Le sindromi coronariche acute

Data 20 marzo 2022
Categoria cardiovascolare

Una breve panoramica sul trattamento delle sindromi coronariche acute.

Un'interessante review pubblicata da JAMA fa il punto sulle sindromi coronariche acute (SCA). Si tratta di una condizione molto frequente: si stima che ogni anno circa 7 milioni di persone vengano ricoverate nel mondo per SCA con una mortalità intra-ospedaliera che si aggira sul 5%.
Per SCA s'intende una improvvisa riduzione del flusso coronarico. Si distinguono due quadri clinici:
• un infarto con elevazione del tratto ST all'ECG (STEMI): rappresenta circa il 30% delle SCA ed è dovuto ad un'occlusione completa del vaso
• un infarto senza elevazione del tratto ST (NSTEMI) o un'angina instabile: rappresenta circa il 70% delle SCA ed è dovuta ad una occlusione parziale o intermittente del vaso. L'ECG mostra un sottoslivellamento del tratto ST oppure un'inversione dell'onda T o una combinazione di entrambe o nessuna di esse. Nel caso vi sia un aumento delle troponine si diagnostica un infarto senza sopraslivellamento di ST (NSTEMI), se invece siamo di fronte a dolore toracico senza movimento delle troponine si diagnostica un'angina instabile. Attualmente il dosaggio delle troponine ad alta sensibilità ha ridotto molto la diagnosi di angina instabile in favore dell'infarto NSTEMI. Nell'angina instabile le troponine ad alta sensibilità possono essere lievemente aumentate ma non soddisfano i criteri per diagnosi di infarto (sopra il 99% del limite superiore di riferimento).

Per angina instabile si intende un'angina di nuova insorgenza oppure un cambiamento nelle caratteristiche di un'angina da sforzo stabile (comparsa del dolore a riposo, mancata efficacia della terapia sintomatica con nitrati, comparsa del dolore per sforzi prima tollerati).

Nel caso di infarto con sopraslivellamento di ST (STEMI) si dovrebbe procedere a immediata coronarografia con angioplastica e stent medicato (PCI): questa pratica riduce la mortalità dal 9% al 7% rispetto alla trombolisi. Se la PCI non è fattibile entro 2 ore dall'inizio dei sintomi si dovrebbe procedere (a meno di controindicazioni) con la somministrazione di terapia trombolitica (alteplase, tenecteplase o reteplase) a dose intera nei pazienti con meno di 75 anni e con metà dose nei pazienti più anziani. Dopo la trombolisi il paziente dovrebbe essere sottoposto a PCI entro 24 ore. Le controindicazioni alla trombolisi sono: emorragia recente o in atto, ictus recente, grave trauma cranico, diatesi emorragica, ipertensione non controllata.
Nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento di ST ad alto rischio (NSTE-ACS) si dovrebbe eseguire una coronarografia con PCI o by-pass entro 24 -48 ore (riduzione dei decessi dal 6,5% al 4,9%). Il by-pass è riservato ai soggetti con malattia multivasale e basso rischio operatorio. La definizione di paziente ad alto rischio dipende dall'entità dell'aumento delle troponine, dal quadro elettrocardiografico e dalla valutazione globale mediante risk score.
Nei casi di pazienti con SCA senza sopraslivellamento di ST considerati a basso rischio il trattamento conservativo con antiaggreganti e antitrombinici è un'opzione, considerando anche le preferenze del paziente.
In tutti i pazienti con SCA al momento del ricovero viene somministrata una terapia antitrombotica che comprende ASA, un inibitore del recettore P2Y12 e un anticoagulante per via parenterale (nei soggetti con trombo nel ventricolo sinistro o con fibrillazione atriale si usa un anticoagulante orale) indipendentemente dal fatto dalla scelta terapeutica che verrà fatta in seguito. Viene somministrata precocemente anche una statina ad alte dosi.

RenatoRossi

Bibliografia

Deepak L et al. Diagnosis and treatment of acute coronary syndromes. A review. JAMA 2022; 327:662-675.