
ANGIOPLASTICA PRIMARIA: L'ESPERIENZA D.I.CA.TI.

*Bianchi F., Puggioni E., De Marchi E., Pantaleo P., Benedetto S.
UO Cardiologia, Ospedale di Lavagna e Clinica Villa Azzurra Rapallo*

L'angioplastica (PTCA) primaria rappresenta il trattamento ripercussivo piu' efficace per i pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), secondo quanto si evince da studi multicentrici e dalle linee guida. Esistono tuttavia delle oggettive difficoltà ad applicare a tutti i pazienti questo tipo di trattamento. Infatti la rivascolarizzazione meccanica ha come limiti la non disponibilità di un laboratorio di Emodinamica in tutti gli ospedali, è dipendente dalla capacità degli operatori e comporta tempi organizzativi piu' lunghi rispetto alla trombolisi.

Abbiamo voluto verificare la fattibilità e la sicurezza dell'angioplastica primaria nel nostro Dipartimento di Cardiologia dell'Ospedale di Lavagna, sede di DEA, ma privo di reparto di Cardiocirurgia, attuando un sistema di reperibilità H24/S7 di 4 medici esperti in emodinamica e 8 infermieri.

Con un bacino di utenza dell'ASL4 di 150.000 abitanti, nel periodo dal 01.10.02 al 30.09.03, sono giunti alla nostra UTIC 179 paz con IMA con ST sopraslivellato. Secondo i nostri criteri di arruolamento (tab. 1) sono stati arruolati 56 pazienti con eta' media di 64 anni (range 35-87) in cui sono state eseguite 39 PTCA primarie dirette, 10 PTCA facilitate con mezza dose di trombolitico rTPA e inibitori della glicoproteina IIb/IIIa e 7 PTCA rescue; il 51% di questi pazienti e' giunto alla nostra osservazione mediante il sistema emergenza 118. Le caratteristiche degli IMA erano: 37 IMA anteriori estesi, 10 IMA inferiore e del ventricolo dx e 9 IMA infero-laterali; 11 paz si presentavano in shock cardiogeno.

Il tempo mediano ospedaliero door to ballon è stato di 95 min (82'-120').

Lo stent è stato applicato nel 86% dei pazienti, gli inibitori IIb/IIIa nel 84%, il contropulsatore aortico e' stato necessario introdurlo nel 8,7%, ed infine il sistema di aspirazione trombi (Rescue Boston Scientific) è stato utilizzato nel 14% (tab. 2).

Il flusso TIMI 0-1 pre-procedurale e' stato riscontrato nel 78% dei pazienti; al termine della procedura si e' ottenuto un flusso TIMI 3 nel 91 % dei pz..

Le complicanze periprocedurali sono state (tab. 2): no-reflow 7%; re-occlusione acuta 3%; morte 1,8%.

Le complicanze ospedaliere sono state (tab.3): mortalità 7% re-IMA 3%, stroke 0% sanguinamenti maggiori 5,3%, minori 12 % . Tali dati sono in linea rispetto ai dati emersi dalla metanalisi di Keeley e coll. che ha analizzato 23 trial randomizzati (tab 4).

Conclusioni

In un ambito territoriale limitato di circa 150.000 abitanti, ma con caratteristiche orografiche peculiari, e' stato possibile attuare un programma di angioplastica primaria che ha rispettato tutti i parametri indicati dalle linee guida. Infatti si sono eseguite angioplastiche primarie nel 31% degli STEMI (nello studio Blitz la PTCA veniva attuata nel 15%), con una mortalità totale del 7% includendo anche pazienti con shock cardiogeno, in nessun caso si è dovuto ricorrere al trasferimento protetto verso il reparto di Cardiocirurgia. In conclusione si puo' affermare che un centro per PTCA primaria nell'ambito del DEA dell'ASL4 e' giustificato, fattibile, sicuro e rispetta gli standard internazionali.

Tabella 1. Indicazioni e controindicazioni a PTCA primaria secondo il protocollo in uso nel DICATI

Indicazioni
IMA con ST ↑ in 5 derivazioni o in 4 derivazioni se RE-IMA entro 12 ^a ora
IMA complicato da shock
IMA con controindicazioni assolute alla trombolisi
IMA in pregresso by-pass
IMA con BBsx di nuova insorgenza
Controindicazioni
Età > 85 anni
Comorbilità maggiori presenti
Rischio di eventi emorragici (es. recente intervento chirurgico, diatesi emorragica)
Insufficienza renale severa

Tabella 2

Casistica PCI in STEMI	
N° totale PCI	56
PCI primaria	39
PCI facilitata	10
PCI rescue	7
Tempo door-to-ballon (Ospedale)	95' (82'-120')
Tempo door-to-ballon (Cardiologia)	60' (48'-87')
Stent	86%
II b/III a	84%
IAPB	8.7%
Aspirazione trombo	14%

Tabella 3

Complicanze periprocedurali	
No reflow	7% (4 pz)
Occlusione acuta	3% (2 pz)
Emorragie maggiori	5,3%
Emorragie minori	12%
Morte	1.8% (1pz)

Tabella 4

	PTCA primaria ASL4 (56p)	Metanalisi Lancet 2003 * (3872p)
Mortalità	4 (7%)	270/3872 (7%)
Re-ima non fatale	2 (3,5%)	(3%)
Stroke	0	(1%)
Sanguinamenti maggiori	3 (5,3%)	(7%)

* Keeley et all. Lancet 2003; 361: 13-20

Tabella 5. Attività DICATI in confronto ai requisiti minimi per centri PCI primaria secondo le linee guida ACC/AHA

	UTIC Lavagna 10/02 – 09/03	DICATI 2002*	Linee guida ACC/AHA**
Volume annuale PCI		528	200 - 400
Volume PCI primarie	56	-	25-36
N° operatori	2	4	≥2
Tempo door-to-ballon	95' (82' -120')		90'±30'
Esigenza cardiocirurgia	15 min		< 1 h

* Dati Gise 2003 ; ** Circulation 2003; 108