

STENTING DEL TRONCO COMUNE NON PROTETTO. RISULTATI IMMEDIATI E A MEDIO TERMINE.

L. Olivotti, S. Moshiri, A. Nicolino, F. Chiarella

U.S. di Interventistica Cardiovascolare, S.C. di Cardiologia A.O. Ospedale Santa Corona - Pietra Ligure (SV).

Background. Lo stenting del tronco comune non protetto (UPLM) viene attualmente raccomandato dalle Linee Guida solo per Pazienti senza altre opzioni di rivascolarizzazione. L'incidenza non trascurabile di restenosi (ISR), talora con esito fatale, ha sinora limitato l'applicazione di questa tecnica. Risultati preliminari indicano che l'utilizzo degli stent medicati (DES) potrebbe rendere efficace e sicuro lo stenting dell'UPLM, sebbene non siano disponibili studi randomizzati.

Metodi. Dall'agosto 2005 all'ottobre 2007, 639 Pazienti (Pz) sono stati sottoposti ad angioplastica coronarica (PCI) presso la nostra sala di Emodinamica. Di questi, sono stati sottoposti a intervento di stenting di UPLM 23 Pz (4% del totale; età 38-86 anni, media 70, 2 (9%) donne, 3 (13%) diabetici). L'indicazione alla rivascolarizzazione è stata: infarto acuto con sopralivellamento ST (STEMI) in 3 Pz (13%), infarto senza sopralivellamento ST (NSTEMI) in 9 Pz (39%), Angina Instabile in 4 Pz (17%), Coronaropatia stabile in 7 Pz (30%).

La PCI è stata preferita al bypass per rifiuto dell'intervento di cardiocirurgia in 10 Pz, alto rischio operatorio in 5 Pz, precedente cardiocirurgia in 2 Pz (protesi aortica in 1 Pz, failure di precedente bypass con mammaria in 1 Pz), intervento in emergenza in 6 Pz (bailout per dissezione di UPLM durante PCI della coronaria sinistra in 2 Pz, PCI primaria nei 3 Pz con STEMI, instabilità emodinamica in 1 Pz con Angina Instabile).

La sede di trattamento di UPLM è stata: tratto prossimale e/o medio in 5 Pz (22%), tratto distale coinvolgente la biforcazione di discendente anteriore (LAD) e circonflessa (LCX) in 18 Pz

(78%). Nei 5 Pz con stenosi non coinvolgente la biforcazione, è stato impiantato un unico stent medicato. Nei 18 Pz con stenosi distale, la metodica di stenting è stata: unico stent su UPLM e suo ramo principale in 9 Pz (LAD in 8 Pz, LCX in 1 Pz); utilizzo di due stent medicati in 9 Pz (V-Stenting in 4 Pz, T-Modificato in 4 Pz, Reverse Crush in 1 Pz). In 4 Pz la procedura è stata effettuata previo posizionamento preventivo di contropulsatore intraaortico.

Risultati. Il successo procedurale immediato è stato ottenuto in 22 Pz (96%); in un Pz del gruppo bailout si è osservata la persistenza della dissezione coronarica dopo impianto di stent, per cui si è scelto di inviarlo alla rivascolarizzazione chirurgica non urgente. Non si sono verificati eventi avversi intraospedalieri (morte, infarto miocardico, rivascolarizzazione della lesione target) in nessun Pz. Il follow-up angiografico (media 5 mesi, range 2-19) è stato ottenuto in 19 Pz (83%), con evidenza in 1 Pz (4%) di restenosi a 5 mesi (ISR su DES alla biforcazione), trattata con rivascolarizzazione chirurgica in elezione. Il follow-up clinico (media 10 mesi, range 1 - 22) ha dimostrato una mortalità totale dello 0%, con incidenza di MACE del 4% (1 Pz inviato al bypass).

Conclusioni. Lo stenting del Tronco Comune non protetto è attualmente una metodica con ottimi risultati immediati. Studi clinici randomizzati attualmente in corso (FREEDOM, SYNTAX) ci permetteranno di definire con precisione quali sottogruppi di Pazienti e/o lesioni possono essere sottoposti a tale procedura con un ottimale profilo di efficacia a lungo termine.