

Correlazione tra fattori di rischio non corretti e fallimento di angioplastica valutato mediante tomografia a coerenza ottica

F. Jacoangeli¹, A. Santucci², R. Sclafani², C. Martino¹, L. Filippucci¹

¹ USL Umbria 1, Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Patologie Cardiovascolari, Perugia

² Azienda Ospedaliera di Perugia

Presentiamo il caso di un uomo di 54 anni, affetto da cardiopatia ischemica cronica post-infartuale. All'età di 52 anni, nel contesto di un infarto con sopraslivellamento ST (STEMI) inferiore, il nostro paziente viene sottoposto a PTCA primaria ed impianto di stent su a. coronaria destra media e distale; nell'ambito dello stesso ricovero, si esegue PTCA staged su a. discendente anteriore (IVA) prossimale, media e distale. Vengono impiantati un totale di 5 stent cobalto cromo ad everolimus con buon risultato. Successivamente alla dimissione, il malato si perde al follow-up. Su consiglio del curante, due anni dopo accede alla nostra riabilitazione cardiologica. Al momento della prima valutazione risulta essere fumatore attivo (5 sig/die) e per motivi imprecisati non è in terapia con statina. Ha sospeso ASA, ma assume ticagrelor 90 mg bid.

Viene introdotta rosuvastatina+ezetimibe 20/10 mg e, in considerazione dell'elevato rischio trombotico (>3 stent, lunghezza totale > 60 mm) e del basso rischio emorragico, si ripristina DAPT. La colesterolemia LDL dosata in questa occasione è di 155 mg/dL.

Al colloquio il paziente riferisce angina per sforzi moderati; discusso il caso con il collega emodinamista si decide di programmare controllo coronarografico. Al momento del ricovero il paziente presenta soglia di angina ridotta (CCS 3).

L'esame documenta restenosi a carico di IVA al passaggio primo-secondo tratto e restenosi serrata intrastent al tratto medio di CDx. Lo studio di IVA viene completato da imaging intracoronarico con tomografia a coerenza ottica (OCT): le immagini mostrano un layer compatto ed omogeneo di aspetto brillante al tratto prossimale-medio, in corrispondenza dell'emergenza di ramo diagonale sub-occluso; tale reperto appare compatibile con iperplasia neo-intimale (figura 1). L'OCT ha contestualmente mostrato buona apposizione degli stent escludendo una causa tecnica alla base del fallimento di rivascolarizzazione. La stenosi su CDx non è stata approfondita con imaging data la minima area luminale residua. Entrambe le lesioni sono state trattate con angioplastica mediante pallone medicato a paclitaxel.

Al successivo follow-up il paziente è asintomatico, mostra aderenza alle misure igieniche ribadite in riabilitazione ed alla terapia farmacologica. La colesterolemia LDL è pari a 50 mg/dl.

Il caso ci ha mostrato come la mancata correzione dei fattori di rischio possa portare ad un duplice fallimento di angioplastica in tempi relativamente brevi (2 anni) con un meccanismo legato ad infiammazione con sviluppo di iperplasia intimale intrastent.

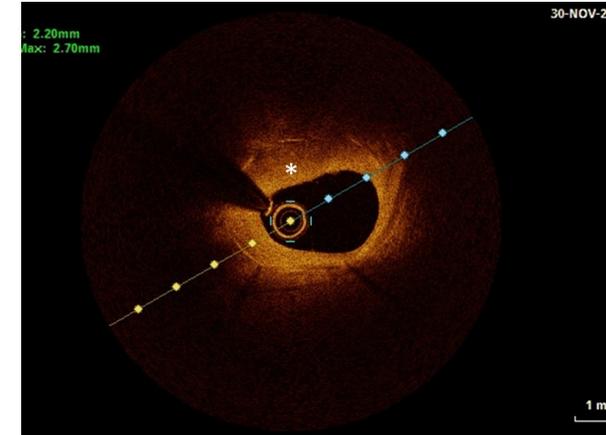


Figura 1:

Studio OCT di IVA al tratto prossimale-medio: evidenza di layer compatto ed omogeneo di aspetto brillante compatibile con iperplasia neo-intimale.

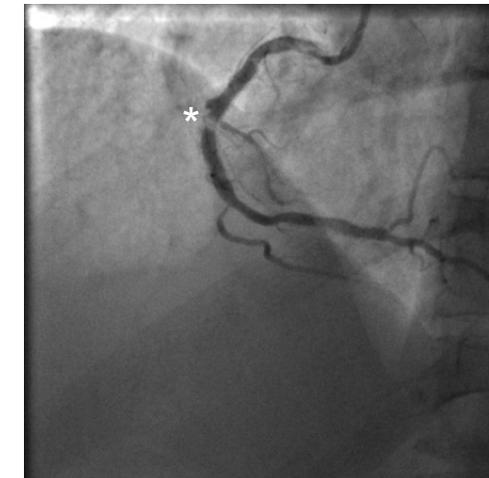


Figura 2:

Coronarografia raffigurante restenosi intrastent al tratto medio della coronaria destra