



Manfaat DAPT Aspirin dan *Clopidogrel* sebagai Pengganti Aspirin dan *Ticagrelor/Prasugrel* pada Pasien Sindrom Koroner Akut

Pasien-pasien sindrom koroner akut (SKA) dianjurkan untuk mengonsumsi 2 macam obat *antiplatelet* (dikenal dengan istilah *dual antiplatelet therapy*/DAPT) selama 1 tahun, berdasarkan rekomendasi berbagai *guidelines* untuk penanganan penyakit jantung koroner. Rekomendasi ini dibuat berdasarkan data yang menunjukkan penurunan angka kejadian iskemik di masa mendatang pada penggunaan DAPT. DAPT yang diberikan berupa aspirin dan penghambat reseptor P2Y12. Obat penghambat reseptor P2Y12 yang telah beredar di pasaran yaitu *clopidogrel*, *ticagrelor*, dan *prasugrel* (*prasugrel* belum tersedia di Indonesia). Pada beberapa studi disebutkan bahwa *ticagrelor* dan *prasugrel* bermanfaat menurunkan kejadian iskemik berulang lebih banyak dibandingkan *clopidogrel*, meskipun disertai peningkatan risiko perdarahan.

Cuisset T, *et al*, melakukan sebuah studi acak terkontrol untuk mengetahui apakah pada pasien sindrom koroner akut yang diterapi dengan intervensi koroner perkutan dan tidak mengalami efek samping DAPT aspirin dan golongan penghambat P2Y12 yang lebih baru (*ticagrelor/prasugrel*) selama sebulan, jika diubah ke rejimen DAPT baru (aspirin + *clopidogrel*) *fixed dose combination* (FDC) akan menurunkan risiko perdarahan dan kejadian iskemik. Pada studi di Prancis ini diikuti sertakan 646 pasien dewasa berusia lebih dari 18 tahun (usia rerata 60 tahun, 82% laki-laki) yang dirawat di RS karena sindrom koroner akut dan memerlukan intervensi koroner

Tabel. Luaran utama DAPT dengan *clopidogrel* (*switched*) dibandingkan *ticagrelor/prasugrel* (*continued*)

Outcomes	Event rates		At 1 y after ACS	
	Switched	Continued	RRR (95% CI)	NNT (CI)
Ischemic and bleeding events [‡]	13%	26%	48% (29 to 63)	8 (7 to 14)
Cardiovascular death	0.3%	1.2%	70% (-72 to 95)	Not significant
Unplanned revascularization	8.7%	9.3%	7% (-51 to 43)	Not significant
Stroke	0.3%	0.9%	63% (-158 to 95)	Not significant
Bleeding (BARC \geq 2)	4.0%	14.9%	68% (48 to 81)	10 (9 to 14)
Any ischemic event	9.3%	11.5%	19% (-27 to 48)	Not significant
Any bleeding	9.3%	23.5%	58% (40 to 70)	8 (7 to 11)

[†]BARC - Bleeding Academic Research Consortium classification; other abbreviations defined in Glossary. RRR, NNT, and CI calculated from "continued" event rates and hazard ratios in article.

[‡]Cardiovascular death, unplanned hospitalization leading to urgent coronary revascularization, stroke, or bleeding (BARC \geq 2).

perkutan dalam 72 jam, diterapi dengan aspirin ditambah penghambat P2Y12 yang lebih baru (*prasugrel* 10 mg/hari atau *ticagrelor* 90 mg dua-kali-sehari) saat dipulangkan dari RS, dan tidak mengalami efek samping mayor (kejadian iskemik atau perdarahan) dalam 1 bulan sejak terjadi sindrom koroner akut. Kriteria eksklusi yaitu trombositopenia, riwayat perdarahan intrakranial, perdarahan mayor dalam 12 bulan terakhir, penggunaan antikoagulan jangka-panjang, atau memiliki kontraindikasi terhadap aspirin, *clopidogrel*, *prasugrel*, atau *ticagrelor*.

Secara acak pasien diganti rejimen DAPT-nya menjadi tablet tunggal FDC aspirin 75 mg ditambah *clopidogrel* 75 mg (n = 323) atau melanjutkan DAPT dengan aspirin ditambah *prasugrel/ticagrelor* (n = 323). Hasil gabungan yaitu kejadian iskemik dan perdarahan (kematian kardiovaskular, kejadian rawat

inap yang tidak direncanakan dan berujung revaskularisasi koroner mendesak, *stroke*, atau perdarahan (klasifikasi *Bleeding Academic Research Consortium* \geq 2). Luaran sekunder meliputi komponen gabungan primer, kejadian iskemik apapun, dan perdarahan apapun (Tabel).

Studi ini menyimpulkan bahwa pada pasien sindrom koroner akut yang diterapi dengan intervensi koroner perkutan dan tidak mengalami efek samping setelah terapi selama 1 bulan dengan DAPT (aspirin ditambah *ticagrelor/prasugrel*), penggantian rejimen obat ke DAPT aspirin dengan *clopidogrel* FDC menurunkan kejadian gabungan iskemik dan perdarahan. Temuan ini perlu dikonfirmasi dengan studi acak terkontrol dalam skala lebih besar sebelum diaplikasikan dalam latar klinis. (JCH)

REFERENSI:

- Cuisset T, Deharo P, Quilici J, Johnson TW, Deffarges S, Bassez C *et al*. Benefit of switching dual antiplatelet therapy after acute coronary syndrome: the TOPIC (timing of platelet inhibition after acute coronary syndrome) randomized study. *Eur Heart J*. 2017;38(41):3070-78.
- Levine GN, Bates ER, Bittl JA, *et al*. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:1082-115.
- Wallentin L, Becker RC, Budaj A, *et al*; PLATO Investigators. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2009;361:1045-57.
- Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, *et al*; TRITON-TIMI 38 Investigators. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2007;357:2001-15.