



Sindromi coronariche non sempre da rivascolarizzare

Data 19 marzo 2005
Categoria cardiovascolare

I pazienti con sindrome coronarica acuta dovrebbero essere trasportati al più vicino ospedale, anche se questo non è attrezzato con un laboratorio di emodinamica e non è in grado di effettuare interventi invasivi di riperfusione coronarica.

Lo suggeriscono i dati del registro GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events), che ha esaminato un totale di 28.825 pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta in 14 paesi. La probabilità di essere sottoposti a intervento di PCI era del 41% negli ospedali più attrezzati e del 3,9% per i pazienti ricoverati in prima istanza negli ospedali non in grado di eseguire il cateterismo cardiaco mentre per il by-pass coronarico la percentuale era rispettivamente del 7.1% vs 0.7%. Nonostante questo il rischio di decesso precoce non era diverso tra i pazienti ricoverati nelle due tipologie di ospedali. A distanza di sei mesi il rischio di morte era significativamente più alto nei pazienti ricoverati presso ospedali in grado di effettuare interventi di riperfusione tramite angioplastica o by-pass durante la fase acuta rispetto ai pazienti ricoverati in ospedali non in grado di farlo (HR 1.14, 95% CI 1.03-1.26). Anche il rischio di sanguinamenti (OR 1.94, 95% CI 1.57-2.39) e di stroke (OR 1.53, 95% CI 1.10-2.14) era significativamente maggiore nei pazienti ricoverati negli ospedali più attrezzati.

Fonte: BMJ, (published 24 January 2005)

Commento di Renato Rossi

Negli ultimi anni si è fatto sempre più frequente il trattamento aggressivo precoce (PCI con stent o by pass coronarico) nei pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta. I dati del registro GRACE costringono ad un ripensamento e forse ad una retromarcia perchè sembra che i pazienti trattati con terapia medica abbiano outcomes simili se non addirittura migliori di quelli trattati in maniera più aggressiva. Per la verità gli autori dicono, prudentemente, che i loro dati non vogliono affermare la pericolosità della rivascolarizzazione invasiva precoce ma semplicemente che sarebbe più opportuna una attenta selezione dei pazienti da avviare a PCI o by-pass coronarico perchè un uso più oculato di queste risorse sembra efficace perlomeno quanto un uso più estensivo. Lo studio GRACE contraddice studi precedenti (studi RITA-3, DINAMI-2 e GRACIA-1) ma è di tipo osservazionale per cui la parola fine sulla questione non è ancora stata posta. Vi è da notare che il registro GRACE dimostra che quanto si riesce ad ottenere negli studi randomizzati e controllati non è poi completamente trasferibile nel mondo reale.