

CARDIOCHIRURGIA Quali interventi alle coronarie? INSIEME ALLA ANGIOPLASTICA SI E' DIFFUSO L'IMPIANTO DI TUTORI METALLICI (STENT) CHE PERO' PROVOCANO TALVOLTA INFIAMMAZIONI E COMPLICAZIONI

Pubblicazione: [06-06-2001, TUTTOSCIENZE, NAZIONALE, pag.3] -

Sezione: TUTTOSCIENZE

Autore: ACTIS DATO GUGLIELMO, LUBRANO TOMMASO

Tommaso G. Lubrano Guglielmo M. Actis Dato LA aterosclerosi coronarica, con le sue complicazioni (angina pectoris, infarto), nei paesi industrializzati e' la principale causa di morte e di invalidita'. L'avvento del by-pass aorto-coronarico ha aperto, alla fine degli Anni 60, la strada alla rivascolarizzazione miocardica vera e propria. Una nuova tecnica "meccanica" non chirurgica nel senso stretto della parola si e' poi imposta nel corso degli Anni 90 tanto da superare il by-pass nel numero di interventi, salvo essere ridimensionata alla luce dei risultati non sempre brillanti quando attuata in maniera troppo estensiva. La angioplastica percutanea (questo e' il suo nome) consiste nell'introdurre un palloncino attraverso il cateterismo di un vaso periferico fino alla coronaria occlusa per rompere la placca aterosclerotica e quindi ottenere la dilatazione dell'arteria. A volte puo' essere necessario porre uno stent all'interno di essa, cioe' una particolare reticella metallica che funge da tutore di sostegno con il compito di mantenere il vaso pervio. C'e' pero' un problema: il 25-30% dei pazienti sottoposti ad angioplastica con stent, 2-6 mesi dopo l'intervento va incontro a fenomeni infiammatori con successivi esiti cicatriziali e proliferazione delle cellule endoteliali all'interno del vaso, che ne causano il restringimento. Questo fatto e' noto come ristenosi coronarica. Evidentemente l'impiego di piu' stent per il coinvolgimento di piu' coronarie aumenta il rischio che a breve si verifichi tale evento negativo. Con tre o piu' stent si ha quasi la certezza che dopo 6 mesi una delle angioplastiche fallisca e il suo vaso sia nuovamente chiuso. Per questo negli Stati Uniti e in Canada le compagnie assicurative, che dettano le regole alla sanita', hanno stabilito che un paziente ha diritto al rimborso di questa metodica solo se risponde a precisi criteri dettati dalla statistica per l'eta' e la gravita' della malattia coronarica. Inoltre, in caso di insuccesso dell'angioplastica, se il paziente vuole essere sottoposto nuovamente alla stessa procedura, deve in molti casi pagarsela di tasca propria, oppure accettare la rivascolarizzazione

chirurgica. Le cose vanno diversamente in Europa e in Italia, dove esistono criteri economici e di politica sanitaria differenti. Ma una riflessione su queste considerazioni e' d'obbligo. Anche nel nostro Paese vanno posti dei limiti e applicate le linee guida previste per questa metodica, che attualmente e' ritenuta valida nei pazienti gravi oppure in quelli con stenosi critica isolata dell'arteria coronarica principale (discendente anteriore) o con malattia bivasale (senza interessamento dell'arteria principale). Non c'e' invece indicazione in caso di malattia trivasale. E' pur vero che sono anche allo studio materiali radioattivi Beta e Gamma che pare possano ridurre il rischio di ristenosi dal 15 al 30%, ma il loro impiego e' ancora in fase di sperimentazione e i risultati a lungo termine sui pericoli e i potenziali danni che potrebbero provocare non sono ancora disponibili dato il loro impiego recente. Al Congresso Europeo di Cardiologia Interventistica 2001 sono state proposte anche altre soluzioni, come quella di rivestire lo stent con sostanze inorganiche (carbonio) o con sostanze anticoagulanti (l'eparina, utilizzata per prevenire i fenomeni trombotici) oppure ancora con un microfilm di polimeri plastici con incorporati farmaci antiproliferativi (citostatici) come la rapamicina o il taxolo, di comune impiego in oncologia e nel trattamento antirigetto successivo ai trapianti. I confini tra l'angioplastica e l'intervento classico oggi sono comunque sempre meno netti. Vi e' infatti la possibilita' anche di una alternativa chirurgica mini-invasiva, per esempio con una piccola toracotomia, oppure con una rivascolarizzazione a cuore battente, o ancora con il TMR (Transmyocardial Revascularization) effettuato con il laser. La cura migliore e' quella che piu' si adatta ad ogni singolo paziente, e si sa che non sempre risulta essere l'ultima novita'.

