



## Odborné stanovisko | Expert consensus statement

# Odborné stanovisko České asociace intervenční kardiologie a České kardiologické společnosti Provádění diagnostických a intervenčních koronárních výkonů (PCI) u pacientů s trvalou indikací k perorální antikoagulační léčbě (OAC)

Ivo Varvařovský<sup>a</sup>, Martin Mates<sup>b</sup>, Ivo Bernát<sup>c</sup>, Marian Branny<sup>d</sup>, Pavel Červinka<sup>e</sup>,  
David Horák<sup>f</sup>, Petr Kala<sup>g</sup>, Petr Kmoníček<sup>b</sup>, Viktor Kočka<sup>h</sup>, Tomáš Kovárník<sup>ch</sup>,  
Ladislav Pešl<sup>i</sup>, Josef Štásek<sup>j</sup>, Michael Želízko<sup>k</sup>

<sup>a</sup> Kardiologické centrum Agel, Pardubice

<sup>b</sup> Komplexní kardiovaskulární centrum, Nemocnice Na Homolce, Praha

<sup>c</sup> Kardiologické oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň

<sup>d</sup> Kardiologické oddělení, Nemocnice Podlesí, Trinec

<sup>e</sup> Kardiologická klinika, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

<sup>f</sup> Kardiologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

<sup>g</sup> Interní kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

<sup>h</sup> III. interní-kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

<sup>ch</sup> II. interní klinika kardiologie a angiologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

<sup>i</sup> Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

<sup>j</sup> I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

<sup>k</sup> Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha



ČESKÁ ASOCIACE  
INTERVENČNÍ KARDIOLOGIE



ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST  
THE CZECH SOCIETY OF CARDIOLOGY

### INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Zveřejněno: 30. října 2017

Toto odborné stanovisko reprezentuje názor České asociace intervenční kardiologie a bylo vytvořeno v souladu s vědeckými a lékařskými poznatky dostupnými v době přípravy publikace. Cílem tohoto dokumentu je pomáhat lékařům při volbě nejlepšího diagnostického a léčebného postupu pro každého pacienta s daným onemocněním, přičemž je posuzován jak vliv na klinické výsledky, tak poměr přínosu a rizika daného postupu. Definitivní rozhodnutí týkající se konkrétního pacienta však musí učinit ošetřující lékař po konzultaci s pacientem a tento dokument v žádném případě nenahrazuje individuální odpovědnost každého lékaře. Obsah tohoto dokumentu byl publikován pouze pro nekomerční a edukační účely.

### Úvod

Trvalá perorální antikoagulační léčba (oral anticoagulation therapy, OAC) je dnes indikována u nemocných s fibrilací síní, žilní tromboembolickou nemocí a u nemocných s mechanickou chlopní náhradou. Ke koronární angio-

plastice dnes přichází podle různých údajů 6–8 % pacientů se zavedenou antikoagulační léčbou.

### Vysazení antikoagulační léčby před katetrizačním výkonem

Vysazení antikoagulační léčby před intervenčními výkony je vedeno úmyslem snížit riziko krvácivých komplikací, může ale s sebou nést zvýšení rizika příhody, kvůli které je antikoagulační léčba podávána. Vysazení OAC při léčbě fibrilace síní zvyšuje denní riziko embolizační příhody až čtyřnásobně již od třetího dne po odeznění účinnosti antikoagulační léčby [1–4]. Za nemocné s velmi vysokým rizikem embolizační příhody považujeme pacienty s mechanickou chlopní náhradou a pacienty s rizikovou žilní tromboembolickou nemocí (nemocní s dobou méně než tři měsíce od příhody, významná koagulopatie – deficit proteinu C nebo S, homozygot Leidenské mutace, lupus anticoagulans).

Diagnostický i intervenční výkon transradiálním přístupem je bezpečně proveditelný i při zavedené antikoagulační léčbě [5–8]. Hemostáza u nemocných na účinné léčbě

warfarinem je po výkonu stejně dlouhá jako u nemocných bez OAC [9]. **Diagnostický i intervenční výkon transradiálním přístupem je tedy možné provést bez vysazení OAC, pokud je tato léčba vedena v terapeutickém rozmezí.** Vysazení OAC při transradiálním přístupu je vhodné v případě, kdy riziko závažného krvácení převyšuje nárůst rizika ischemických příhod provázejících přerušeni léčby. **Konečné rozhodnutí o ponechání či vysazení OAC při katetrizačním výkonu přísluší katetrizujícímu lékaři.**

Diagnostický výkon femorálním přístupem je bezpečně proveditelný, pokud je intenzita OAC v terapeutickém rozmezí. Při  $INR \geq 3$  je riziko závažného krvácení významně zvýšené. Provedení perkutánní koronární intervence (PCI) při zavedené OAC je spojeno se zvýšeným rizikem krvácení i tehdy, pokud je OAC v terapeutickém rozmezí. **Při femorálním přístupu tedy vysazujeme antikoagulační léčbu tak, aby INR v době výkonu bylo nižší než 1,8.** Jde-li o akutní výkon femorálním přístupem, kdy není hodnota INR známá anebo není možné OAC přerušit, zváží lékař poměr rizika odložení PCI a rizika krvácení. Je doporučeno zvážit individuálně léčebné možnosti ke snížení rizika krvácení (nízká dávka heparinu, nepodání inhibitorů GP IIb/IIIa nebo nových inhibitorů P2Y<sub>12</sub>, použití uzavíracích systémů v místě tepenného vstupu, korekce krevního tlaku, korekce koagulopatie mraženou plazmou nebo aktivovaným faktorem VII).

Při léčbě **perorálními inhibitory koagulace nezávislími na vitamínu K (NOAC)** plánujeme katetrizační výkon na dobu, kdy by nemocný užíval další dávku léku („trough“, období nejnižší koncentrace léku). Opětné nasazení NOAC provádíme po dosažení spolehlivé hemostázy, zpravidla během 6–24 hodin. Pokud je riziko krvácení považováno za vysoké, vysazujeme NOAC podle typu léku a stavu renálních funkcí (tabulka 1).

Vysazenou antikoagulační léčbu překrýváme podáváním heparinu („bridging therapy“) pouze v situacích vysokého rizika embolizační příhody (mechanická chlopenní náhrada, žilní tromboembolismus s vysokým rizikem rekurence). Překrytí vysazené OAC je možné intravenózním podáváním nefrakcionovaného heparinu s ukončením 4 hodiny před výkonem nebo nízkomolekulárního heparinem s poslední dávkou více než 12 hodin před výkonem. U nemocných s fibrilací síní „bridging therapy“ pouze zvyšuje riziko krvácení bez prokazatelného přínosu ve snížení pravděpodobnosti embolizační příhody [10–13].

## Antikoagulační léčba během PCI

Pro elektivní výkony je doporučeno nepodávat při léčbě warfarinem další antikoagulancia, pokud je  $INR \geq 2,5$ . Většina lékařů však i v této indikaci používá minimální dávku heparinu (2 000–3 000 IU nefrakcionovaného heparinu, UFH) pro prevenci trombózy katétru a instrumentária. He-

parin má být podáván vždy během PCI, pokud je  $INR < 2,5$  anebo pokud je nemocný léčený NOAC. Perkutánní koronární intervence u **akutních koronárních syndromů** má být vždy doplněna podáním intravenózního antikoagulancia. U pacientů se zavedenou antikoagulační léčbou není doporučeno podávat inhibitory GP IIb/IIIa [14].

Nebyla-li ovlivněna hemostáza žádným antikoagulačně účinným lékem, nacházejí se „normální“ hodnoty aktivovaného času srážení (activated clotting time, ACT) v rozmezí  $115 \pm 15$  sekund při měření přístrojem Hemochron. Pacient s účinnou antikoagulační léčbou warfarinem ( $INR 2,0–3,5$ ) má hodnoty ACT pouze mírně prodloužené v rozmezí  $131 \pm 17$  sekund [15]. Při vysazené OAC vede nitrožilní podání 100 IU/kg UFH k dosažení horní hranice potřebného terapeutického rozmezí, stejně jako podání dávky 70 IU/kg UFH při nevysazené OAC [16]. Optimální tedy pravděpodobně bude v akutní situaci při **neznalosti aktuální úrovně antikoagulační léčby** začít dávkou heparinu 30–50 IU/kg a podle zjištěné hodnoty ACT postupovat dále. Při akutním výkonu, **kdy úroveň antikoagulační léčby je nad terapeutickým rozmezím** (ať už při léčbě warfarinem, nebo NOAC), nejsou známa data o bezpečnosti PCI z hlediska trombotických komplikací. Protože údaje o bezpečnosti PCI při léčbě nefrakcionovaným heparinem mají vztah k hodnotám ACT, bude vhodné léčbu řídit podle těchto hodnot a snažit se dosáhnout terapeutického rozmezí 200–300 sekund.

**Odstranění zavaděče** z tepny provádíme při transradiálním přístupu ihned po výkonu, při femorálním přístupu po odeznění účinku nefrakcionovaného heparinu (zpravidla za čtyři hodiny po PCI nebo po poklesu hodnoty aktivovaného parciálního tromboplastinového času [aPTT] pod 1,5násobek kontroly nebo při poklesu ACT pod 170 sekund). Přínosné v této indikaci mohou být uzavírací tepenné systémy (vascular closure device, VCD). Doba do dosažení hemostázy a doba do mobilizace pacienta je při použití VCD kratší, na malých souborech antikoagulovaných nemocných bylo jejich použití bezpečné [17].

**Doba ponechání bandáže na radiální tepně** se řídí obvyklými pravidly perfuzní hemostázy [9]. Délka bandáže při **femorálním přístupu** je individuální podle úrovně intenzity OAC, anatomických a klinických faktorů pacienta. Pokud bude intenzita OAC nad terapeutickým rozmezím, je ke zvážení provedení korektivních opatření ještě před odstraněním zavaděče z femorální tepny (cílená kontrola krevního tlaku, ovlivnění systémové hemostázy). Při podání čerstvě zmrazené plazmy nebo aktivovaného faktoru VII je potřeba zvážit riziko krvácení a riziko trombózy.

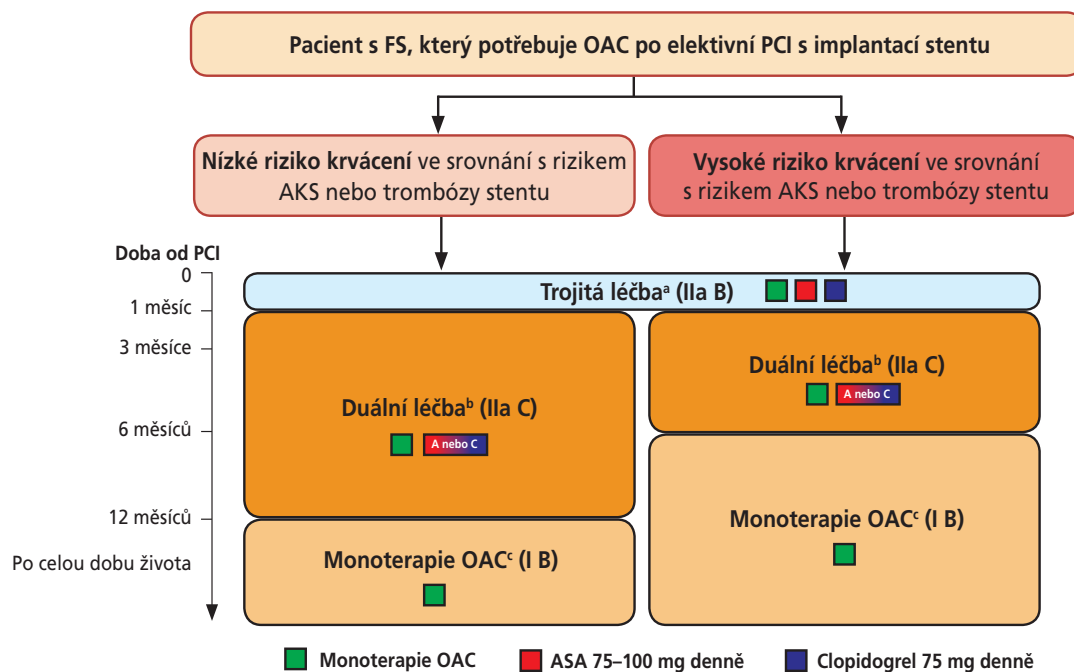
## Antikoagulační léčba po PCI

Způsob vedení antikoagulační léčby po PCI určují aktuální doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti

Tabulka 1 – Vysazení NOAC před katetrizačním výkonem s vysokým rizikem krvácení (v hodinách)

	CrCl $\geq 80$ ml/min	CrCl 50–80 ml/min	CrCl 30–50 ml/min	CrCl 15–30 ml/min	CrCl $\leq 15$ ml/min
Dabigatran	24	36	48	KI	KI
Apixaban, rivaroxaban	24	24	24	36	KI

CrCl – clearance kreatininu; KI – kontraindikován.



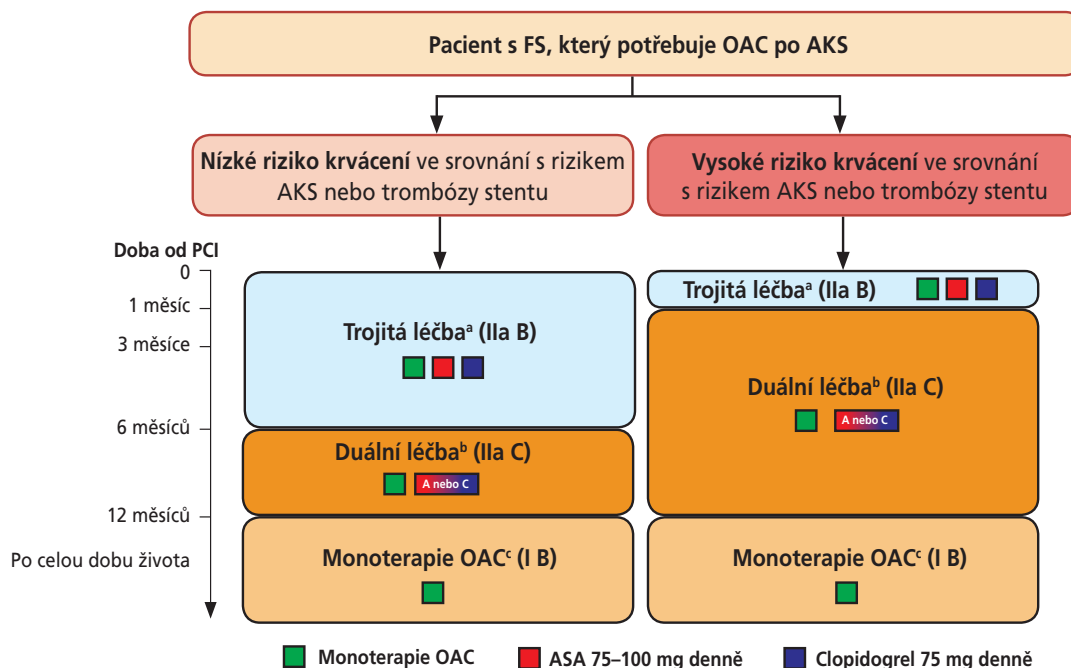
AKS – akutní koronární syndrom; ASA – kyselina acetylsalicylová; FS – fibrilace síní; OAC – perorální antikoagulační léčba (antagonisty vitamínu K nebo non-antagonisty vitamínu K); PCI – perkutánní koronární intervence.

<sup>a</sup> Duální léčba OAC a ASA nebo clopidogrelem může být zvážena u vybraných nemocných.

<sup>b</sup> OAC a jeden protidestičkový lék.

<sup>c</sup> Duální léčba OAC a jedním protidestičkovým lékem (ASA nebo clopidogrel) může být zvážena u pacientů s vysokým rizikem koronární příhody.

**Obr. 1 – Doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro léčbu nemocných užívajících chronickou antikoagulační léčbu po PCI (2016)**



AKS – akutní koronární syndrom; ASA – kyselina acetylsalicylová; FS – fibrilace síní; OAC – perorální antikoagulační léčba (antagonisty vitamínu K nebo non-antagonisty vitamínu K); PCI – perkutánní koronární intervence.

<sup>a</sup> Duální terapie OAC a ASA nebo clopidogrelem může být zvážena u vybraných nemocných (pokud nebyl implantován stent nebo při delším odstupu od koronární příhody).

<sup>b</sup> OAC a jeden protidestičkový lék.

<sup>c</sup> Duální terapie OAC a jedním protidestičkovým lékem (ASA nebo clopidogrel) může být zvážena u pacientů s vysokým rizikem koronární příhody.

**Obr. 2 – Doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro léčbu nemocných užívajících chronickou antikoagulační léčbu po akutním koronárním syndromu (2016)**

(ESC) / European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) a všechna následující tvrzení jsou založena na shodě expertů [18–22]. Po provedení PCI je doporučena trojitá léčba (triple therapy, TT: kyselina acetylsalicylová, clopidogrel, OAC) tehdy, je-li indikace k antikoagulační léčbě nezpochybnitelná (mechanická chlopenní náhrada, žilní tromboembolická choroba v posledních šesti měsících, fibrilace síní s  $CHA_2DS_2$ -VASC  $\geq 1$  pro muže a  $\geq 2$  pro ženy). Protože přidání duální protidestičkové léčby (DAPT) k OAC zvyšuje riziko krvácení trojnásobně, je doporučováno **individuální** zvážení doby trvání takové léčby. Při **vyšokém riziku krvácení** (HAS-BLED  $\geq 3$ ) má být podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA) omezeno pouze na periprocedurální období PCI nebo ukončeno nejdéle do jednoho měsíce po PCI. Při **vyšokém ischemickém riziku** (PCI pro akutní koronární syndrom, rozsah a komplexita koronární nemoci, výsledek PCI) je doba podávání ASA tři až šest měsíců. Typ implantovaného stentu by podle současných doporučení neměl hrát roli při rozhodování o délce TT. Antikoagulační terapie má být vedena v nižší úrovni terapeutické účinnosti (INR 2,0–2,5 pro warfarin, 2x 110 mg pro dabigatran, 15 mg pro rivaroxaban, 2x 2,5 mg pro apixaban, 30 mg pro edoxaban). Použití nových inhibitorů receptoru P2Y<sub>12</sub> (prasugrel, ticagrelor) nemá v současnosti dostatek údajů o bezpečnosti a nemělo by být součástí trojité léčby. Součástí TT má být vždy podávání inhibitorů protonové pumpy.

Na TT navazuje duální léčba (dual therapy, DT), která je složena z kombinace OAC s jedním protidestičkovým lékem (obvykle clopidogrelem). Podávání protidestičkového léku je ukončeno za 12 měsíců po akutní koronární příhodě a dále je podávána pouze OAC (obr. 1, 2). Implantace kovového stentu (BMS) pro stabilní anginu pectoris vyžaduje podávání protidestičkové léčby pouze po dobu jednoho měsíce. Implantace bezpolymerového stentu (drug coated stent, DCS) je u těchto nemocných rovněž bezpečná a významně klinicky účinnější než BMS při použití pouze jednoměsíční TT s přechodem na samotnou OAC [23]. Lékové stenty druhé generace (everolimus, zotarolimus) vykazují při vynuceném vysazení ASA a clopidogrelu po prvním měsíci léčby rovněž dobrý bezpečnostní profil [24,25]. Obvykle se však doporučuje po implantaci DES podávat jeden měsíc TT a poté po dobu tří až šesti měsíců podle rizika krvácení DT. Duální léčba po dobu delší než šest měsíců je oprávněna pouze při vysokém ischemickém a nízkém krvácivém riziku.

Vynechání kyseliny acetylsalicylové bezprostředně po PCI a podávání pouze samotné DT je podle randomizovaných studií jednoznačně bezpečnější z hlediska krvácivých komplikací ve srovnání s TT (warfarin + DAPT), srovnatelná účinnost pro prevenci trombotických příhod zatím není statisticky přesvědčivě doložena. Ve studii WOEST byla DT (warfarin + clopidogrel) spojena s významně nižším rizikem všech krvácení při statisticky srovnatelném výskytu závažných krvácení. Pravděpodobnost ischemických příhod byla srovnatelná, celková mortalita byla ale při užití DT významně nižší [26]. Ve studii PIONEER-AF byly srovnávány nižší dávky rivaroxabanu, než jaké byly užity pro prevenci tromboembolických příhod při fibrilaci síní v randomizovaných studiích. Dávka 15 mg rivaroxabanu významně snížila riziko všech krvácení ve srovnání s TT, pravděpodobnost vážného krvácení byla statisticky srovnatelná. Riziko trombotických

příhod bylo srovnatelné. Stejný vliv na riziko krvácení měla dávka 2x 2,5 mg rivaroxabanu, avšak při šestiměsíční léčbě byl pozorován významně vyšší výskyt cévních mozkových příhod než při TT [27]. Studie RE-DUAL testovala DT pomocí dávek dabigatranu, jaké byly užity v randomizovaných studiích pro prevenci cévní mozkové příhody při fibrilaci síní. Obě dávky dabigatranu (2x 110 mg; 2x 150 mg) vedly k významnému snížení rizika nejen celkového krvácení, ale i závažných krvácení podle definice International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) i Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI). Pravděpodobnost ischemických příhod a celková mortalita byla pro všechny léčebné strategie statisticky srovnatelná. U desetiny nemocných byl jako inhibitor P2Y<sub>12</sub> použit ticagrelor s výsledky konzistentními s celkovými výsledky studie, riziko krvácení bylo ale zvýšené proti clopidogrelu jak v kombinaci s TT, tak při kombinaci s dabigatranem [28].

## Závěr

1. Trvalá antikoagulační léčba warfarinem v terapeutickém rozmezí může být ponechána před katetrizačním výkonem, pokud lze výkon provést radiálním přístupem anebo pokud plánujeme pouze diagnostický výkon přístupem femorálním.
2. Je-li pacient léčený NOAC, výkon plánujeme na dobu podávání další dávky léku a při vysokém riziku krvácení léčbu přerušíme (24–48 hodin podle přípravku a stavu renálních funkcí).
3. Při elektivní koronární angioplastice z femorálního přístupu je vhodné antikoagulační léčbu warfarinem dočasně přerušit.
4. Překrývat období vysazené OAC podáváním heparinu („bridging“) je doporučeno pouze pro nemocné s velmi vysokým rizikem embolizační příhody (mechanické chlopenní náhrady, žilní tromboembolická nemoc s vysokým rizikem). Elektivní katetrizační výkon by neměl být prováděn, pokud je intenzita antikoagulační léčby nad terapeutickým rozmezím.
5. Během PCI je indikováno podání nefrakcionovaného heparinu vždy u akutních koronárních syndromů, u nemocných léčených NOAC a u nemocných na léčbě warfarinem při INR < 2,5. Perkutánní koronární intervence u elektivních nemocných při INR  $\geq 2,5$  je považována za proveditelnou bez dalšího podání heparinu. U nemocných léčených OAC nepoužíváme nové inhibitory P2Y<sub>12</sub>, ani inhibitory GP IIb/IIIa.
6. Léčba nemocných po provedení PCI by měla v současnosti respektovat doporučené postupy ESC. Bezprostředně po výkonu má být podávána TT (OAC + clopidogrel + ASA). Tato léčba by měla být omezena na co nejkratší dobu po zvážení rizika krvácení a rizika ischemické příhody. Intenzita antikoagulační léčby má odpovídat nižší dávce léku s prokázanou účinností pro léčbu fibrilace síní (warfarin INR 2,0–2,5, dabigatran 2x 110 mg, rivaroxaban 15 mg, apixaban 2x 2,5 mg, edoxaban 30 mg). TT má být vždy doplněna o léčbu inhibitory protonové pumpy (IPP).
7. Použití samotné DT (clopidogrel + warfarin; clopidogrel + rivaroxaban 15 mg; clopidogrel + dabigatran 2x 110 mg nebo 2x 150 mg) je spojeno s nižším



rizikem krvácení a pravděpodobně nezvyšuje riziko trombotických komplikací ve srovnání s konvenční TT. Duální léčba by měla být v současnosti používána bezprostředně po PCI pouze u nemocných se zvýšeným rizikem krvácení. Při použití NOAC byla léčba antikoagulačním lékem zahajována ve studiích třetí až pátý den pro provedení PCI.

## Literatura

- [1] K.W. Mahaffey, A.S. Hellkamp, M.R. Patel, End of study transition from study drug to open-label vitamin K antagonist therapy: the Rocket AF experience, *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes* 4 (2013) 470–478.
- [2] C.B. Granger, R.D. Lopes, M. Hanna, Clinical events after transitioning from apixaban versus warfarin to warfarin at the end of the Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation (ARISTOTLE) trial, *American Heart Journal* 169 (2015) 25–30.
- [3] M.R. Patel, A.S. Hellkamp, Y. Lokhnygina, Outcomes of discontinuing rivaroxaban with warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation, *Journal of the American College of Cardiology* 61 (2013) 651–658.
- [4] V. Shahi, W. Brinjikji, M.H. Murad, Safety of uninterrupted warfarin therapy in patients undergoing cardiovascular endovascular procedures: a systematic review and meta-analysis, *Radiology* 278 (2016) 383–394.
- [5] A.P. Annala, P.P. Karjalainen, P. Porela, Safety of diagnostic coronary angiography during uninterrupted therapeutic warfarin Treatment, *American Journal of Cardiology* 102 (2008) 386–390.
- [6] N.C. Baker, E.W. O'Connell, W.W. Htun, Safety of coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the radial versus femoral route in patients on uninterrupted oral anticoagulation with warfarin, *American Heart Journal* 168 (2014) 537–544.
- [7] A.G. Ziakas, K.C. Koskinas, S. Gavriliadis, Radial versus femoral access for orally anticoagulated patients, *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 76 (2010) 493–499.
- [8] D.B. Jessup, A.T. Coletti, J.B. Muhlestein, Elective coronary angiography and percutaneous coronary intervention during uninterrupted warfarin therapy, *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 60 (2003) 80–84.
- [9] C.M. Lippe, E.A. Reineck, A.R. Kunselman, Warfarin: impact on hemostasis after radial catheterization, *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 85 (2015) 82–88.
- [10] J.D. Douketis, A.C. Spyropoulos, F.A. Spencer, Perioperative management of antithrombotic therapy, *Chest* 141 (suppl) (2012) e326S–e350S.
- [11] A. Vahanian, O. Alfieri, F. Andreotti, Guidelines on the management of valvular heart disease, *European Heart Journal* 33 (2012) 2451–2496.
- [12] J.D. Douketis, A.C. Spyropoulos, S. Kaatz, Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation, *New England Journal of Medicine* 373 (2015) 823–833.
- [13] J.D. Douketis, J.S. Healey, M. Brueckmann, Perioperative Bridging anticoagulation during dabigatran or warfarin interruption among patients who had an elective surgery or procedure. Substudy of the RE-LY trial, *Thrombosis and Haemostasis* 113 (2015) 625–632.
- [14] S. Windecker, P. Kolh, F. Alfonso, et al., 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), *European Heart Journal* 35 (2014) 2541–2619.
- [15] R.J. Chang, T.M. Doherty, S.L. Goldberg, How does warfarin affect the activated clotting time?, *American Heart Journal* 136 (1998) 477–479.
- [16] S. Gautam, R.M. John, W.G. Stevenson, Effect of therapeutic INR on activated clotting times, heparin dosage, and bleeding risk during ablation of atrial fibrillation, *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* 22 (2011) 248–254.
- [17] L. Robertson, A. Andras, F. Colgan, Vascular closure devices for femoral arterial puncture site hemostasis, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2016) CD009541.
- [18] European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, A.J. Camm, et al., Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal* 31 (2010) 2369–2429.
- [19] P. Kirchhof, S. Benussi, D. Kotecha, et al., 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, *European Heart Journal* 37 (2016) 2893–2962.
- [20] H. Heidbuchel, P. Verhamme, M. Alings, European Heart Rhythm Association practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation, *Europace* 15 (2013) 625–651.
- [21] A. Rubboli, D. Faxon, J. Airaksinen, The optimal management of patients on oral anticoagulation undergoing coronary artery stenting, *Thrombosis and Haemostasis* 112 (2014) 1080–1087.
- [22] M. Valgimigli, H. Bueno, R.A. Byrne, et al., 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS, *European Heart Journal* (2017) 1–48.
- [23] P. Urban, I.T. Meredith, A. Abizaid, Polymer-free Drug-Coated Coronary Stents in Patients at High Bleeding Risk, *New England Journal of Medicine* 373 (2015) 2038–2047.
- [24] S. Silber, A. Kirtane, J.A. Belardi, Lack of association between dual antiplatelet therapy use and stent thrombosis between 1 and 12 months following resolute zotarolimus-eluting stent implantation, *European Heart Journal* 35 (2014) 1949–1956.
- [25] P. Genereux, D.R. Rutledge, T. Palmerini, Stent thrombosis and dual antiplatelet therapy interruption with Everolimus-eluting stents, *Circulation. Cardiovascular Interventions* 8 (2015) e001362.
- [26] W. Dewilde, T. Oirbans, F. Verheugt, Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomised, controlled trial, *Lancet* 381 (2013) 1107–1115.
- [27] C.M. Gibson, R. Mehran, C. Bode, et al., Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI, *New England Journal of Medicine* 375 (2016) 2423–2434.
- [28] C.P. Cannon, D.L. Bhatt, J. Oldgren, et al., Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation, *New England Journal of Medicine* 377 (2017) 1513–1524.