rto STEMI con interessamento multivasale: rivascolarizzazione completa immediata o in due tem

Data 08 ottobre 2026
Categoria cardiovascolare

Una metanalisi suggerisce che la rivascolarizzazione in due tempi potrebbe essere preferibile.

Nell'infarto STEMI con interessamento multivasale la strategia consigliata è di procedere con la rivascolarizzazione completa piuttosto che limitarsi a intervenire solo sul vaso "colpevole". Questa la conclusione a cui sono giunte varie metanalisi. In effetti le linee guida
raccomandano rivascolarizzazione completa in caso di STEMI con lesioni multivasali, ma lasciano il timing (Immediate Complete Revascularisation = ICR versus Staged Complete Revascularisation = SCR) da individualizzare in base a stabilità, complessità anatomica, funzione renale e rischio procedurale.

Ricordiamo che nelle ICR si procede immediatamente alla rivascolarizzazione di tutti i vasi interessati da occlusioni, nella SCR si esegue PCI sul solo vaso colpevole / infartuale (culprit-only PCI) per rivascolarizzare rapidamente il territorio ischemico responsabile dell'infarto.
In un secondo momento si esegue PCI sulle lesioni non colpevoli per ottenere la rivascolarizzazione completa (SCR). Il secondo tempo è tipicamente programmato entro 24-72 ore o alcune settimane a seconda dei protocolli del centro cardiologico.

Finora solo una metanalisi a rete del 2025 suggeriva che l'ICR è superiore alla SCR soprattutto grazie a una riduzione degli infarti (MI) ma il vantaggio si attenuava nettamente quando si escludevano gli MI procedurali, senza un chiaro segnale sulla mortalità.

Arriva ora una metanalisi di 9 RCT, per un totale di 4213 pazienti con STEMI e malattia multivasale emodinamicamente stabili, che ha confrontato esplicitamente ICR versus SCR .
Nel breve termine la mortalità totale è stata del 2,0% con ICR e dell'1,2% con SCR (RR 1,66; IC 95% 0,99–2,78; p=0,053). Vi è quindi una tendenza a maggiore mortalità precoce con ICR, al limite della significatività statistica.
Nel lungo termine (≈1 anno) la mortalità totale è stata del 4,7% con ICR e del 3,5% con SCR (RR 1,40; IC 95% 0,97–2,03; p=0,07). Ancora una tendenza a mortalità più alta con ICR, ma non significativa; non si può escludere un aumentoreale.

Principali outcome secondari:
- Morte cardiaca a breve termine: significativamente più frequente con ICR
(RR 2,19; IC 95% 1,08–4,44; p=0,03)
- Nessuna differenza significativa tra ICR e SCR, sia a breve che a lungo termine, per infarto miocardico, rivascolarizzazione, trombosi dello stent, ictus, sanguinamento maggiore, eventi cardiaci/cerebrovascolari maggiori.

Gli autori concludono che negli STEMI multivasali stabili, ICR può aumentare la morte cardiaca precoce e non si può escludere un incremento di mortalità totale precoce e tardiva; nel complesso, gli autori ritengono che una strategia staged (SCR) sia preferibile per la maggior parte dei pazienti.

Chedire?

L'idea che sta alla base della SCR è che nella fase acuta dello STEMI il paziente sia in una situazione biologicamente instabile: stato infiammatorio intenso, ipercoagulabilità, vasocostrizione coronarica, rischio procedurale maggiore. Inoltre le stenosi non culprit possono sembrare più severe del reale. Quindi limitare la PCI iniziale alla culprit lesion potrebbe essere più sicuro, riservandosi di intervenire sulle altre lesioni in un secondo tempo.
La metanalisi qui recensita non è però la parola definitiva perchè presenta dei limiti. Ad esempio gli eventi sono stati relativamente pochi e l'aumento della mortalità sia a breve che a lungo termine mostrava una tendenza a favore della SCR ma statisticamente non significativa (anche se la mortalità cardiaca a breve termine era significativamente maggiore con ICR). Insomma la lezione che possiamo trarre è questa: rivascolarizzazione completa e non solo del vaso "culprit", probabilmente meglio SCR ma decisione da personalizzare in base alla complessità del caso: un conto è rivascolarizzare il vaso colpevole ed eseguire un'altra PCI semplice su un secondo vaso, un altro procedere con più PCI su un quadro di interessamento coronarico complesso.

Nota
La scelta delle lesioni non culprit da trattare nel secondo tempo può basarsi sulla valutazione angiografica visiva o sulla misurazione funzionale con FFR (per approfondire vedi voce biliografica 3). Quest'ultima, gold standard nei pazienti stabili, ha mostrato risultati meno chiari nello STEMI acuto (studio FLOWER-MI), probabilmente per l'alterazione microvascolare transitoria. Il cardiologo interventista valuta caso per caso, e il referto dovrebbe esplicitare il criterio adottato.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Ueyama HA, Akita K, Kiyohara Y, Takagi H, Briasoulis A, Wiley J, Bangalore S, Mehran R, Stone GW, Kuno T, Bhatt DL. Optimal Strategy for Complete Revascularization in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction and Multivessel Disease: A Network Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 2025 Jan 7;85(1):19-38. doi: 10.1016/j.jacc.2024.09.1231. PMID: 39779054.

2. Elbahloul MA, Ramadan S, Labeeb EE, Aldalahmeh S, Mousa AIA, Elazab A, Mohamed AN, Elashery A, El-Hamdani MO, Lavie CJ, Stone GW. Timing of Complete Revascularization in Patients With STEMI and Multivessel Disease: An Updated Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Circ Cardiovasc Interv. 2026 Apr 30:e016601. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.126.016601. Epub ahead of print. PMID: 42059073.

3. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7751