

Zastosowanie łączne kwasu acetylosalicylowego z kłopidogrelem u pacjenta geriatrycznego – możliwości zastosowania preparatu skojarzonego

Combined use of acetylsalicylic acid and clopidogrel in geriatric patients – the role of fixed-dose combination therapy

Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wybór optymalnej podwójnej terapii przeciwplatekowej (DAPT) u pacjenta geriatrycznego stanowi istotne wyzwanie kliniczne, wymagające wyważenia pomiędzy redukcją ryzyka niedokrwiennego a bezpieczeństwem krwotocznym. Choć aktualne wytyczne preferują stosowanie silniejszych inhibitorów receptora P2Y₁₂ w ostrych zespołach wieńcowych, w populacji osób starszych – szczególnie obciążonych wysokim ryzykiem krwawienia, wielochorobowością i zespołem kruchości – kłopidogrel pozostaje uzasadnioną i często optymalną opcją terapeutyczną. Połączenie kwasu acetylosalicylowego z kłopidogrelem zapewnia korzystny profil bezpieczeństwa przy zachowaniu skuteczności klinicznej, co potwierdzają dostępne dane z badań klinicznych. Szczególne znaczenie ma ono u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych oraz po przeszłonnych interwencjach wieńcowych w stabilnej chorobie wieńcowej. Dodatkową wartością w populacji geriatrycznej jest możliwość zastosowania preparatu skojarzonego, który upraszcza terapię i poprawia jej przestrzeganie. W artykule podkreślono znaczenie indywidualizacji leczenia oraz konieczność uwzględnienia globalnego profilu pacjenta w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. *Geriatrics* 2026;20:131-133. doi: 10.53139/G.20262017

Słowa kluczowe: podwójna terapia przeciwplatekowa, kłopidogrel, kwas acetylosalicylowy, pacjent geriatryczny, wysokie ryzyko krwawienia, choroba wieńcowa, adherencja, preparat skojarzony

Abstract

The selection of optimal dual antiplatelet therapy (DAPT) in geriatric patients remains a major clinical challenge, requiring a careful balance between ischemic risk reduction and bleeding safety. Although current guidelines favor more potent P2Y₁₂ inhibitors in acute coronary syndromes, clopidogrel remains a justified and often optimal option in elderly patients, particularly those with high bleeding risk, multimorbidity, and frailty. The combination of acetylsalicylic acid and clopidogrel provides a favorable safety profile while maintaining clinical efficacy, as supported by available clinical evidence. This strategy is particularly relevant in patients following acute coronary syndromes and after percutaneous coronary interventions in chronic coronary syndromes. An additional advantage in the geriatric population is the availability of fixed-dose combination therapy, which simplifies treatment and improves adherence. The article emphasizes the importance of individualized therapy and comprehensive patient assessment in clinical decision-making. *Geriatrics* 2026;20:131-133. doi: 10.53139/G.20262017

Keywords: dual antiplatelet therapy, clopidogrel, acetylsalicylic acid, geriatric patient, high bleeding risk, coronary artery disease, adherence, fixed-dose combination

Przykładowy profil kliniczny

78-letni mężczyzna, z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą nerek (eGFR 48 ml/min/1,73 m²), niedokrwistością (Hb 11,2 g/dl) oraz przebytym epizodem krwawienia z przewodu pokarmowego przed 3 laty, został przyjęty z powodu ostrego zespołu wieńcowego. W koronarografii stwierdzono istotne zwężenie w gałęzi przedniej zstępującej, wykonano skuteczną angioplastykę z implantacją stentu powlekanego lekiem.

Pacjent zakwalifikowany do podwójnego leczenia przeciwplatekowego (DAPT). Ze względu na:

- wiek podeszły,
- wysokie ryzyko krwawienia (HBR),
- wielochorobowość i polifarmakoterapię,

zdecydowano o zastosowaniu ASA + kłopidogrel zamiast silniejszych inhibitorów P2Y₁₂. Po stabilizacji klinicznej i wypisie zastosowano preparat skojarzony, celem uproszczenia terapii.

Pacjent codziennej praktyki

Pacjent w wieku podeszłym, przyjmowany z powodu ostrego zespołu wieńcowego, po skutecznej angioplastyce wieńcowej, bardzo często nie odpowiada profilowi chorego włączanego do randomizowanych badań klinicznych. Jest obciążony wielochorobowością, przewlekłą chorobą nerek, niedokrwistością, a nierzadko także przebytymi epizodami krwawienia. W tej populacji decyzja o wdrożeniu podwójnej terapii przeciwplatekowej nie kończy się na pytaniu „czy?“, lecz rozpoczyna się od pytania „jak intensywnie i jak długo?“ [1].

Współczesna kardiologia opiera się na strategiach maksymalizujących skuteczność leczenia przeciwplatekowego, jednak geriatra i klinicysta zajmujący się pacjentem starszym coraz częściej dostrzega ograniczenia tego podejścia. Wraz z wiekiem rośnie znaczenie czynników, które nie zawsze są w pełni uchwycone w klasycznych skalach ryzyka – kruchości (frailty), rezerwy narządowej czy zdolności do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. To właśnie te elementy decydują o realnym rokowaniu pacjenta i skuteczności leczenia [2].

W tym kontekście kłopidogrel, stosowany w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym, przestaje być postrzegany jako kompromis terapeutyczny, a zaczyna jako rozwiązanie dopasowane do profilu chorego. Dane kliniczne wskazują, że u pacjentów w wieku ≥70 lat zastosowanie kłopidogrelu wiąże się z istotnym zmniejszeniem ryzyka powikłań krwotocznych bez

pogorszenia rokowania w zakresie zdarzeń sercowo-naczyniowych, co czyni go szczególnie atrakcyjnym w populacji geriatrycznej [3].

Bilans korzyści i ryzyka

W praktyce klinicznej u pacjentów starszych obserwujemy, że intensyfikacja terapii przeciwplatekowej nie zawsze przekłada się na poprawę wyników leczenia. Wręcz przeciwnie – zwiększone ryzyko krwawienia może prowadzić do krwawienia, przerwania terapii, a w konsekwencji do pogorszenia rokowania. W tej grupie chorych kluczowe znaczenie ma indywidualna ocena ryzyka krwawienia, w tym zgodnie z kryteriami wysokiego ryzyka krwawienia (HBR), oraz świadome ograniczenie intensywności terapii do poziomu, który pozostaje bezpieczny dla pacjenta [4].

Rola ASA + kłopidogrel w różnych scenariuszach klinicznych

Połączenie ASA z kłopidogrelem znajduje szczególne zastosowanie u pacjentów geriatrycznych po ostrych zespołach wieńcowych oraz po przezskórnych interwencjach wieńcowych w stabilnej chorobie wieńcowej. W tych sytuacjach stanowi ono sprawdzony, przewidywalny i dobrze tolerowany schemat leczenia. Jednocześnie należy podkreślić, że brak jest uzasadnienia dla rutynowego, długotrwałego stosowania tej kombinacji u wszystkich pacjentów ze stabilną miażdżycą, co zostało wykazane w badaniach klinicznych oceniających przewlekłą terapię przeciwplatekową [5].

Preparat skojarzony – znaczenie praktyczne

Istotnym, choć często niedocenianym elementem terapii w populacji geriatrycznej jest jej prostota. Pacjent w wieku podeszłym przyjmuje zazwyczaj wiele leków, a zaburzenia poznawcze i zależność od opiekunów dodatkowo utrudniają prawidłowe przestrzeganie zaleceń. W tym kontekście preparaty skojarzone zawierające ASA i kłopidogrel stanowią praktyczne rozwiązanie, umożliwiające uproszczenie terapii bez zmiany jej skuteczności. Poprawa adherencji, redukcja błędów w dawkowaniu oraz większa przejrzystość schematu leczenia przekładają się na realne korzyści kliniczne [6].

Indywidualizacja terapii

Wytyczne europejskie jednoznacznie wskazują na potrzebę indywidualizacji terapii przeciwplatekowej, szczególnie w populacji pacjentów starszych. Oznacza

Tabela I. Profile pacjentów – kiedy ASA + kłopidogrel mogą być optymalnym wyborem

Table I. Patient profiles – when ASA + clopidogrel may be the optimal choice

Profil pacjenta	Charakterystyka kliniczna	Uzasadnienie wyboru ASA + kłopidogrel
Pacjent geriatryczny po OZW	≥75 lat, frailty, HBR	Lepszy profil bezpieczeństwa krwotocznego
Pacjent po PCI w PZW	Stabilna choroba wieńcowa	Standardowy schemat DAPT
Pacjent z wysokim ryzykiem krwawienia (HBR)	ARC-HBR, anemia, CKD, wcześniejsze krwawienia	Redukcja powikłań krwotocznych
Pacjent z polifarmakoterapią	≥5 leków, zaburzenia poznawcze	Możliwość zastosowania preparatu skojarzonego
Pacjent z przeciwwskazaniami do tikagreloru/prasugrelu	Duszność, bradykardia, interakcje	Bezpieczna alternatywa
Pacjent po STEMI (wybrane przypadki)	Po PCI lub fibrynolizie, HBR	Akceptowalna opcja przy ograniczeniach terapii
Pacjent wymagający uproszczenia terapii	Problemy z adherencją	Preparat skojarzony poprawia compliance

to konieczność uwzględnienia nie tylko charakterystyki zdarzenia sercowo-naczyniowego, ale również szeroko rozumianego profilu pacjenta – jego chorób współistniejących, ryzyka krwawienia, a także możliwości przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W tym ujęciu kłopidogrel, w połączeniu z ASA, często okazuje się wyborem najbardziej racjonalnym klinicznie [1,2].

Podsumowanie

Podwójna terapia przeciwplatekowa z zastosowaniem kwasu acetylosalicylowego i kłopidogrelu zajmuje istotne miejsce w leczeniu pacjentów geriatrycznych z chorobą wieńcową. Jej największą wartością jest możliwość osiągnięcia równowagi pomiędzy skutecznością a bezpieczeństwem terapii. W populacji osób starszych, obciążonych wysokim ryzykiem krwawienia i wielochorobowością, strategia „mniej znaczy więcej”

często okazuje się podejściem najbardziej adekwatnym. Preparaty skojarzone dodatkowo wzmacniają ten efekt poprzez poprawę adherencji i uproszczenie leczenia [3,6].

Konflikt interesów / Conflict of interest

Honoraria wykładowe – Polpharma / Lecture honoraria – Polpharma

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii

Warszawski Uniwersytet Medyczny

UCK WUM

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

☎ (+48 22) 599-19-58

✉ grabowski.marcin@me.com

Piśmiennictwo/References

- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2023;44(38):3720-826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.
- Vrints CJM, Knuuti J, Gimelli A, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2024;45(36):3415-537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177.
- Gimbel ME, Qaderdan K, Willemsen LM, et al. Clopidogrel versus ticagrelor or prasugrel in patients aged 70 years or older with non-ST-elevation acute coronary syndrome (POPular AGE): the randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet*. 2020;395(10233):1374-81. doi:10.1016/S0140-6736(20)30325-1.
- Urban P, Mehran R, Collieran R, et al. Defining High Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Consensus Document From the Academic Research Consortium for High Bleeding Risk. *Circulation*. 2019;140(3):240-61. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040167.
- Bhatt DL, Fox KAA, Hacke W, et al. Clopidogrel and Aspirin versus Aspirin Alone for the Prevention of Atherothrombotic Events. *The New England Journal of Medicine*. 2006;354(16):1706-17. doi:10.1056/NEJMoa060989.
- Yusuf S, Joseph P, Dans A, et al. Polypill with or without Aspirin in Persons without Cardiovascular Disease. *The New England Journal of Medicine*. 2021;384(3):216-28. doi:10.1056/NEJMoa2028220.