Lunghezza della lesione e dimensione del vaso influenzano gli stent al sirolimus

Data 20 giugno 2009
Categoria cardiovascolare

L'incidenza di ristenosi nello stenting al sirolimus nelle lesioni con ristenosi in stent è più elevata nei vasi piccoli con lesionilunghe.

Il problema della superiorità degli stent medicati rispetto agli stent metallici (BMS) nel rischio di ristesosi è ampiamente discusso
Lo studio ha come obiettivo valutare l'impatto della lunghezza della lesione e della dimensione del vaso sugli outcome in pazienti con lesioni coronariche morfologicamente varie, trattati con stent medicati con sirolimus (SES) per ristenosi in-stent (ISR) di BMS.
In un ospedale giapponese, tra dicembre 2002 e gennaio 2006, sono stati arruolati di seguito 250 pazienti (69,7 anni, 197 maschi), trattati con SES per ISR da BMS, di cui nessuno sottoposto precedentemente a brachiterapia intracoronarica. A tutti i pazienti è stato richiesto di sottoporsi ad angiografia 8 mesi dopo la procedura o prima, se clinicamente indicata. I pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi: il gruppo ristenosi ricorrente e il gruppo no-ristenosi, confrontati in funzione delle caratteristiche dei pazienti e delle lesioni.
Per tutte le ISR è stata effettuata una predilatazione; sono stati utilizzati Cypher SES (Cordis Corp, Johnson & Johnson, Miami Lakes), disponibili in diverse lunghezze (13, 18, 23, 28 e 33 mm) e diametri (2,5, 3, 3,5 mm). Se necessario, è stata effettuata una post-dilatazione. Tutti i pazienti sono stati trattati con aspirina 100 mg/die, mantenuta per tutta la vita, e ticlopidina 200 mg/die, raccomandata per almeno 3 mesi. Un'ecografia intravascolare è stata effettuata al momento della rivascolarizzazione della lesione target (TLR) in pazienti con ristenosi ricorrente, dopo somministrazione di 100-200 µg di nitroglicerina intracoronarica.
Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad angiografia all'ingresso, prima e dopo l'intervento e 8 mesi dopo una procedura riuscita o prima se clinicamente indicato; le angiografie sono state analizzate secondo una sequenza random da due osservatori non a conoscenza delle caratteristiche cliniche dei pazienti. Sono stati misurati il diametro di riferimento, il diametro minimo, il diametro percentuale di stenosi e la lunghezza della lesione. La lunghezza totale dello stent è stata calcolata come somma della lunghezza dei SES impiantati nella lesione.

Dei 250 pazienti arruolati con 275 lesioni, 15 erano dializzati e tutte le lesioni erano ristenosi in-stent di BMS; 125 lesioni (45,5%) erano di tipo focale (=10 mm in lunghezza), 88 (32%) diffuso (>10 mm in lunghezza), 25 (9,1%) proliferativo (>10 mm in lunghezza e estesa al di fuori dello stent) e 37 occlusivo; la lunghezza media della lesione era di 23,8 mm.
L'angiografia di follow-up è stata effettuata su 239 pazienti con 258 lesioni (93,8%) in media 237 giorni dopo l'intervento. Quattro pazienti sono morti, di cui uno per motivi cardiaci, 11 sono stati persi per il follow-up e i rimanenti hanno rifiutato di sottoporsi all'angiografia.
La ristenosi ricorrente è stata documentata mediante angiografia in 43 lesioni (16,7%). La TLR è stata effettuata per 28 lesioni. La ristenosi ricorrente si è sviluppata nel 30,4% dei pazienti con piccoli vasi (diametro <2,5 mm, 92 lesioni), nel 21,7% di quelli con lesione lunga (lunghezza >30 mm, 92 lesioni, comprese quelle occlusive).
Trentuno lesioni (72,1%) erano di tipo focale, confinate entro lo stent (17 lesioni, 39,5%) o localizzate al suo margine (14 lesioni, 32,6%); 6 lesioni (14%) erano di tipo diffuso o proliferativo e 6 (14%) occlusivo. La sovrapposizione di SES è stato associato ad un aumento significativo della ristenosi in-stent rispetto al singolo SES (22,3% vs 12,3%, p=0,01).
L'analisi multivariata ha confermato che lesioni di ristenosi in-stent precedenti (OR 1,94, 95% CI 0,94–4,06, p=0,05), diametro di riferimento <2,5 mm (OR 2,41, 95% CI 1,05–5,41, p=0,03), ristenosi diffusa (OR 4,48, 95% CI 2,12-9,94, p=0,0001) e dialisi (OR 4,72, 95% CI 1,42–15,7, p=0,01) predicono indipendentemente il rischio di ristenosi ricorrente.

In conclusione, l'incidenza di ristenosi è più elevata nei vasi piccoli con lesioni lunghe. I vasi piccoli, la ristenosi diffusa e la dialisi rappresentano fattori in grado di predire il rischio di ristenosi ricorrente in pazienti trattati con SES per ISR.

[b]Dottoressa Valentina Boscaro[/b]

[b]Riferimento bibliografico[/b]

Habara S et al. The impact of lesion lenght and vessel size on outcomes after sirolimus-eluting stent implantation for in-stent restenosis. Heart 2008, 94:1162-65.

[cit]Contributo gentilmente concesso dal Centro di Informazione sul Farmaco della Società Italiana di Farmacologia - [url]http://www.sifweb.org/farmaci/info_farmaci.php/[/url]