

Angioplastica periferica: sinonimo di qualità della vita?

Giuseppe Biondi Zoccai¹, Marzia Lotrionte², Imad Sheiban¹

¹Divisione di Cardiologia, Università degli Studi, Ospedale San Giovanni Battista "Molinette", Torino,

²U.O. di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica, Dipartimento delle Malattie Cardiovascolari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

(G Ital Cardiol 2009; 10 (4): 225-226)

© 2009 AIM Publishing Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Dr. Giuseppe Biondi Zoccai

Divisione di Cardiologia
Università degli Studi
Ospedale San Giovanni
Battista "Molinette"
Corso Bramante, 88-90
10126 Torino
E-mail:

gbiondizoccai@gmail.com

Quali sono gli obiettivi e i doveri di un medico? Dal giorno in cui un neolaureato recita il giuramento di Ippocrate, è già chiaro che un medico deve prevenire nei soggetti apparentemente sani lo svilupparsi di una malattia, mantenendone per quanto possibile lo stato di salute, e trattare le condizioni patologiche che eventualmente si manifestino nel tempo, curandole e guarendole (ove possibile).

Le malattie croniche degenerative, quali, tra tutte, l'aterosclerosi, costituiscono tuttavia una sfida formidabile a questo paradigma clinico. Sempre più spesso, infatti, si distinguono nei confronti delle patologie croniche degli approcci preventivi con popolazioni di riferimento e obiettivi differenti, che affrontano più realisticamente le complesse problematiche cliniche associate a tali patologie croniche:

- prevenzione primaria - indirizzata a soggetti apparentemente sani allo scopo di evitare la comparsa di malattia conclamata (ad es. la vaccinazione per le malattie infettive come l'epatite B);
- prevenzione secondaria - indirizzata a pazienti che stanno superando o hanno superato la fase acuta di destabilizzazione e in cui si cerca di evitare una recidiva (ad es. il trattamento anticoagulante orale in soggetti con precedenti episodi di tromboembolia polmonare);
- prevenzione terziaria - indirizzata a pazienti che soffrono di danno funzionale cronico e irreversibile e in cui si cerca di limitare l'impatto soggettivo e obiettivo di tale danno (ad es. i trattamenti riabilitativi).

In questo contesto, l'aterosclerosi degli arti inferiori costituisce una tipica patologia cronico-degenerativa che può determinare scenari clinici molto differenti, dalla completa asintomaticità fino alla presenza di atero-trombosi acuta, anche, seppur in tempi diversi, nello stesso soggetto (Figura 1). Proprio per

questo, è necessario superare una rigida distinzione tra stadi preventivi diversi e applicare il più possibile, secondo criteri di rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio favorevole, tutte le misure preventive e terapeutiche disponibili.

A fronte della chiara utilità della correzione dei fattori di rischio pro-aterosclerotici, di una dieta adeguata e di un'attività fisica aerobica regolare, e dell'impatto prognostico e sintomatico benefico di numerosi trattamenti farmacologici (tra tutti antiaggreganti, statine, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e antagonisti dell'angiotensina I), molti pazienti con aterosclerosi degli arti inferiori rimangono sintomatici, con presentazione clinica variabile da quadri di lieve claudicatio intermittens, a severa claudicatio, ischemia a riposo, ischemia critica cronica con ulcera o perdita di sostanza, fino alla vera e propria ischemia acuta con rischio imminente di amputazione¹. In tutti questi casi, il trattamento meccanico di rivascolarizzazione arteriosa, mediante angioplastica percutanea transluminale o bypass chirurgico, combinato con la correzione dei fattori di rischio e con il trattamento farmacologico, permette di ottenere risultati più soddisfacenti e durevoli di queste ultime misure non invasive da sole^{1,2}.

Senza mettere in discussione il ruolo ben codificato della rivascolarizzazione chirurgica nei pazienti affetti da arteriopatía aterosclerotica obliterante degli arti inferiori¹, la rassegna di Piscione et al.³, pubblicata in questo numero del *Giornale Italiano di Cardiologia*, ci offre importanti spunti. La rivascolarizzazione percutanea mediante angioplastica periferica è ancora infatti sottutilizzata⁴, nonostante la sua capacità di migliorare significativamente la tolleranza allo sforzo nei pazienti claudicanti⁵ e la possibilità di ridurre in modo rilevante il rischio di amputazione dell'arto in caso di ischemia critica². In verità, oltre ad una

ATEROSCLEROSI DEGLI ARTI INFERIORI



ATEROSCLEROSI ASINTOMATICA	Prevalenza: 3-15%. Rischio di amputazione a 5 anni: <2%. Rischio di morte a 5 anni: 3-10%. Prevenzione: controllo dei fattori di rischio, dieta, attività fisica. Trattamento: nessuno.
CLAUDICATIO INTERMITTENS	Prevalenza: 1-6%. Rischio di amputazione a 5 anni: <5%. Rischio di morte a 5 anni: 5-15%. Prevenzione: controllo dei fattori di rischio, dieta, attività fisica. Trattamento: ACE-inibitori, antiaggreganti, cilostazolo, statine, PTA/bypass.
ISCHEMIA CRITICA CRONICA	Prevalenza: <0.5%. Rischio di amputazione a 5 anni: 10-20%. Rischio di morte a 5 anni: 30-50%. Prevenzione: controllo dei fattori di rischio, dieta, riabilitazione. Trattamento: ACE-inibitori, antiaggreganti, statine, PTA/bypass.
ISCHEMIA CRITICA ACUTA	Prevalenza: <0.1%. Rischio di amputazione a 5 anni: >50%. Rischio di morte a 5 anni: >30%. Prevenzione: controllo dei fattori di rischio, dieta, riabilitazione. Trattamento: ACE-inibitori, antiaggreganti, anticoagulanti, statine, trombolisi, PTA/trombectomia/bypass.

Figura 1. Schema riassuntivo delle varie condizioni cliniche secondarie ad aterosclerosi degli arti inferiori. ACE = enzima di conversione dell'angiotensina; PTA = angioplastica percutanea transluminale.

scarsa percezione di tali benefici oggettivi tra i medici che si occupano di pazienti vasculopatici, tale scarso impiego dell'angioplastica periferica, nonostante la presenza di chiare indicazioni cliniche, è dovuto soprattutto alla scarsa rilevanza data nella pratica clinica quotidiana alle problematiche di qualità della vita e stato di salute soggettivo nei pazienti con aterosclerosi sintomatica degli arti inferiori.

Lo scopo che Piscione et al. si sono posti e hanno brillantemente raggiunto è proprio di fornire una messa a punto aggiornata sugli approcci più moderni e validi per valutare la qualità della vita, prima e dopo rivascolarizzazione percutanea, nei pazienti con vasculopatia degli arti inferiori. Numerose sono le scale proposte e discusse in dettaglio, ma il messaggio di fondo di questo encomiabile sforzo è molto più semplice dell'apparente complessità dell'argomento trattato: l'angioplastica periferica offre benefici sintomatici clinicamente significativi, che non devono essere sottostimati. Infatti, i soggetti affetti da claudicatio intermittens moderata o severa considerano, specie se di età non avanzata, tale disturbo estremamente invalidante e limitante la loro qualità della vita. L'angioplastica periferica garantisce in molti di questi soggetti la scomparsa o la significativa riduzione della sintomatologia ischemica. In altre parole, quindi, l'angioplastica periferica efficace può essere considerata sinonimo di qualità della vita.

Rimane ovviamente lontana da noi la tentazione di raccomandare tale trattamento di rivascolarizzazione fuori dalle indicazioni codificate nella letteratura e nella pratica clinica¹. Tuttavia, qualora effettuata con tecnica standardizzata, con dispositivi all'avanguardia e da operatori esperti, l'angioplastica percutanea transluminale permette di ridurre in modo significativo la limitazione funzionale dei pazienti con claudicatio intermittens moderata o severa, con un rapporto rischio-beneficio assolutamente favorevole^{6,7}.

In conclusione, forse il miglior consiglio per il clinico che si pone il dubbio se riferire un paziente con aterosclerosi sintomatica degli arti inferiori per eventuale rivascolarizzazione arteriosa è anche il più semplice: al posto del mio paziente, accetterei il rischio procedurale della rivascolarizzazione alla luce dei benefici attesi, oggettivi e soggettivi (come ribadito da Piscione et al.)?

Bibliografia

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33 (Suppl 1): S1-S75.
2. Adam DJ, Beard JD, Cleveland T, et al, for the BASIL Trial Participants. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 366: 1925-34.
3. Piscione F, Piccolo R, De Rosa R, Chiariello M. La qualità della vita: una valutazione spesso trascurata nei pazienti con arteriopatia periferica. G Ital Cardiol 2009; 10: 216-24.
4. Abou-Zamzam AM Jr, Gomez NR, et al. A prospective analysis of critical limb ischemia: factors leading to major primary amputation versus revascularization. Ann Vasc Surg 2007; 21: 458-63.
5. Safley DM, House JA, Laster SB, Daniel WC, Spertus JA, Marso SP. Quantifying improvement in symptoms, functioning, and quality of life after peripheral endovascular revascularization. Circulation 2007; 115: 569-75.
6. Biondi-Zoccai GG, Agostoni P, Sangiorgi G, et al. Mastering the antegrade femoral artery access in patients with symptomatic lower limb ischemia: learning curve, complications, and technical tips and tricks. Catheter Cardiovasc Interv 2006; 68: 835-42.
7. Schillinger M, Sabeti S, Loewe C, et al. Balloon angioplasty versus implantation of nitinol stents in the superficial femoral artery. N Engl J Med 2006; 354: 1879-88.