



Nell'IMA angioplastica riduce mortalità rispetto a trombolisi anche nella routine clinica

Data 18 febbraio 2007
Categoria cardiovascolare

Anche nei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento S-T non selezionati e trattati nella comune pratica clinica l'angioplastica primaria presenta rispetto alla trombolisi una minore mortalità una più breve durata dell'ospedalizzazione ed un numero inferiore di ricoveri per reinfarto.

Per verificare se la superiorità della angioplastica primaria (PCI) rispetto alla trombolisi nell'infarto miocardico con elevazione del tratto S-T (STEMI), evidenziatasi in alcuni studi randomizzati e controllati (RCT), possa essere ottenuta anche nella comune pratica clinica è stato effettuato uno studio prospettico osservazionale su una coorte di 26205 pazienti consecutivi del registro Svedese "Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admissions" (RIKS-HIA) che avevano ricevuto la riperfusione entro 15 ore dall'insorgenza dei sintomi. Il registro include oltre il 95% di tutti i pazienti trattati nelle unità coronariche svedesi tra il 1999 ed il 2004.

Sono stati trattati con la PCI 7804 pazienti, con la trombolisi preospedaliera (PHT) 3078 e con la trombolisi intraospedaliera (IHT) 10043 pazienti. End points dello studio erano la mortalità, il reinfarto e la riospedalizzazione monitorata fino al Dicembre 2005.

Dopo aver aggiustato le valutazioni per i principali fattori confondenti (età e co-morbidità), la PCI è risultata associata ad una più bassa mortalità rispetto alla IHT, sia in riferimento alla mortalità perioperatoria a 30 giorni (344 vs 1834 ; hazard ratio , 0.61; 95% confidence interval , 0.53-0.71), che a quella ad un anno (541 vs 2555 ; HR, 0.68; 95% CI, 0.60-0.76). Inoltre la PCI correlava con una più bassa mortalità anche rispetto alla PHT, sia a 30 giorni (344 vs 234 ; HR, 0.70; 95% CI, 0.58-0.85), che ad un anno (541 vs 317 ; HR, 0.81; 95% CI, 0.69-0.94). La trombolisi preospedaliera è risultata associata ad una mortalità inferiore a quella osservata con la IHT, sia a 30 giorni (HR, 0.87; 95% CI, 0.76-1.01), che ad un anno (HR, 0.84; CI 0.74-0.95). Per i trattamenti effettuati con un ritardo superiore alle 2 ore, la riduzione della mortalità con la PHT tende a diminuire mentre i benefici con la PCI primaria sembrano mantenersi indipendentemente dal ritardo di esecuzione dell'esame. La PCI primaria è risultata associata anche con una minore durata dell'ospedalizzazione e del tasso di reinfarto, sia rispetto alla PHT, che alla IHT.

Gli autori concludono che in pazienti non selezionati con STEMI, la PCI primaria rispetto a IHT e PHT è risultata associata ad una minore mortalità, ad una più breve durata dell'ospedalizzazione e ad un numero inferiore di ricoveri per reinfarto.

Fonte: JAMA. 2006;296:1749-1756.

Commento di Luca Puccetti

Questo importante studio rinforza le evidenze a favore della superiorità della PCI rispetto alla trombolisi nello STEMI. La cosa non è di poco conto in quanto comporta una risposta totalmente diversa all'IMA da parte dei servizi sanitari. Privilegiare la strategia della PCI primaria significa creare una rete a maglie molto strette di emodinamiche h24 con i relativi costi per il mantenimento delle strutture del personale e dell'abilità degli operatori. Dunque una tale strategia comporta costi rilevanti rispetto a quella di praticare la trombolisi. Tra i due estremi esistono delle soluzioni intermedie quali l'angioplastica facilitata in cui la PCI viene eseguita dopo una prima fase in cui viene eseguita una trombolisi e l'angioplastica rescue che consiste in una PCI effettuata solo nel caso di insuccesso della trombolisi. Pillole.org ha dedicato all'argomento molta attenzione per cui rimandiamo alle pillole pubblicate sull'argomento che sono richiamate in calce. Pur con molti dubbi ed incertezze, possiamo affermare che la prevalenza degli RCT dimostra che la PCI garantisce risultati superiori alla trombolisi anche se la maggior parte dei dati vertono su indici combinati che divengono significativi solo includendo il reinfarto oltre alla mortalità. Inoltre sono state avanzate perplessità sulla possibilità di replicare nella comune pratica clinica i risultati degli RCT. Cruciale viene ritenuto il ritardo con cui viene effettuato una PCI ed è ragionevole pensare che le motivazioni aggiuntive connesse con la conduzione di un RCT spingano ad ottenere ritardi minori rispetto a quelli ottenibili nella comune pratica clinica. I registri, a differenza dei RCT, presentano il problema della mancanza di randomizzazione che può determinare uno sbilanciamento delle casistiche da confrontare, ma hanno il vantaggio di registrare situazioni verificatesi in condizioni normali e dunque danno indicazioni sulla applicabilità degli interventi nella routine. Questo studio è molto importante perché conferma che i migliori risultati ottenibili con la PCI rispetto alla trombolisi sono raggiungibili anche nella comune pratica clinica. Inoltre i vantaggi non riguardano solo le riospedalizzazioni ed i reinfarti, ma la mortalità totale, sia a breve che nel lungo periodo e sembrano addirittura mettere in evidenza che i vantaggi permangono anche nei casi in cui la procedura venga effettuata oltre le due ore dall'insorgenza dei sintomi.

Links a precedenti pillole sull'argomento

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2557>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2358>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2361>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2314>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2204>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2153>



PILLOLE.ORG



<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2002>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1872>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=186>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=389>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=451>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=130>