Infarto miocardico: angioplastica di routine dopo fibrinolisi

Data 27 marzo 2010
Categoria cardiovascolare

Nello studio TRANSFER-AMI pazienti con infarto miocardico ad ST sopraelevato hanno tratto maggior beneficio dalla fibrinolisi seguita dalla PCI entro sei ore.

In questo studio canadese sono stati reclutati 1059 pazienti ad alto rischio con infarto miocardico ad ST sopraelevato (STEMI), randomizzati in due gruppi. Il primo gruppo (trattamento standard) veniva trattato con fibrinolisi presso un ospedale non in grado di effettuare la PCI (veniva effettuata una PCI di salvataggio se richiesta, altrimenti una coronarografia in un secondo tempo); l'altro gruppo, dopo aver effettuato la fibrinolisi, veniva trasferito, entro sei ore, in un ospedale dove veniva praticata la coronarografia con angioplastica se necessaria ed impianto di stent se tecnicamente possibile (PCI = percutaneous coronary intervention). Tutti i pazienti, inoltre, ricevevano aspirina, eparina o enoxaparina. La fibrinolosi veniva pratica con tenecteplase. Veniva consigliato anche l'uso contemporaneo di clopidogrel.
L'end-point primario era composto da morte, reinfarto, recidiva di ischemia, scompenso cardiaco di nuova diagnosi o peggioramento di scompenso già presente, shock cardiogeno entro 30 giorni.
Un cateterismo cardiaco venne effettuato nell'88,7% dei casi nel gruppo standard (in media 32,5 ore dopo la randomizzazione) e nel 98,5% dei casi nel gruppo PCI (in media 2,8 ore dopo la randomizzazione). A 30 giorni l'end-point primario si verificò nell'11,0% dei pazienti del gruppo PCI e nel 17,2% del gruppo standard (RR 0,64; 95%CI 0,47-0,87; P = 0,004).
Non si registrarono differenze per emorargie gravi tra i due gruppi.
Gli autori concludono che nei pazienti ad alto rischio con infarto miocardico ad ST sopraelevato la fibrinolisi associata alla PCI entro sei ore comporta una riduzione delle complicanze ischemiche.

Fonte:
Cantor WJ et al for the TRANSFER-AMI Trial Investigators. Routine Early Angioplasty after Fibrinolysis for Acute Myocardial Infarction. N Engl J Med 2009 Jun 25; 360:2705-2718.

Commento di Renato Rossi

Un editorialista ricorda che già quattro RCT precedenti (CAPITAL-AMI, CARESS-in-AMI, SIAM III e GRACIA -1) hanno mostrato l'utilità della PCI eseguita dopo fibrinolisi (cosiddetta PCI facilitata). Tuttavia si trattava di studi con casistica poco numerosa (poco più di 1400 pazienti in tutto). Il TRANSFER-AMI ha arruolato invece più di 1000 infartuati e con i suoi risultati la questione può ormai dirsi definitivamente risolta: quando un paziente con infarto ad ST sopraelevato si ricovera in un ospedale privo delle strutture in grado di effettuare una PCI primaria, la strategia di scelta dovrebbe essere la fibrinolisi e il successivo trasferimento del paziente presso una struttura di livello superiore per eseguire una PCI. Nei vari studi l'intervallo di tempo tra la fibrinolisi e la PCI, ricorda l'editoriale, andava da 2 a 17 ore e il rischio di eventi sembra non variare entro questo lasso di tempo. Invece attendere oltre le 24 ore non è utile in quanto aumenta il rischio di riocclusione della coronaria interessata. Effettuare la PCI oltre le 72 ore non porta a benefici in termini di riduzione dei reinfarti. La finestra ottimale è quindi fra le 2 e le 24 ore, dato confermato da uno studio osservazionale francese ricordato dall'editoriale.
Esaminando i risultati del TRANSFER-AMI si nota che la riduzione dell'end-point composto a 30 giorni era dovuta essenzialmente ad una diminuzione delle recidive di ischemia (0,2% vs 2,1%; p = 0,003) e dello scompenso cardiaco (3% vs 5,6%; p = 0,04), mentre non c'erano differenze per i decessi, i reinfarti, lo shock cardiogeno. Anche a sei mesi non si è registrata alcuna differenza tra i due gruppi per i decessi e i reinfarti. In ogni caso gli autori notano che lo studio non aveva la potenza statistica tale da svelare differenze per ognuno dei singoli sotto-endpoint. Nello studio si è registrato un aumento della mortalità (peraltro non statisticamente significativo) nel gruppo trattato con PCI, ma secondo gli autori potrebbe essere una pura casualità.
Gli stessi autori prevedono già quella che potrà essere la principale obiezione al loro lavoro: la riduzione delle recidive di ischemia potrebbe non giustificare una PCI di routine dopo la fibrinolisi, potendo riservare la procedura solo ai pazienti in cui l'ischemia recidiva dopo il trombolitico. Tuttavia ricordano una metanalisi di 5 studi precedenti (per oltre 1200 pazienti) che mostra una riduzione dei decessi e dei reinfarti con la strategia fibrinolisi + PCI rispetto ad una strategia ischemia-guidata. In questa metanalisi infatti si aveva una riduzione della mortalità totale del 45% (OR 0,55; 0,34-0,90) e del reinfarto del 47% (OR 0,53; 0,33-0,86), mentre non c'erano differenze per lo stroke e le emorragie gravi .
Inoltre, gli autori, notano che circa un terzo dei pazienti del gruppo terapia standard è dovuta ricorrere ad una PCI urgente entro 12 ore dalla fibrinolisi. Perciò un approccio definito "transfer and wait" (dopo la fibrinolisi trasferire il paziente in un centro attrezzato ed effettuare la PCI solo se necessario) potrebbe non essere ottimale.
In conclusione, come si è già scritto in una pillola precedente , le linee guida consigliano, nel paziente con infarto STEMI, la PCI primaria (entro 90 minuti) se il ricovero avviene in un ospedale attrezzato. Se questo non è possibile, si deve effettuare una fibrinolisi a dosi ridotte entro 30 minuti e successivamente avviare il paziente ad una PCI facilitata.
I risultati degli studi disponibili sembrano confermare la bontà di questo approccio.

Referenze

1. Routine Angioplasty after Fibrinolysis — How Early should "early" be? N Eng J Med 2009 Jun 25; 360:2779-2781.
2. Wijeysundera HCAn early invasive strategy versus ischemiaguided management after fibrinolytic therapy for ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis of contemporary randomized controlled trials. Am Heart J 2008;156:564-72.
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3668