PCI di salvataggio: ne vale la pena?

Data 07 novembre 2007
Categoria cardiovascolare

Una metanalisi suggerisce che la PCI di salvataggio nell'infarto miocardico ad ST sopraelevato è l'opzione di scelta, ma rimangono dubbi su un possibile rischio di aumento di ictus.

Nell'infarto miocardico con ST sopraelevato (STEMI) la trombolisi può non ottenere la riperfusione del vaso interessato, valutata angiograficamente dopo 90 minuti dalla procedura, soprattutto nei pazienti anziani o con shock cardiogeno. In questo caso sono possibili tre alternative: una terapia conservativa, una ripetizione della trombolisi oppure un' angioplastica di salvataggio (cosiddetta rescue PCI). Per determinare quale delle tre opzioni sia preferibile alcuni ricercatori hanno effettuato una metanalisi di 8 trials per un totale di 1177 pazienti. Il follow-up andava dalla dimissione dall'ospedale a 6 mesi dopo.
La PCI di salvataggio (454 pazienti) rispetto al trattamento conservativo (454 pazienti) otteneva i seguenti risultati: mortalità totale 7,3% vs 10,4% (RR 0,69; IC95% 0,46-1,05; p = 0,09), scompenso cardiaco 12,7% vs 17,8% (RR 0,73; IC95% 0,54-1,00; p = 0,05), reinfarto 6,1% vs 10,7% (RR 0,58; IC95% 0,35-0,97; p = 0,04), stroke 3,4% vs 0,7% (RR 4,98; IC95% 1,10-22,48; p = 0,04), sanguinamenti minori 16,6% vs 3,6% (RR 4,58; IC%% 2,46-8,55; p < 0,001). Insomma la PCI di salvataggio non migliora la mortalità totale, riduce il rischio di reinfarto e forse anche di scompenso cardiaco (in questo caso la significatività statistica è al limite). Gli autori notano che se si considerano questi tre end-point come un end-point unico la PCI è utile con un NNT di 9.
Per contro la trombolisi ripetuta (206 pazienti), rispetto al trattamento conservativo (204 pazienti), non migliora la mortalità totale e neppure riduce il reinfarto ma provoca un aumento delle emorragie minori: mortalità totale 10,7% vs 15,7% (RR 0,68; IC95% 0,41-1.14, P = 0,14), reinfarto 11,8% vs 6,8% (RR 1,79; IC95% 0,92-3,48; P = 0,09), emorragie maggiori 4,3% vs 2,7% (RR 1,54; IC95% 0,54-3,48; P 0 = 0,42), emorragie minori 14,6% vs 7,8% (RR 1,84; IC95% 1,06-3,18; p = 0,03).
Gli autori concludono che la PCI di salvataggio dovrebbe essere l'opzione di scelta quando la trombolisi fallisce. Gli autori notano anche che l'aumento di stroke nel gruppo PCI era piccolo (10 vs 2) e sorprendentemente si trattava di stroke ischemici e non emorragici, contrariamente a quanto ci si sarebbe aspettato con la PCI, e questi dati di fatto rendono difficile l'interpretazione del risultato.

Fonte:

Wijeysundera HC, Vijayaraghavan R, Nallamothu BK, et al. Rescue angioplasty or repeat fibrinolysis after failed fibrinolytic therapy for ST-segment myocardial infarction. A meta-analysis of randomized trials. J Am Coll Cardiol 2007; 49:422–30.

Commento di Renato Rossi

La PCI di salvataggio viene consigliata nei casi in cui, a 90 minuti dalla trombolisi, l'esame coronarografico mostri una mancata riperfusione della coronaria interessata. Va distinta dalla PCI facilitata che consiste nella somministrazione di fibrinolitico o di inibitore del recettore piastrinico IIb/IIIa seguita routinariamente dalla PCI. La PCI facilitata non è al momento raccomandata perchè sembra avere outcomes peggiori rispetto alla PCI semplice, almeno per quanto riguarda l'uso del fibrinolitico, mentre non ci sono dati di paragone tra PCI facilitata con inibitore del recettore piatrinico IIb/IIIa e PCI semplice .
Sulla PCI di salvataggio gli studi avevano dato risultati contrastanti. Per esempio lo studio REACT aveva dimostrato di ridurre gli eventi a 6 mesi rispetto alla terapia conservativa o ad una nuova trombolisi . Nello studio MERLIN , 307 pazienti affetti da infarto miocardico ad ST sopraelevato (STEMI), in cui l'iniziale terapia trombolitica aveva fallito, erano stati randomizzati ad angioplastica di salvataggio oppure a continuare con la terapia medica. I risultati a 30 giorni non mostravano differenze nella mortalità totale tra i due bracci (9,8% nel gruppo PCI e 11% nel gruppo terapia medica). I risultati ad un anno erano sovrapponibili: la mortalità totale era rispettivamente del 14,4% e del 13,0%.
Più pazienti nel gruppo trattato conservativamente andarono incontro ad un end-point composto (morte, reinfarto, stroke, rivascolarizzazione non pianificata e scompenso cardiaco): 57,8% vs 43,1% nel braccio PCI (p = 0,01). Ma gli autori facevano notare che questo era dovuto quasi per intero al numero di interventi di rivascolarizzazione non pianificati (29,9% nel braccio terapia medica vs 12,4% nel braccio PCI, p < 0,001). D'altra parte si osservò un minor numero di ictus nel braccio terapia medica (1,3% vs 5,2%) ma la differenza non risultò statisticamente significativa (p = 0,06).
Ora viene pubblicata la metanalisi recensita in questa pillola, la più estesa al momento, che cerca di fare un po' di luce sull'intricata questione ma, per il vero, rimangono ancora molte ombre. In effetti in caso di mancata riperfusione una nuova trombolisi non sembra ottenere risultati migliori di una terapia conservativa, anzi provoca un aumento statisticamente significativo delle emorragie minori. La PCI di salvataggio, rispetto al trattamento conservativo, riduce il reinfarto ma non la mortalità totale mentre la riduzione dello scompenso è al limite della significatività statistica. Però quello che più allarma è l'aumento del rischio di ictus di quasi 5 volte nel gruppo PCI, anche se con un intervallo di

confidenza così ampio il dato appare poco riproducibile.
Da osservare poi che il numero dei pazienti arruolati in ogni gruppo non è particolarmente eclatante e questo rende difficile ritenere robusta qualsiasi conclusione. In definitiva il consiglio degli autori di procedere con una PCI di salvataggio in caso di fallimento della trombolisi può essere accettato ma con una certa prudenza, almeno in attesa di ulterioristudi.

Referenze

1. Keeley EC et al. Primary PCI for Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation.
N Engl J Med 2007 Jan 4; 356: 47-54
2. 2. Gershlick AH et al. for the REACT Trial Investigators. Rescue Angioplasty after Failed Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction. N Engl J Med 2005 Dec 29; 353:2758-2768.
3. Heart 2005;91:1330-1337.