

Commento editoriale

Angioplastica primaria sistematica nell'infarto miocardico acuto: la qualità non si improvvisa

Stefano Savonitto

I Divisione di Cardiologia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare "A. De Gasperis", Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (9): 764-765)

Le opinioni espresse in questo commento editoriale non riflettono necessariamente quelle degli Editors dell'Italian Heart Journal.

Per la corrispondenza:

Dr. Stefano Savonitto

I Divisione di Cardiologia
Dipartimento
Cardio-Toraco-Vascolare
"A. De Gasperis"
Ospedale Niguarda
Ca' Granda
Piazza Ospedale
Maggiore, 3
20162 Milano
E-mail:
stefano.savonitto@
fastwebnet.it

L'angioplastica coronarica sta diventando sempre più la terapia di prima scelta per l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento persistente del tratto ST all'elettrocardiogramma. L'indicazione si fa sempre più estesa, con tutta una serie di aggettivi corrispondenti alla tempistica della procedura: si parla di *angioplastica primaria* quando è possibile ricanalizzare l'arteria infartuale in tempi rapidissimi (entro 90 min dal "first medical contact", secondo le linee guida 2003 della Società Europea di Cardiologia¹); di *angioplastica di salvataggio* quando essa viene praticata sequenzialmente a una trombolisi inefficace; di *angioplastica dilazionata* (o più in generale di rivascolarizzazione dilazionata) quando questa viene eseguita nelle giornate successive a una trombolisi efficace o comunque al di là di un'indicazione d'emergenza. Una variante sempre più frequente dell'angioplastica primaria è la cosiddetta *angioplastica facilitata*, intendendosi per facilitazione una terapia fibrinolitica o antitrombotica eseguita come bridge all'angioplastica nei casi in cui si prevedano tempi non immediati per la ricanalizzazione meccanica dell'arteria infartuale: questa sinergia di rivascolarizzazione farmacologica e meccanica, le cui modalità sono in via di definizione in numerosi trial attualmente in corso, sta permettendo di espandere l'angioplastica d'emergenza nell'infarto anche a ospedali non provvisti di interventistica coronarica che si organizzino "in rete" con laboratori attrezzati ed esperti.

Questa rivoluzione terapeutica, giustificata dalle sistematiche dimostrazioni di superiorità complessiva dell'angioplastica rispetto alla terapia fibrinolitica in termini di mortalità, reinfarto, stroke, scompenso car-

diaco e durata dell'ospedalizzazione², è il risultato di un continuo progresso tecnologico e dell'esperienza di centri che per anni hanno percorso una strada non così evidente ai suoi inizi.

L'esperienza dell'Ospedale S. Anna di Como, descritta in questo numero dell'*Italian Heart Journal Supplement* da Politi et al.³ che riportano i dati dei loro primi 1000 pazienti consecutivi trattati con angioplastica nell'infarto acuto, va letta per quella che è: un cammino di qualità in cui ogni singolo passo è frutto di esperienza, cultura e decisioni strategiche supportate da entusiasmo e capacità di un faticoso lavoro di squadra. Per sostanziare questa affermazione, invito i lettori a leggere con attenzione la sezione "Materiali e metodi" del manoscritto in cui Politi et al. descrivono con cura ogni particolare del proprio lavoro perché, come per un arrampicatore impegnato in una difficile ascensione, nessun passaggio è casuale. I colleghi della Cardiologia di Como hanno iniziato nel 1995 con una disponibilità dapprima durante le ore diurne, garantendo la reperibilità "around-the-clock" per i casi ad alto rischio (chiaramente definiti nel manoscritto) e successivamente, man mano che l'esperienza diretta e la forza dei dati lo facevano apparire necessario, 24 ore su 24, sempre con un numero assai limitato di operatori. Le terapie farmacologiche concomitanti (con impiego "mirato" di abciximab), i livelli di scoagulazione praticati (differenziati in relazione all'impiego o meno di inibitori della glicoproteina IIb/IIIa), le indicazioni all'impiego (abbastanza estensivo) del contropulsatore aortico, l'utilizzo pressoché sistematico dello stenting diretto, le modalità di completamento della rivascolarizzazione

nei pazienti multivasali e il modo di gestione dell'accesso arterioso sono riportati meticolosamente, in quanto gli autori sanno bene quanto i risultati dipendano dalla gestione complessiva del paziente e non solo dalla manualità dell'operatore. I tempi preospedalieri sono complessivamente in linea con quelli del registro BLITZ (mediana 2.5 ore per Como contro 2.1 ore per BLITZ)⁴, ma il mitico "door-to-balloon time" è decisamente ottimale per Como (mediana 58 min, 25°-75° percentile 49-71) e di gran lunga inferiore ai dati nazionali del BLITZ (mediana 85 min, 25°-75° percentile 60-135, ossia tre quarti dei pazienti trattati con angioplastica primaria in Italia hanno tempi più lunghi di quelli registrati a Como): il che indica che non è tanto il territorio ad essere meglio organizzato, bensì il gruppo di intervento.

L'esperienza di Como è molto istruttiva anche per quanto riguarda le angioplastiche eseguite su pazienti provenienti da centri satelliti, complessivamente 140 casi di "facilitata" e 35 di "rescue". L'elevato numero di questi casi e la precisa descrizione delle terapie impiegate prima dell'angioplastica fanno pensare a un accordo di lunga data tra "hub" e "spoke" quali solo ora si cominciano a codificare nella maggior parte dei network⁵.

I dati di outcome (che, essendo relativi a 1000 pazienti, hanno un valore non aneddótico) sono per lo meno in linea con quelli delle sperimentazioni cliniche controllate, riferendosi tuttavia a una casistica di pazienti consecutivi, semmai più indirizzata verso l'alto rischio. Essi vanno tuttavia interpretati nel contesto di un gruppo in cui l'angioplastica nell'infarto acuto ha rappresentato nell'arco di oltre 7 anni il 25% di tutta l'attività di angioplastica coronarica, con operatori esperti di interventistica percutanea anche periferica (e quindi in grado di gestire anche eventuali complicanze vascolari), ed estremamente attenti anche agli aspetti farmacologici dell'infarto miocardico, come testimoniato dalla partecipazione a quasi tutti i principali trial clinici nelle sindromi coronariche acute.

Un punto certamente pionieristico dell'esperienza di Como (condiviso con i colleghi di Cuneo) è l'aver intrapreso nel 1995 la strada dell'angioplastica primaria senza un supporto cardiocirurgico "on-site": i dati riportati da Politi et al. dimostrano la necessità di "bail-out" chirurgico in 9 pazienti su 1000. Anche in questo caso, oltre all'esperienza del team (con impiego sistematico dello stent, di una terapia farmacologica ottimale e il frequente ricorso alla contropulsazione aortica), conta il livello qualitativo generale dell'Ospedale e soprattutto un'efficace assistenza rianimatoria.

Con lo sviluppo crescente dei network per la ricanalizzazione meccanica dell'infarto miocardico e l'aumento dell'esperienza e del back-up meccanico-farmacologico, si vede sempre meno la necessità di un supporto cardiocirurgico "on-site", rimanendo ovviamente la necessità di centri chirurgici d'eccellenza "on call" per rispondere a complicanze rare in una popolazione tuttavia più difficile per età, patologie concomitanti, dis-

funzione di pompa e impiego di terapie farmacologiche complesse.

Infine, un aspetto del lavoro di Politi et al. merita una riflessione, al di là dei risultati tecnici dell'angioplastica primaria. Mi riferisco alla volontà e capacità di alimentare e mantenere nel tempo un database della propria attività clinica tale da sapere riportare, anno per anno, i numeri ed i risultati delle varie modalità di terapia dell'infarto miocardico, con tutta la ricchezza di particolari descritta nel lavoro pubblicato in questo numero del Giornale. Quello di tenere un database clinico delle principali attività assistenziali è sempre stato un indice di qualità delle migliori istituzioni: in campo cardiologico, basti pensare alla messe di dati pubblicati, tra gli altri, dal Thoraxcenter di Rotterdam, dalla Mayo Clinic, dalla Cleveland Clinic, dalla Duke University, dalla Emory School of Medicine e, nel campo dell'angioplastica primaria, dal gruppo di Zwolle e da quello di Firenze. L'attività di angioplastica nell'infarto è in vertiginoso aumento in Italia⁶. È auspicabile che i numerosi centri che hanno recentemente iniziato l'attività di angioplastica primaria sappiano procedere con lo stesso rigore e la stessa documentazione dimostrati dal S. Anna di Como. L'ANMCO ha posto come propria priorità l'implementazione di un database comune per le unità coronariche e, con notevole sforzo, ha recentemente definito un *minimal data set* in grado, se puntualmente implementato, di costruire una memoria permanente dell'evoluzione storica dei nostri sforzi terapeutici. Anche questo approccio trasversale, interistituzionale, ha importanti predecessori da cui continuiamo ad apprendere, quali i registri NRMi americano, RIKS-HIA svedese e MITRA-MIR tedesco. Complimenti alla Cardiologia dell'Ospedale S. Anna e auguri all'ANMCO.

Bibliografia

1. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 28-66.
2. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 13-20.
3. Politi A, Zerboni S, Galli M, et al. Angioplastica primaria nell'infarto miocardico acuto: esperienza e risultati nei primi 1000 pazienti consecutivi. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 755-63.
4. Di Chiara A, Chiarella F, Savonitto S, et al, on behalf of the BLITZ Investigators. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network. The BLITZ Study. *Eur Heart J* 2003; 24: 1616-29.
5. Manari A, Guiducci V, Muia N, et al. Angioplasty in acute myocardial infarction after low-dose alteplase and abciximab in transferred patients. A comparison with primary angioplasty on site. *Ital Heart J* 2003; 4: 311-7.
6. Yearly activity data report of the Italian cardiac catheterization laboratories by the Italian Society for Invasive Cardiology. <http://www.gise.it>