



Infarto: Angioplastica ma solo nei pazienti ad alto rischio

Data 12 ottobre 2005
Categoria cardiovascolare

Nell'infarto i vantaggi dell'angioplastica rispetto alla trombolisi sono significativi solo nei pazienti ad alto rischio.

Lo studio DANAMI2, pur avendo fallito nell'evidenziare differenze significative nell'outcome principale, aveva dimostrato un vantaggio della PCI primaria rispetto alla trombolisi in termini di reinfarti. A 2 anni dalla pubblicazione dello studio è stata realizzata un'ulteriore analisi dei dati finalizzata a verificare se il beneficio della PCI rispetto alla trombolisi fosse superiore nei pazienti ad alto rischio rispetto a quelli a basso rischio. Per stratificare la popolazione in alto e basso rischio è stato usato il TIMI Risk Score* (TRS). Sono stati considerati a basso rischio tutti i pazienti con TRS da 0 a 4 e ad alto rischio tutti gli altri.

L'end-point principale di questa analisi non è stato quello dello studio principale (indice combinato comprendente mortalità, reinfarto non fatale e stroke non fatale a 30 giorni), ma la mortalità per qualsiasi causa. Il follow-up dei pazienti è stato di tre anni. Sono stati classificati a basso rischio 1134 pazienti (74%) , mentre 393 (26%) sono invece stati classificati ad alto rischio.

La mortalità a 3 anni è risultata non significativamente diversa tra il gruppo PCI e il gruppo tPA nei pazienti a basso rischio (rispettivamente 8% vs 5,6% HR 1.44 95%CI 0.91-2.27). Al contrario, nei pazienti ad alto rischio la mortalità è risultata del 25,3% con la PCI e del 36,2% con la trombolisi (HR 0.66, 95%CI 0.45-0.94), con una riduzione del rischio di morte a 3 anni del 34%. Il confronto tra PCI e tPA è dunque risultato significativamente differente nei pazienti a basso ed alto rischio. Nei pazienti reclutati nei centri senza emodinamica la mortalità nel sottogruppo a basso rischio è stata 7,5% con la PCI e 6,6% con la trombolisi, mentre nei pazienti ad alto rischio la mortalità è risultata 24,6% con la PCI e 36,8% con la trombolisi.

Questo studio è molto importante in quanto indica una strategia efficiente per gestire il paziente con IMA. I pazienti ad alto rischio dovrebbero essere rapidamente fatti pervenire negli ospedali dotati di emodinamica, anche a prezzo di qualche ritardo nel tempo porta-palloncino (senza oltrepassarlo troppo). I pazienti non ad alto rischio, che rappresentano circa i tre quarti del totale, il trattamento trombolitico potrebbe rivelarsi la miglior scelta terapeutica. Il dato che rende queste conclusioni assai solide è che in questo studio l'end point predefinito era la mortalità a 3 anni. Su queste basi appare difficile giustificare una complicata e costosa organizzazione di trasporto di tutti i malati.

Fonte: C. Fresco; Infarto.it
Circulation.2005;112:2017-2021

* TIMI risk score

Età>74 anni =3 punti;
65-74=2 punti;
PA <100 mmHg = 3 punti;
Frequenza Cardiaca >100 bpm =2 punti;
Classe Killip 2-4=2 punti;
Peso corporeo <67 kg=1 punto;
Sopralivellamento di ST anteriore =1 punto;
Arrivo oltre 4 ore dall'inizio dei sintomi=1 punto;
Storia di angina, diabete o ipertensione= 1 punto.

Gli score possibili vanno da 0 a 14.