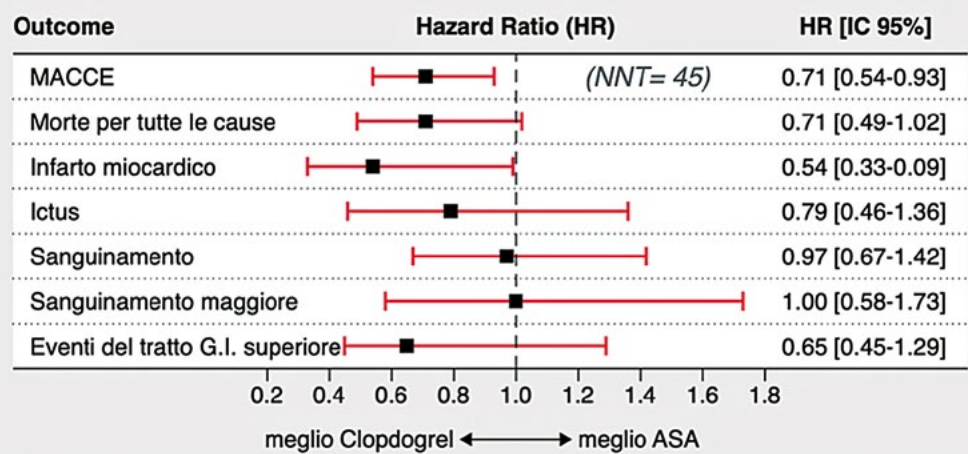


Figura 1 - Obiettivo, metodi e principali risultati dello studio SMART-CHOICE 3.