Scompenso cardiaco di natura ischemica: PCI non meglio della terapia medica

Data 06 novembre 2022
Categoria cardiovascolare

Nello studio REVIVED-BCIS2 l'angioplastica non ha ottenuto risultati migliori della terapia medica nei pazienti con scompenso cardiaco di natura ischemica.

Nel 2007 il New England Journal of Medicine pubblicava i risultati dello studio COURAGE secondo il quale, nella coronaropatia cronica stabile, l'angioplastica con stent associata a terapia medica ottimale non riduceva infarti e decessi rispetto alla sola terapia medica, dati confermati da un successivo follow-up .
Sono stati ora resi noti i risultati dello studio REVIVED-BCIS2, presentati al meeting annuale dell'European Society of Cardiology tenutosi a Barcellona dal 26 al 29 agosto 2022 e pubblicati contemporaneamente dal New England Journal of Medicine .
Nello studio sono stati reclutati 700 pazienti affetti da disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione ≤ 35%) ed estesa coronaropatia trattabile con PCI.
I partecipanti sono stati randomizzati a PCI e terapia medica ottimale oppure a sola terapia medica ottimale.
L'endpoint primario era composto da morte da ogni causa e ricoveri per scompenso cardiaco. Endpoint secondari erano la disfunzione ventricolare sinistra a 6 e 12 mesi e la qualità di vita.
Dopo un follow-up medio di 41 mesi l'endpoint primario si è verificato nel 37,2% del gruppo PCI e nel 38% del gruppo di controllo (differenza non significativa, p = 0,96).
Anche la frazione di eiezione era simile tra i due gruppi sia a 6 che a 12 mesi.
La qualità di vita era migliore a un anno nel gruppo PCI, ma non a distanza di 2 anni.

Insomma nei pazienti con importante riduzione della frazione di eiezione di natura ischemica ben controllati con terapia medica ottimale intervenire con una PCI non migliora gli esiti. L'intervento di rivascolarizzazione ovviamente rimane valido nei casi con agina che non sono controllati dal trattamento farmacologico oltre che nelle sindromi coronariche acute.

D'altra parte altri studi oltre al COURAGE avevano suggerito che la PCI non è superiore al trattamento conservativo nella coronaropatia stabile: il MASS-II PCI (PCI o terapia medica) , il BARI-2D (PCI o terapia medica nei diabetici) , l'ISCHEMIA (terapia invasiva preoce o terapia medica) , l'ISCHEMIA-CKD (terapia invasiva precoce nei pazienti con nefropatia cronica) .

Un po' diverso il discorso per il bypass coronarico. Nello studio STICH erano stati reclutati oltre 1200 pazienti con frazione di eiezione ≤ 35% e coronaropatia, trattati con bypasso coronarico e terapia medica o solo terapia medica. Il follow-up fu di 5 anni. L'endopoint primario rappresentato da morte da ogni causa si verificò nel 41% del gruppo terapia medica e nel 36% del gruppo bypass (differenza non significativa, p = 0,12). I decessi da causa cardiovascolare furono rispettivamente il 33% e il 28%: differenza che sfiorava la significatività statistica (HR 0,81; 95%CI 0,66 – 1,00).
I decessi da ogni causa e i ricoveri per cause cardiovascolari (endpoint secondario) furono il 68% nel gruppo terapia medica e il 58% nel gruppo bypass (HR 0,74; 95CI 0,64 – 0,85).
Tuttavia dopo un follow-up di 9,8 anni si evidenziò che l'endpoint primario si era verificato nel 58,9% del gruppo bypass e nel 66,1% del gruppo terapia medica (HR 0,84; 95%CI 0,73-0,97). Anche gli endpoint secondari (decessi cardiovascolari e decessi totali e ospedalizzazioni per cause cardiovascolari) furono statisticamente inferiori nel gruppo bypass. Insomma i benefici del bypass rispetto alla terapia medica nei pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione ≤ 35% di natura ischemica compaiono a distanza di 10 anni, mentre sembrano meno evidenti nei primi 5anni.
Sulla base di quest'ultimo studio le linee guida consigliano, nello scompenso cardiaco ischemico, il bypass coronarico nei pazienti con malattia multivasale mentre la PCI può essere presa in considerazione in pazienti selezionati.
È probabile che la questione se sottoporre o meno a PCI o bypass i pazienti con scompenso cardiaco di natura ischemica non sia ancora risolta. Va considerato che i pazienti dello studio STICH avevano un'età media di circa 60 anni mentre in quelli del REVIVED-BCIS2 era mediamente di 70 anni. Proporre un bypass a soggetti ben compensati di 70 anni e oltre è ben diverso dal proporlo a persone con 10 anni di meno.
Per il momento sarà ancora il giudizio clinico, basato sulle condizioni e i sintomi del paziente, sull'entità e sull'estensione delle lesioni e sulla fattibilità o meno della PCI o del bypass che guideranno le scelte su quale opzione sia più utile. Per altri particolari si veda la voce bibliografica n. 10.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Boden WE et al. for the COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007 Apr 12; 356:1503-1516.

2. Sedlis SP et al. for the COURAGE Trial Investigators. Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease. N Engl J Med 2015 Nov 12; 373:1937-1946.

3. Perera D et al. for the REVIVED-BCIS2 Investigators. Percutaneous Revascularization for Ischemic Left Ventricular Dysfunction. N Engl J Med. Pubblicato online il 27 agosto 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206606.

4. Velazquez EJ et al. for the STICH Investigators. Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. N Engl J Med. 2011 Apr 28;364(17):1607-16. doi: 10.1056/NEJMoa1100356.

5. Velazquez EJ et al. for the STICHES Investigators. Coronary-Artery Bypass Surgery in Patients with Ischemic Cardiomyopathy. N Engl J Med 2016; 374:1511-1520.

6. Hueb W et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results. J Am Coll Cardiol. 2004 May 19;43(10):1743-51.

7. BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. N Engl J Med. 2009 Jun 11;360(24):2503-15. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4693

8. Maron DJ et al. ISCHEMIA Research Group. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. N Engl J Med. 2020 Apr 9;382(15):1395-1407.

9. Bangalore S et al. ISCHEMIA-CKD Research Group. Management of Coronary Disease in Patients with Advanced Kidney Disease. N Engl J Med. 2020 Apr 23;382(17):1608-1618.

10. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7807