Cosa fare nelle sindromi coronariche acute senza innalzamento di ST?

Data 15 settembre 2008
Categoria cardiovascolare

Secondo una revisione sistematica non ci sono evidenze sufficienti per stabilire se nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento di ST sia preferibile un approccio invasivo di routine o selettivo (riservato solo ai pazienti a rischio).

Questa revisione sistematica si proponeva di determinare se nelle sindromi coronariche acute senza innalzamento del tratto ST sia preferibile una strategia che preveda di eseguire routinariamente una coronarografia e successivo trattamento invasivo oppure sia meglio una scelta più selettiva che impieghi la coronarocgrafia solo nei pazienti a rischio (che non rispondono alla terapia medica oppure hanno una ischemia inducibile).
La revisione ha permesso di ritrovare 10 trials per un totale di oltre 10600 pazienti (età media 62 anni, 71% uomini, follow-up mediano 16,5 mesi). In totale ci sono stati 5330 pazienti trattati con terapia invasiva di routine (e si registrarono 847 casi di morte o infarto non fatale durante il follow-up, pari al 15,9%) e 5318 casi trattati selettivamente (e si registrarono 928 casi morte o infarto non fatale, pari al 17,5%). Il rischio realtivo risultò essere di 0,90 a favore della strategia invasiva routinaria, ma la differenza non era statisticamente significativa (IC95% 0,74-1,08). Secondo gli autori le caratteristiche dell'intervallo di confidenza non permettono di escludere una certa superiorità della prima opzione tuttavia i trial sono tra loro eterogenei e le prove sono insufficienti per stabilire con certezza quale sia la scelta migliore. In ogni caso formalmente la strategia invasiva di routine non ha dimostrato di ridurre le morti o l'infarto non fatale.

Fonte:

Qayyum R et al. Systematic Review: Comparing Routine and Selective Invasive Strategies for the Acute Coronary Syndrome. Ann Intern Med 2008 Feb 5; 148:186-196

Commento di Renato Rossi

La revisione recensita in questa pillola sottolinea soprattutto che le evidenze disponibili non permettono di dire quale sia la scelta migliore nel paziente con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento di ST. In una metanalisi simile di 8 RCT per oltre 10000 pazienti con angina instabile oppure infarto senza sopraslivellamento di ST si è visto che la strategia invasiva precoce (coronarografia immediata e trattamento invasivo), rispetto all'approccio conservativo (terapia medica e coronarografia solo in caso di insuccesso) riduceva un end-point composto (morte, infarto e sindrome coronarica acuta) nelle donne con bio-markers positivi (OR 0,67; 0,50-0,88) ma non in quelle con biomarkers negativi (OR 0,94; 0,61-1,44); anche negli uomini vi era un andamento simile: rispettivamente OR 0,56 (0,46-0,67) e 0,72 (0,51-1,01).
Questi risultati giustificano le raccomandazioni delle ultime linee guida dell'American College of Cardioloy e dell'American Heart Associan . Mentre nelle loro linee guida precedenti le due associazioni cardiologiche americane raccomandavano tout court un approccio invasivo precoce (coronarografia e rivascolarizzazione), ora prevedono la stratificazione del paziente e il conseguente comportamento guidato dal profilo di rischio. Per determinare il rischio si usa uno score clinico a cui può essere utile aggiungere il dosaggio delle troponine e del BNP. Per i pazienti instabili e ad alto rischio si consiglia una strategia invasiva precoce, da attuare preferibilmente tra 6 e 24 ore , piuttosto che tra 48 e 96 ore. I pazienti stabili e quelli a basso rischio possono essere trattati con terapia medica, eseguendo test non invasivi come lo stress test, l'ecocardiogramma e l'angiografia a radionuclidi.

Referenze

1. O'Donoghue M et al. Early Invasive vs Conservative Treatment Strategies in Women and Men With Unstable Angina and Non–ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. A Meta-analysis. JAMA 2008 Jul 2;300:71-80.
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3490