Terapia medica o angioplastica nella coronaropatia stabile?

Data 16 gennaio 2006
Categoria cardiovascolare

Nella cardiopatia ischemica stabile la PCI può portare ad un miglioramento degli episodi anginosi, ma non mostra chiari vantaggi rispetto alla terapia medica.

Per rispondere alla domanda se sia preferibile la terapia medica o l'intervento di angioplastica (PCI) nella malattia coronarica stabile è stata effettuata una metanalisi di RCT in cui venivano paragonati i due approcci.
Per poter essere inclusi nella metanalisi i trials dovevano aver arruolato pazienti con malattia coronarica stabile con interessamento di uno o più vasi dimostrato tramite coronarografia. La ricerca ha permesso di selezionare 11 trials per un totale di 2.950 pazienti, quasi tutti maschi. In 8 degli 11 RCT più del 40% dei soggetti aveva avuto un precedente infarto del miocardio. Solo in 6 trials all' angioplastica veniva associato uno stent e in nessun caso si trattava di stent eluentifarmaci.
Non si è dimostrata alcuna differenza nella percentuale di morte, nuovo infarto o necessità di rivascolarizzazione tra i pazienti trattati con terapia medica e quelli sottoposti ad angioplastica. La presenza di stent non alterava questi dati. In 6 RCT con follow-up di 2 anni o più corto vi era un trend di maggior rischio di infarto nei soggetti sottoposti a PCI.
Gli autori concludono che nella cardiopatia ischemica stabile la PCI può portare ad un miglioramento degli episodi anginosi ma non mostra chiari vantaggi rispetto alla terapia medica. Tuttavia questi dati potrebbero non essere validi per i nuovi trattamenti, sia di tipo medico più aggressivo (riduzione del cut-off della colesterolemia ottimale, uso di cocktail di farmaci per trattare l'ipertensione, ecc.) sia per i nuovi stent medicati.

Fonte: Circulation, 2005;111:2906-12.

Commento di Renato Rossi
Non esiste ancora un accordo circa il trattamento ottimale del paziente con cardiopatia ischemica stabile .
La PCI sembra ridurre i sintomi anginosi in maniera maggiore della terapia medica ma non è certo se porti anche ad outcomes "hard" migliori. Il by-pass al contrario ha dimostrato di ridurre la mortalità nel caso di interessamento di tre vasi e forse anche di due.
Una obiezione allo studio è che non sono stati considerati trials con stent medicati, d'altra parte gli autori fanno notare che anche la terapia medica in questi ultimi anni è diventata più aggressiva di quella usata negli studi presi in esame. Un altro limite della metanalisi è che il numero delle donne arruolate negli studi considerati è troppo basso per poter trarre una qualche conclusione.
Qualcuno fa notare che prima di avviare sistematicamente tutti i coronaropatici alla PCI sarebbe preferibile ottimizzare al massimo la terapia farmacologica . In attesa di nuovi dati si può consigliare il trattamento invasivo nei pazienti che non rispondono ad una terapia medica massimale oppure quelli a più elevato rischio (interessamento di più vasi, bassa tolleranza allo sforzo, episodi di ischemia silente all'ECG Holter, importante disfunzione ventricolare sinistra, ecc.).

Bibliografia:
1. Opie LH et al. Controversies in stable coronary artery disease. Lancet 2006 Jan 7; 367:69-78
2. Wiest FC et al. Suboptimal pharmacotherapeutic management of chronic stable angina in the primary care setting. Am J Med 2004;117:234-41.