

Sindrome coronariche acute (ACS)

- con sopraslivellamento del tratto ST: infarto in atto (AMI)
- senza sopraslivellamento del tratto ST – Angina instabile
 - Angina instabile (TROP +): ad alto rischio
 - Angina instabile (TROP + . CPK +): infarto non Q

Nonostante i buoni progressi in campo terapeutico, la mortalità nei pz ricoverati per IMA in atto varia dal 6% al 9%. (Lancet 1990;336:65-71) (N Engl J Med 1993; 329:673-82).

Una rivascularizzazione tardiva (oltre le 48h) espone il pz ad un più alto rischio di mortalità: il 39% della mortalità ospedaliera è concentrata nelle prime 24h, il 55% della mortalità ospedaliera è concentrata nelle prime 48h. (N Engl J Med 1993; 329:673-82).

Una rivascularizzazione precoce (trombolisi, PTCA, CABG) è quindi il migliore approccio per ridurre l'estensione dell'area infartuata, il deficit sistolico del vs legata e migliorare quindi i risultati a lungo termine.

La rivascularizzazione chirurgica nei pz con IMA in atto rappresenta oggi una efficace strategia terapeutica, in pz selezionati, per i buoni risultati a lungo a termine:

recupero della FE dal 37% al 44% (Ital Heart Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S)
sopravvivenza a 1 anno 98% a 5 anni 80% (Ital Hearth Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S);
83% a 5 anni (Ann thor Surg 2000 feb; 69 (2): 425-8);
77,8% a 4 anni (Eur heart j. 2004 Nov; 25 (22) :2013-8);

I vantaggi di una rivascularizzazione chirurgica sono una migliore protezione e riperfusione miocardica non soltanto volta a limitare l'estensione della necrosi ma anche una misura profilattica contro le disfunzioni ventricolari che seguono l'IMA. (J Thor Cardiovasc Surg 1989;98:691-703).
Il recupero della FE nel postop diminuisce con l'aumentare del tempo AMI-rivascularizzazione (Ital Heart Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S).

Le condizioni preop hanno un valore prognostico importante.

La mortalità operatoria globale per CABG in corso di IMA è del 21%. Tra i pz operati per choc cardiogenico è tra il 40% (Ital Heart Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S) ed il 15% (Ann Thorac Surg 2000; 69:425-8) , tra i pz con stato preop critico (choc, edema polmonare acuto, aritmie ventricolari, arresto cardiocircolatorio, IABP, ventilazione meccanica) è del 36%, in pz in condizioni emodinamiche stabili 4,5%.(Ital Heart Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S).

Lo choc cardiogenico non costituisce più oggi una controindicazione alla rivascularizzazione chirurgica: lo SHOCK trial ha messa in evidenza un'aumento della sopravvivenza nei pz sottoposti a rivascularizzazione d'urgenza, ed un miglior risultato a lungo termine della rivascularizzazione chirurgica vs PTCA. Sopravvivenza a 1 anno 98%, a 5 anni 81%. (Ital Heart Journ Vol 5 Suppl 6 2004, 92S-99S)

OPCAB vs CABG

Le ACS sono operate in OPCAB ad eccezione di instabilità emodinamica secondo questo protocollo.

Massaggio cardiaco sempre CPB

Choc cardiogeno ed edema polmonare sempre CPB

Choc cardiogeno senza edema polmonare :

- indice cardiaco sotto 1l/metroquadro sempre CPB
- indice cardiaco tra 1l e 2l/m2 IABP poi OPCAB

(comunicazione personale email P. Sergeant, dicembre 2004)

La CEC e l'arresto cardioplegico del cuore sono le maggiori cause di mortalità operatoria, l'OPCAB rappresenta l'approccio chirurgico di prima scelta. Se emodinamica instabile utilizzo di CEC assistita.

(Kybou Geka 2004 Nov, 57 (12), 1085-1091)

OPCAB riduce la mortalità operatoria rispetto al CABG (3,8% vs 10%). I benefici dell'OPCAB rispetto al CABG sono maggiori se l'intervento è <48h (4,3% vs 16,5%). Dopo le 48h la mortalità operatoria è comparabile (3,4% vs 5,8%). Sconsigliato uso di CEC se intervento entro le 48h dall'AMI.

Nell'OPCAB il timing ACS - rivascolarizzazione non incide sulla mortalità a differenza del CABG dove riveste un ruolo importante.

(Ann Thor Surg 2003 Sep, 76 (3): 771-776)

Mortalità operatoria nell'IMA in atto nei pz operati in OPCAB è del 5%, nei pz operati in CAB è del 24%

(Eur J Cardiot Surg 2000; 17:234-8)

OPCAB può essere eseguita in sicurezza ed efficacemente in pz selezionati nelle ACS.

(Ann Thor Card Surg 2003 Feb; 9 (1): 29-35)

OPCAB primario: strategia per ACS in corso di AMI

(Heart Surg Forum 2003; 6 (5): 331-335)

OPCAB efficace se PCI non da risultati soddisfacenti

(Kyobu Geka 2004 nov;57 (12): 1085-7)

Timing ACS – rivascolarizzazione chirurgica

Nell'OPCAB il timing ACS - rivascolarizzazione non incide sulla mortalità a differenza del CABG dove riveste un ruolo importante.

(Ann Thor Surg 2003 Sep, 76 (3): 771-776)

AMI Q - CABG: nessuna mortalità ospedaliera nei pz operati nelle 24h dall'esordio AMI

(Ann Thor Surg 2000; 69:425-8)

AMI non Q – CABG: un'attesa da 3 a 5 giorni conduce a risultati postop simili a pz non AMI
AMI Q – CABG: un'attesa da 5 a 7 giorni conduce a risultati simili a pz non AMI
(Am J Surg 1998 Dec; 176 (6): 581-5)

AMI non Q e Q – CABG: 11,8% a 6h; 9,5% < 1 g; 2,8 > 1 g (mortalità operatoria)
Mortalità maggiore se intervento <7gg da AMI

AMI Q – CABG: 9,1 a 6h; 8,3% 6h-2gg; 5,2% 2gg-14gg; 6,5% 2sett-4sett; 2,9 % >6sett
(Ann Thor Surg 1995 Jul; 60(1):19-26)

AMI non Q – CABG: il rischio è di poco aumentato, possono andare in sala op ad ogni momento
AMI Q – CABG: rischio accettabile dopo 48h
(Circ. 1995 nov 1; (9 suppl) II66-8)

AMI Q- CABG: mortalità del 7% se rivascolarizzazione <48h, 0% dopo 48h
(Ann Thor Surg 2003 Sep, 76 (3): 771-776)

Sopravvivenza

83% a 5 anni
(Ann thor Surg 2000 feb; 69 (2): 425-8)

77,8% a 4 anni
(Eur heart j. 2004 Nov; 25 (22) :2013-8)

98% a 1 anno
81% a 5 anni
(Ital Heart J 2004 Jun, 5 suppl 6:92s-99s)