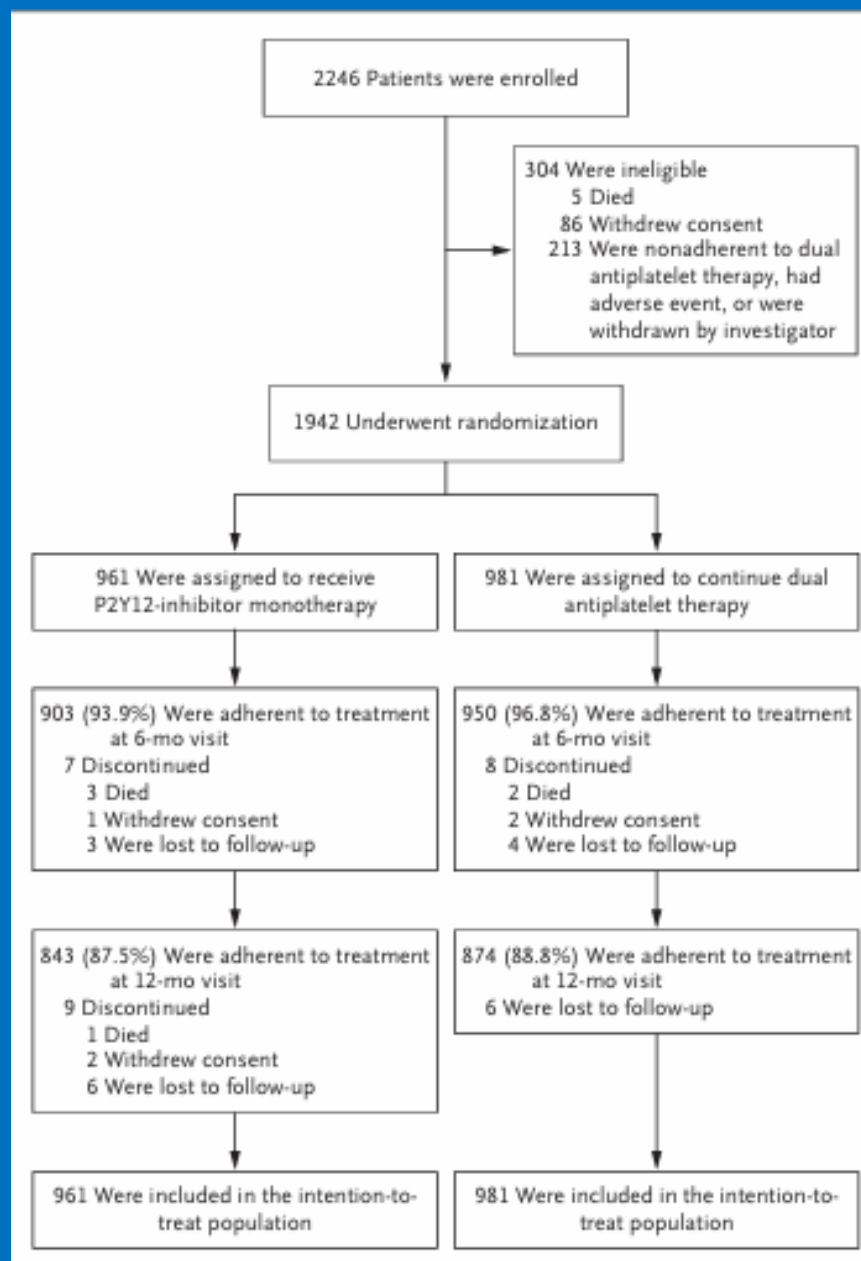


Early Discontinuation of Aspirin after PCI in Low-Risk Acute Myocardial Infarction

G. Tarantini,¹ B. Honton,² V. Paradies,³ G. Lemesle,⁴ G. Range,⁵ M. Godin,⁶ L. Mangin,⁷ T. Cuisset,⁸
J.M. Ruiz-Nodar,^{9,10} S. Brugaletta,^{11,12} T. Lhermusier,¹³ C. Piot,¹⁴ F. De Poli,¹⁵ J.-C. Macia,¹⁶ P. Motreff,¹⁷
M. Madera-Cambero,¹⁸ F. Beygui,^{19,20} P. Riccini,²¹ S. Ranc,²² J.A. Oreglia,²³ B. Vaquerizo,²⁴ Y. Poezevara,²⁵
D. Bouchez,²⁵ P.C. Smits,^{3,26} and G. Cayla,²⁷ for the TARGET-FIRST Investigators*

Milan Hromádka, Kardiologická klinika FN Plzeň

Zařazení, randomizace a follow-up



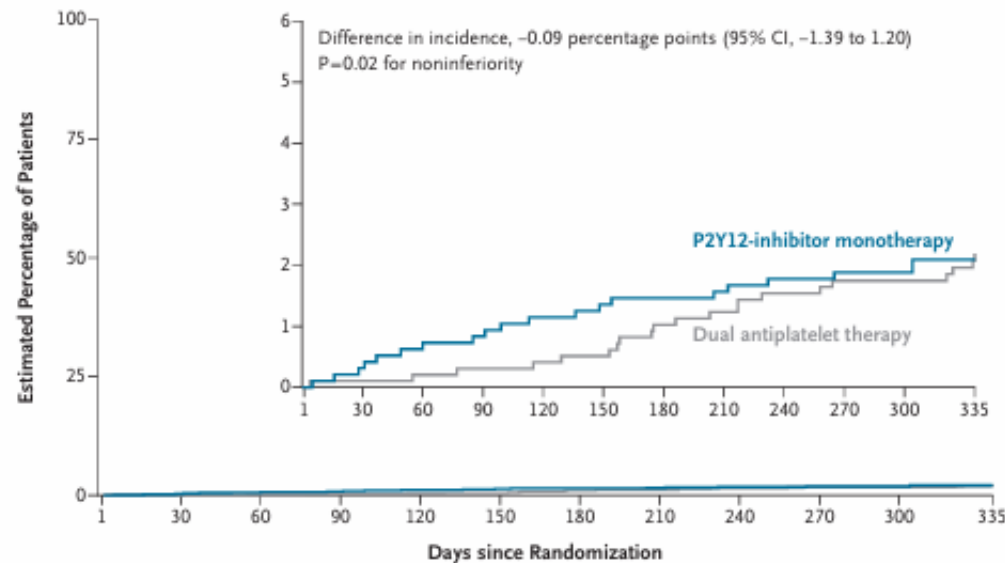
Vyloučení nemocní s vysokým rizikem krvácení nebo ischemie

- sekundární fibrinolýza, užívání perorální antikoagulační léčby, odhadovanou rychlost glomerulární filtrace $<30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, dialýza, aktivní krvácení, Hb před PCI $< 130 \text{ g/l}$ [muži] nebo $< 120 \text{ g/l}$ [ženy], jaterní cirhóza, anamnéza krvácející diatézy nebo trombocytopenie
- po komplexní PCI, s chronickou totální okluzí, postižení kmene levé koronární tepny, stenty o celkové délce $>80 \text{ mm}$ nebo s těžkými kalcifikacemi

Charakteristika pacientů

Characteristic	P2Y12-Inhibitor Monotherapy (N=961)	Dual Antiplatelet Therapy (N=981)
Age — yr	61.0±10.8	61.0±10.5
Female sex — no. (%)	223 (23.2)	197 (20.1)
Body-mass index†	26.7±4.7	27.4±4.4
Current smoker — no./total no. (%)	402/959 (41.9)	410/981 (41.8)
Diabetes mellitus — no./total no. (%)	135/961 (14.0)	146/981 (14.9)
Type 1, treated with insulin	10/959 (1.0)	6/981 (0.6)
Type 2, treated with insulin	26/959 (2.7)	27/981 (2.8)
Hypertension — no. (%)	367 (38.2)	384 (39.1)
Hypercholesterolemia — no. (%)	271 (28.2)	269 (27.4)
Chronic kidney disease — no. (%)	15 (1.6)	21 (2.1)
Family history of coronary disease — no./total no. (%)	260/949 (27.4)	243/970 (25.1)
Peripheral vascular disease — no. (%)	34 (3.5)	25 (2.5)
Previous myocardial infarction or previous PCI — no./total no. (%)	57/959 (5.9)	67/975 (6.9)
Previous cerebrovascular accident — no. (%)	15 (1.6)	20 (2.0)
Left ventricular ejection fraction <40% — no./total no. (%)	25/704 (3.6)	33/702 (4.7)
Indication for PCI — no. (%)		
STEMI	482 (50.2)	497 (50.7)
NSTEMI	479 (49.8)	484 (49.3)
Antiplatelet medication at randomization		
Duration of dual antiplatelet therapy after PCI — days	37.0±4.6	37.0±4.6
P2Y12 inhibitor at 1-month visit — no./total no. (%)		
Ticagrelor	706/961 (73.5)	731/980 (74.6)
Prasugrel	209/961 (21.7)	196/980 (20.0)
Clopidogrel	46/961 (4.8)	53/980 (5.4)

Primary outcome

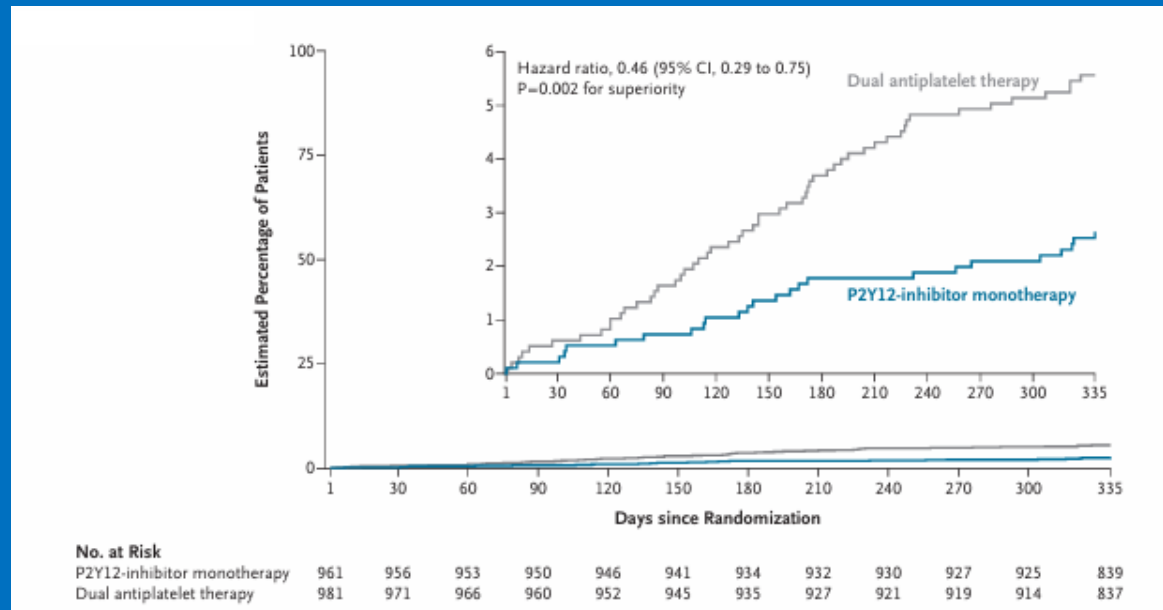


No. at Risk												
P2Y12-inhibitor monotherapy	961	956	952	951	948	944	940	937	934	932	930	848
Dual antiplatelet therapy	981	976	974	973	971	970	963	959	955	952	949	870

Outcome	P2Y12-Inhibitor Monotherapy (N=961)	Dual Antiplatelet Therapy (N=981)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
<i>no. of patients (%)</i>				
Primary outcome: net adverse clinical and cerebrovascular events†	20 (2.1)	21 (2.2)	—	0.02
Death from any cause	4 (0.4)	2 (0.2)	2.04 (0.37–11.14)	—
Myocardial infarction	7 (0.7)	10 (1.1)	0.72 (0.27–1.88)	—
Stent thrombosis, definite or probable	1 (0.1)	0	—	—
Stroke	3 (0.3)	2 (0.2)	1.53 (0.26–9.18)	—

úmrť z jakékoli příčiny, infarkt myokardu, trombózy stentu, CMP nebo závažné krvácení (definované dle BARC jako krvácivá příhoda typu 3 nebo 5)

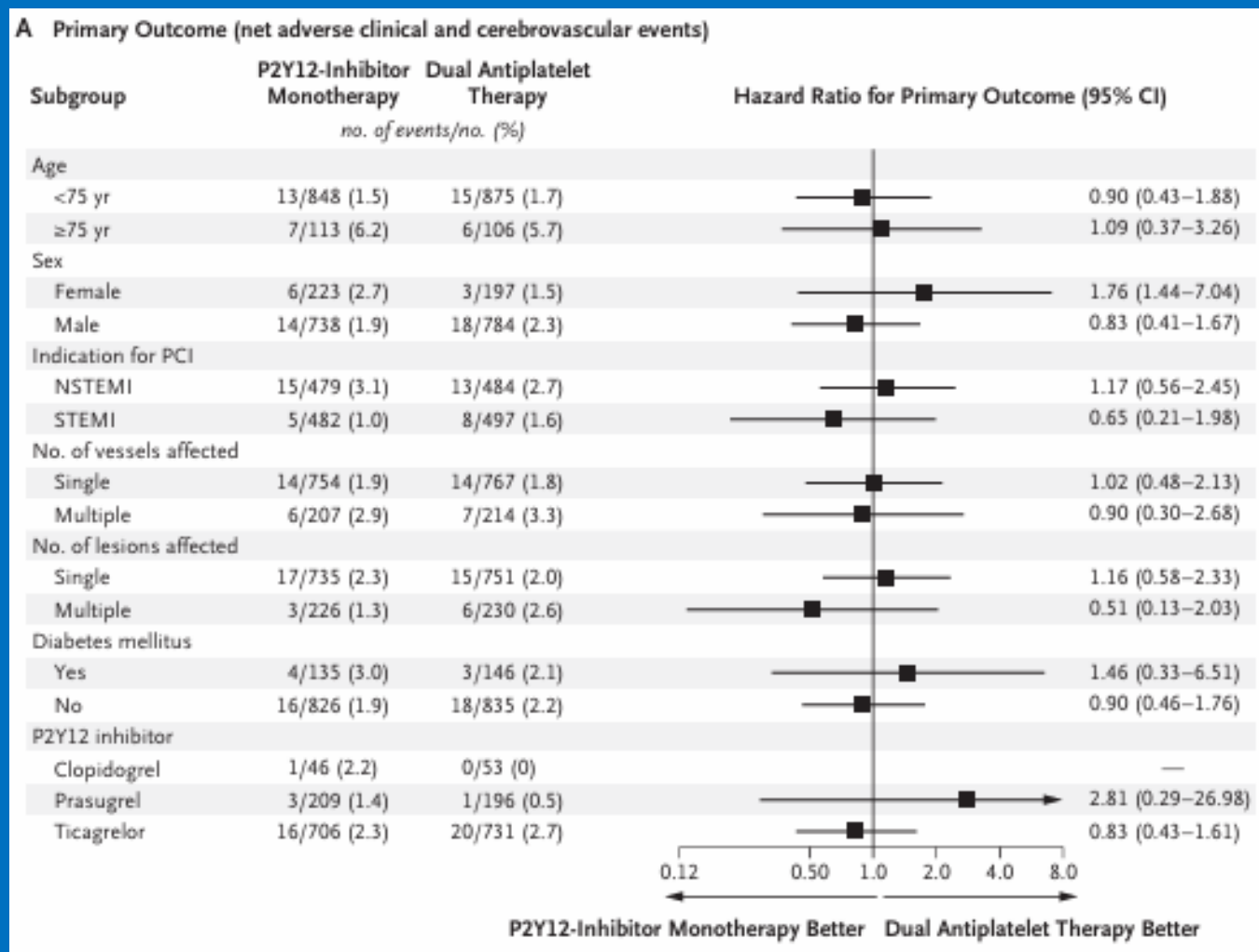
Main Secondary Outcome



Outcome	P2Y12-Inhibitor Monotherapy (N=961)	Dual Antiplatelet Therapy (N=981)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	no. of patients (%)			
BARC type 3 or 5 bleeding†	7 (0.7)	7 (0.7)	1.02 (0.36–2.91)	—
Type 3a	1 (0.1)	1 (0.1)	—	—
Type 3b	6 (0.6)	3 (0.3)	—	—
Type 3c	0	3 (0.3)	—	—

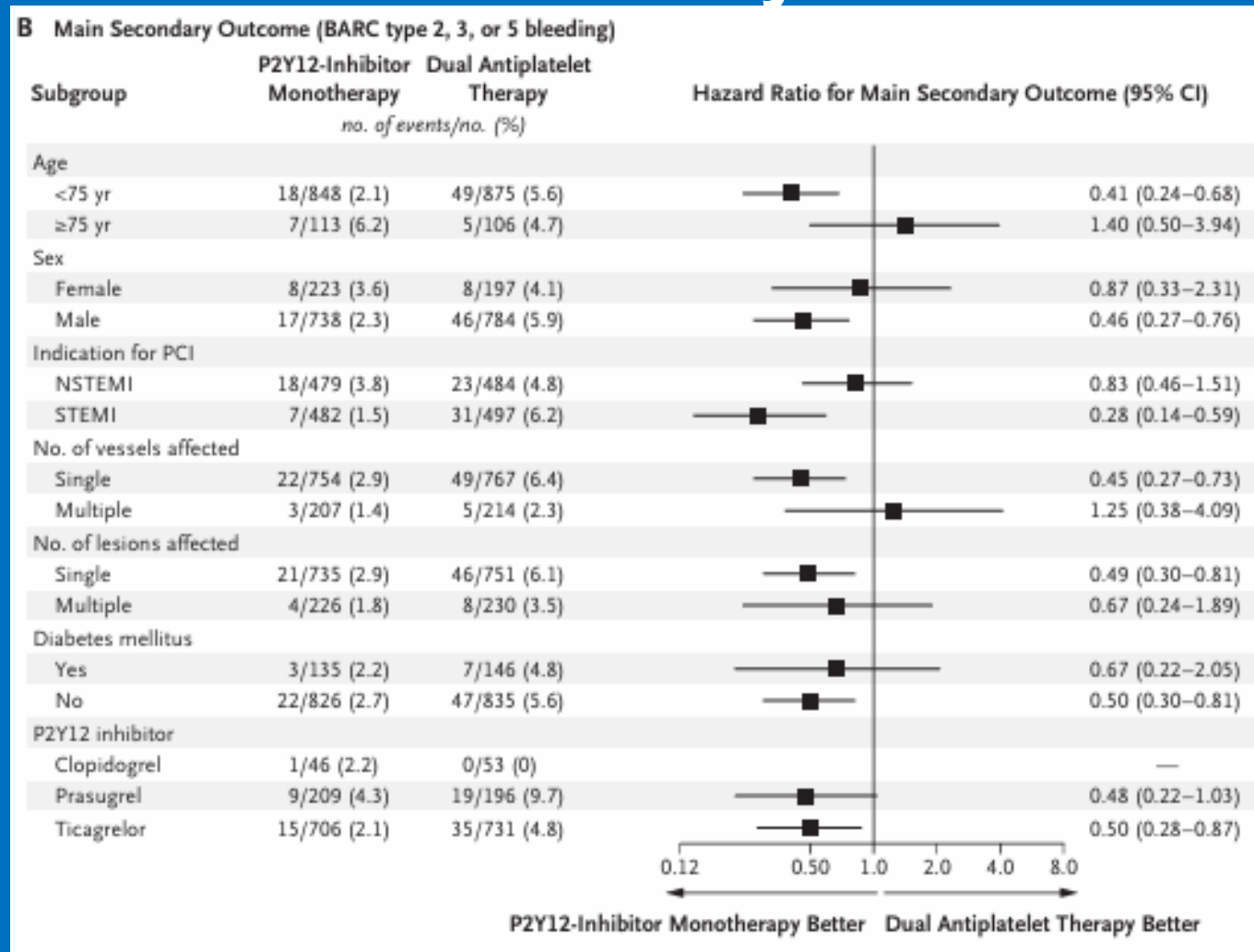
Krvácení definované dle BARC jako krvácivá příhoda typu 2, 3 nebo 5

Primary outcome – subskupinová analýza



úmrtí z jakékoli příčiny, infarkt myokardu, trombózy stentu, CMP nebo závažné krvácení (definované dle BARC jako krvácivá příhoda typu 3 nebo 5)

Main secondary outcome – subskupinová analýza



krvácení definované dle BARC jako krvácivá příhoda typu 2, 3 nebo 5

Závěr

U pacientů s nízkým rizikem s akutním IM, kteří podstoupili časnou kompletní revaskularizaci a dokončili 1 měsíc DAPT bez komplikací, nebyla monoterapie inhibitory P2Y12 horší než pokračující duální antiagregační léčba, pokud jde o výskyt nežádoucích kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních příhod, a vedla k nižšímu výskytu krvácivých příhod.

Tyto výsledky odrážejí výhody moderních stentů, vysokou procedurální úspěšnost a optimální farmakoterapii.

Diskuse

Studie	Populace pacientů	Design studie	Zkrácená DAPT větev	Kontrola	Follow-up	Hlavní výsledek
TICO	ACS po PCI s ultratenkým DES Orsiro, n=3 056	Randomizovaná, multicentrická, open-label RCT	3 měsíce DAPT → ticagrelor monoterapie	12 měsíců ASA + ticagrelor	12 měsíců	Nižší NACE a krvácení bez zvýšení ischemických příhod
GLOBAL LEADERS	All-comers PCI (ACS + CCS), n=15 968	Randomizovaná, multicentrická, open-label superiority studie	1 měsíc DAPT → 23 měsíců ticagrelor monoterapie	Standardní DAPT (12 m ACS / 6 m CCS) + ASA	24 měsíců	Primární endpoint nesplněn; podobná ischemická bezpečnost
TWILIGHT	Vysoce riziková pacienta po PCI bez komplikací po 3 měsících DAPT, n=7 119	Randomizovaná, multicentrická, double-blind placebo-controlled RCT	Ticagrelor monoterapie po 3 měsících DAPT	Pokračování ticagrelor + ASA	12 měsíců po randomizaci	Významně méně krvácení bez zvýšení death/MI/stroke
TARGET-FIRST	Nízké riziková pacienta s AMI/ACS po kompletní revaskularizaci Firehawk DES, n≈1 900	Prospektivní, multicentrická, randomizovaná, open-label non-inferiority studie	1 měsíc DAPT → P2Y12 monoterapie	Standardní 12měsíční DAPT	12 měsíců	Non-inferior pro NACCE, méně krvácení při zachované ischemické bezpečnosti