- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Sat, 05 Jul 2025, 19:12:13

Corrispondenza

Chirurgia coronarica a cuore battente: l'importanza dell'uso sistematico

Abbiamo letto con molto interesse la rassegna di Parolari et al.[1] sulle attuali evidenze in tema di chirurgia coronarica senza circolazione extracorporea (CEC). Gli autori hanno svolto un importante lavoro di revisione della letteratura, hanno analizzato i vari studi disponibili a seconda della loro tipologia e ne hanno discusso in base alla robustezza delle evidenze. Sono stati anche riportati i risultati di alcune metanalisi, una delle quali effettuata dagli stessi autori. Sebbene questa rassegna doni ai lettori una vasta panoramica sulla rivascolarizzazione miocardica di tipo chirurgico e sui relativi vantaggi/svantaggi nell'uso della CEC, alcune considerazioni si rendono necessarie.

Tenendo conto delle possibili limitazioni delle metanalisi[2] e delle difficoltà ad eseguire studi randomizzati nel campo delle terapie chirurgiche (avendo inoltre la cardiopatia ischemica una notevole variabilità di presentazioni ed evoluzioni), sarebbe auspicabile conoscere la reale pratica della rivascolarizzazione a cuore battente nei centri che hanno pubblicato su questo tema, poiché spesso gli interventi senza CEC rappresentano una porzione ridotta della casistica degli autori. Noi, invece, riteniamo che solo un impiego sistematico di una tecnica chirurgica possa permettere ad un centro di arrivare ad una standardizzazione dei comportamenti chirurgici, anestesiologici, rianimatori e infermieristici tali da portare la tecnica in questione alla sua ottimizzazione. Soltanto a questo punto è possibile confrontarla, a parità di indicazioni, con la tecnica routinaria impiegata nella pratica clinica. Quindi, il fatto che tutta l'équipe esegua la chirurgia coronarica senza CEC e che anche i giovani chirurghi eseguano il loro training coronarico senza CEC costituiscono condizioni indispensabili per portare a maturazione la metodica del cuore battente e di rendere confrontabili gli esiti con i risultati della chirurgia coronarica convenzionale.

Pensiamo, inoltre, che il confronto tra cuore battente e tecnica standard abbia veramente senso se l'indicazione al senza CEC è la più estesa possibile e non rimane limitata ai pazienti con co-patologie severe, come avviene in alcuni centri, oppure a pazienti a più basso rischio, come succede in altri, e anche come si ritrova nella maggior parte degli studi pubblicati. Noi auspichiamo l'adozione sistematica della chirurgia a cuore battente, come già intrapreso dal nostro centro, riservando la CEC solo ai casi di rivascolarizzazione chirurgica durante infarto miocardico acuto con disfunzione di pompa e ai casi che presentano limitazioni anatomiche alla lussazione del cuore (cardiomegalia).

Non condividiamo con gli autori l'utilità di riportare alcuni studi che, nonostante il prestigio delle riviste che li hanno pubblicati o delle istituzioni dove sono stati effettuati, mostrano delle evidenti distorsioni metodologiche[3] o dei risultati difficili da spiegare[4,5]. Infatti da quest'ultimo studio inglese risulta curiosamente una minor pervietà dell'anastomosi per la discendente anteriore con la tecnica senza CEC. Senza inoltrarci in note tecniche a riguardo della relativa facilità (ma non dimenticandone l'importanza) dell'anastomosi sulla discendente anteriore e della disponibilità degli shunt temporanei intracoronarici che assicurano forma e pervietà all'anastomosi, è francamente anomalo ottenere un risultato come questo. È quindi probabilmente poco utile tenere in considerazione studi che presentano molte criticità e metodologie discutibili.

L'avvincente domanda che Parolari et al.[1] pongono nell'ultimo paragrafo della loro revisione ci porta a condividere molte loro argomentazioni, ma la base fondamentale per proporre l'intervento a cuore battente resta la riduzione dell'invasività che si può ottenere facendo a meno della CEC, garantendo naturalmente gli stessi risultati della tecnica standard. Riteniamo, inoltre, che senza CEC l'outcome neurologico possa essere migliorato: infatti, dai dati preli-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Sat, 05 Jul 2025, 19:12:13

minari di uno studio che stiamo conducendo, emerge una riduzione negli eventi cerebrali se si evita completamente la manipolazione dell'aorta usando come sorgenti di flusso solo le arterie mammarie e non l'aorta ascendente. L'importanza dell'outcome neurologico, la crescente età della popolazione chirurgica e l'aumentata incidenza di diabete, che implicano ingravescenza dell'ateromasia aortica, ci portano a proseguire per la strada della riduzione dell'invasività, garantendo comunque i risultati ottenuti dalla lunga e onorata esperienza della chirurgia coronarica convenzionale. È quindi obsoleto parlare di maggiori difficoltà tecniche senza il supporto della CEC o di pericolosità dell'impiego esteso dei condotti arteriosi se l'obiettivo verosimilmente conseguibile con l'uso sistematico del cuore battente è quello così importante della riduzione delle complicanze neurologiche. Ma se oltre a questo si ottiene, come già ampiamente riportato e condiviso, anche una riduzione delle trasfusioni, della degenza e dei costi, non si capisce perché questi miglioramenti clinici e gestionali non debbano essere perseguiti.

Ci congratuliamo con Parolari e colleghi per aver analizzato le interessanti e controverse questioni che la chirurgia coronarica pone e per la loro dedizione a questo campo delle scienze cardiovascolari.

Emmanuel Villa, Marco Cirillo, Giovanni Troise
U.O. di Cardiochirurgia
Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia

Bibliografia

1. Parolari A, Alamanni F, Polvani M, et al. Chirurgia coronarica a cuore battente: stato attuale delle evidenze. G Ital Cardiol 2006; 7: 445-53.
2. Egger M, Smith GD, Sterne JA. Uses and abuses of meta-analysis. Clin Med 2001; 1: 478-84.
3. Reston JT, Tregear FR, Turkelson CM. Meta-analysis of short-term and mid-term outcomes following off-pump coronary artery bypass grafting. Ann Thorac Surg 2003; 76: 1510-5.
4. Khan NE, De Souza A, Mister R, et al. A randomized comparison of off-pump and on-pump multivessel coronary-artery bypass surgery. N Engl J Med 2004; 350: 21-8.
5. Dewey TM, Magee MJ, Mack MJ. Off-pump versus on-pump coronary bypass surgery. N Engl J Med 2004; 350: 1791-3.