



LINEE GUIDA ESC SULLE SINDROMI CORONARICHE ACUTA: COSA C'È DI NUOVO?

a cura di

Marco Bernardi

Medico in formazione specialistica in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

Sapienza Università di Roma

Sindromi coronariche acute: al cuore del problema

La cardiopatia ischemica è la più frequente causa di mortalità e morbidità cardiovascolare ed è determinata da uno sbilanciamento tra la domanda e l'apporto di ossigeno nel miocardio. Quando il processo fisiopatologico avviene repentinamente si parla di Sindrome Coronarica Acuta (SCA). In questo contesto distinguiamo due entità nosologiche differenti:

SCA con persistente sopraslivellamento del tratto ST (SCA-STEMI)

SCA senza sopraslivellamento persistente del tratto ST (SCA-NSTE).

Quest'ultimo gruppo racchiude sia l'angina instabile che l'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST, situazioni di fatto accumulate dagli stessi presupposti fisiopatologici e dal simile approccio terapeutico.

IV definizione universale di infarto del miocardio

Secondo la quarta definizione universale, l'infarto miocardico acuto (IMA), si definisce come una condizione caratterizzata da un danno miocardico acuto (dato dall'incremento dei valori ematici delle troponine cardiache ad alta sensibilità T o I, con almeno un valore al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento) ed almeno uno dei seguenti criteri:

Sintomi di ischemia del miocardio

Nuove modifiche dell'ECG suggestive di ischemia

Comparsa di onde Q patologiche all'ECG

Metodiche di imaging che mostrano perdita di miocardio vitale o alterazioni della cinesi distrettuale

Trombo intracoronarico rilevato tramite angiografia o autopsia

La quarta definizione universale riconosce inoltre cinque tipi diversi di IMA:

Tipo 1: dovuto a rottura, ulcerazione, fissurazione, erosione di una placca aterosclerotica a livello coronarico

Tipo 2: necrosi dovuta a discrepanza tra richiesta e apporto di ossigeno, come per anemia severa, ipertensione, tachiaritmie.

Tipo 3: morte cardiaca improvvisa senza possibilità di dosare i biomarcatori.

Tipo 4: IMA associato a trattamento coronarico percutaneo (PCI)

Tipo 5: IMA associato a bypass aorto-coronarico (CABG)

Focus sulle nuove linee guida ESC 2023

Per la prima volta, la Società Europea di Cardiologia (ESC) ha deciso di trattare tutto lo spettro delle sindromi coronariche acute (STE-ACS e NSTEMI-ACS) in un unico documento (e nei materiali supplementari ad esso allegati).

Secondo le nuove linee guida ESC 2023 sulle sindromi coronariche acute, una strategia diagnostica invasiva precoce (entro 24 ore) dovrebbe essere presa in considerazione nei pazienti con almeno uno dei seguenti criteri di alto rischio, con classe di raccomandazione IIa (e non più classe I come nelle versioni precedenti):

- diagnosi confermata di NSTEMI in base agli algoritmi hs-cTn attualmente raccomandati dall'ESC;
- alterazioni dinamiche del segmento ST o dell'onda T;
- innalzamento transitorio del segmento ST;
- punteggio di rischio GRACE >140.

Una strategia invasiva immediata è invece raccomandata con classe di raccomandazione I nei pazienti con una diagnosi di NSTEMI-ACS e con almeno uno dei seguenti criteri di altissimo rischio:

instabilità emodinamica o shock cardiogeno;

dolore toracico ricorrente o refrattario nonostante il trattamento medico;

aritmie minacciose al monitoraggio intra-ospedaliero;

complicanze meccaniche dell'infarto miocardico;

insufficienza cardiaca acuta presumibilmente secondaria all'ischemia miocardica in atto;

alterazioni dinamiche ricorrenti del segmento ST o dell'onda T, in particolare elevazione intermittente del segmento ST.

Un cambio di classe di raccomandazione nelle nuove linee guida ESC 2023 riguarda il pretrattamento con un inibitore del recettore P2Y₁₂, che viene ora raccomandato in classe IIb nel paziente con STEMI da sottoporre a una strategia di PCI primaria. Inoltre, sempre con la stessa classe di raccomandazione, un P2Y₁₂ inibitore può essere preso in considerazione nei pazienti con NSTEMI-ACS per i quali non è prevista una strategia invasiva precoce (ossia entro le 24 h) e che non presentino criteri di alto rischio emorragico. Non è invece raccomandato il pretrattamento di routine nei pazienti con NSTEMI-ACS in cui non è nota l'anatomia coronarica e si prevede una gestione invasiva precoce.

Un'importante novità nelle nuove linee guida ESC 2023 riguarda la rivascolarizzazione di pazienti emodinamicamente stabili con STEMI e malattia coronarica multivasale: per la prima volta si raccomanda – con classe di raccomandazione I – la rivascolarizzazione completa durante la procedura index di PCI, oppure entro 45 giorni. Inoltre, l'angioplastica di un'arteria non sede di placca culprit deve essere basata sulla severità angiografica, mentre l'uso della fisiologia intracoronarica su placche non culprit non viene raccomandata durante la procedura index.

Il ruolo della riabilitazione nelle nuove linee guida

Riguardo al long-term management dei pazienti con sindrome coronarica acuta, nelle nuove linee guida ESC 2023 si ribadisce che tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta dovrebbero partecipare ad un programma di riabilitazione cardiaca e di prevenzione multidisciplinare, strutturato e con supervisione medica, basato sull'esercizio fisico. Inoltre, viene raccomandato uno stile di vita sano, che comprenda l'interruzione del fumo di sigaretta, una dieta sana (come quella mediterranea), la limitazione dell'alcol, una regolare attività fisica con esercizi aerobici e di resistenza ed una riduzione della sedentarietà. Si ribadisce inoltre che tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta dovrebbero partecipare a un programma di riabilitazione cardiaca, con possibilità di intraprendere un percorso di teleriabilitazione. Infatti, la teleriabilitazione può essere una strategia efficace per mantenere uno stile di vita sano nel tempo e può supportare o addirittura sostituire in parte la riabilitazione cardiologica convenzionale basata sui centri veri e propri. Questo tipo di riabilitazione “a distanza” comprende tutte le componenti fondamentali della riabilitazione cardiologica classica, tra cui il telecoaching, l'interazione sociale, il telemonitoraggio e l'e-learning. Studi condotti su pazienti con cardiopatia ischemica hanno dimostrato che la teleriabilitazione può essere equivalente a quella tradizionale in termini di miglioramento funzionale, gestione dei fattori di rischio e benessere del paziente.

Bibliografia essenziale

Byrne RA et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023 Oct 12;44(38):3720-3826.