Dissezione spontanea dell'arteria coronarica in gravidanza: uno studio americano

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Tweet MS, Hayes SN, Codsi E, Gulati R, Rose CH, Best PJM.
Spontaneous coronary artery dissection associated with pregnancy
J Am Coll Cardiol. 2017 Jul 25; 70 (4): 426-435. doi: 10.1016/j.jacc.2017.05.055.

Accertare la prevalenza, i fattori di rischio e le caratteristiche cliniche della dissezione spontanea dell'arteria coronarica in gravidanza: è questo l'obiettivo dello studio di Marysia Tweet e collaboratori, del Dipartimento di Patologia Cardiovascolare e della Divisione di Medicina Materno-Fetale del Mayo Clinic College of Medicine di Rochester, Stati Uniti.

La dissezione spontanea dell'arteria coronarica (Spontaneous Coronary Artery Dissection, SCAD) è la causa più frequente di **infarto miocardico in gravidanza** (Pregnancy SCAD, P-SCAD). Lo studio ha stabilito inoltre un confronto fra questo tipo di evento e la SCAD non correlata alla gestazione (NP-SCAD).

La dissezione coronarica è definita **spontanea** quando si manifesta in assenza di traumi o cause iatrogene. Sono quindi escluse le forme secondarie a traumi toracici, interventi cardiochirurgici, coronarografia o altre procedure interventistiche, nonché l'estensione coronarica di una dissezione aortica.

Le arterie coronarie sono costituite da tre tonache, o strati: intima, media e avventizia. La **dissezione** risulta da uno slaminamento con separazione di tali tonache e creazione di un falso lume tra media e avventizia, con schiacciamento fino all'occlusione del vero lume, che determina un ostacolo al flusso ematico, infarto miocardico e morte improvvisa.

L'analisi è stata condotta a partire da un database di dati clinici retrospettivi e prospettici che la Mayo Clinic ha istituito nel 2010. Si sono identificate **323 donne**, delle quali:

- **54 colpite da P-SCAD**: 4 durante la gestazione, 50 entro dodici settimane dal parto;
- **269 colpite da NP-SCAD**.

Lo studio dei dati disponibili ha portato a questi risultati:

- la maggior parte delle P-SCAD è avvenuta **nel primo mese dal parto** (35 su 50);
- le donne colpite da P-SCAD **presentano più frequentemente**: infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (ST-segment Elevation Myocardial Infarction, STEMI) (57% vs 36%; p = 0.009); dissezione del primo tratto (tronco comune) dell'arteria coronarica sinistra (24% vs 5%; p < 0.0001) o multivasale (33% vs 14%; p = 0.0027); funzionalità ventricolare sinistra ≤35% (26% vs 10%; p = 0.0071);
- nelle donne per le quali erano disponibili immagini diagnostiche degli altri territori vascolari, la P-SCAD è risultata meno frequentemente associata a **displasia fibromuscolare** (che normalmente interessa le arterie renali, la carotide interna, le vertebrali, le succlavie e le arterie mesenterica superiore e mesenterica inferiore) (42% vs 64%; p = 0.047) e ad **anomalie vascolari extra-coronariche** (46% vs 77%; p = 0.0032);

- le donne colpite da P-SCAD sono più frequentemente **multipare** (p = 0.0167), si sono sottoposte a **terapie per l'infertilità** (p = 0.0004) e hanno avuto una **pre-eclampsia** (p = 0.001);
- nel corso del follow-up (mediana di 2.3 anni) si è verificata una **recidiva** di SCAD in 51 pazienti.

In conclusione:
- le donne colpite da P-SCAD hanno **sintomi più acuti e un rischio di morte più grave** di quelle colpite da NP-SCAD;
- la massima frequenza di P-SCAD si verifica nel primo mese dopo il parto;
- le pazienti colpite da P-SCAD hanno più raramente anomalie vascolari extracoronariche;
- si può ipotizzare che, tra i fattori predisponenti, giochino un ruolo importante **le fluttuazioni ormonali ed emodinamiche correlate alla gravidanza**, oltre a meccanismi non ancora pienamente identificati.

© 2017 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org