



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

Data 20 giugno 2009
Categoria cardiovascolare

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

Il problema della superiorità degli stent medicati rispetto agli stent metallici (BMS) nel rischio di ristenosì 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 ristenosì 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 ristenosì ricorrente e il gruppo no-ristenosì, 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 ristenosì 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 ristenosì 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 ristenosì ricorrente è stata documentata mediante angiografia in 43 lesioni (16,7%). La TLR è stata effettuata per 28 lesioni. La ristenosì 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 stata associata ad un aumento significativo della ristenosì in-stent rispetto al singolo SES (22,3% vs 12,3%, $p=0,01$).

L'analisi multivariata ha confermato che lesioni di ristenosì 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, $p=0,03$), ristenosì 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 ristenosì ricorrente.

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

[b]Dottore 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]