

“Linee –guida” e”albero delle decisioni ” nelle Sindromi Coronariche Acute (SCA)

A cura di Giuseppe Calcagnini
Dipartimento di Scienze Cardiovascolari e Respiratorie
Università di Roma “la Sapienza”

Premessa

La malattia coronarica e i quadri clinici nei quali si manifesta, rappresentano tuttora la principale causa di premorienza e di invalidità nel mondo occidentale.

Il progresso medico e organizzativo degli ultimi decenni stanno peraltro nettamente riducendo il numero di morti e di invalidi in conseguenza delle Sindromi Coronariche Acute - SCA (*).

(*) Con SCA (ACS) sono identificati tre quadri di ischemia miocardica acuta ed esattamente:
- angina instabile (UA)
- infarto miocardico senza elevazione del tratto ST (NSTEMI)
- infarto miocardico con elevazione del tratto ST (STEMI)
ACS, NSTEMI e STEMI sono gli acronimi inglesi

Questi risultati favorevoli, variabili da paese a paese, sono in rapporto diretto con il grado di trasferimento operativo delle nuove acquisizioni diagnostiche e terapeutiche.

Con l’obiettivo proprio delle linee guida e cioè “ indicare al medico le risposte più appropriate a circostanze cliniche specifiche”, le Società Europea (ESC) e Americana (AHA) di Cardiologia e l’American College of Cardiology (ACC) , hanno rilasciato nuove prescrizioni per il paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA).(**)

(°°) Le FONTI di riferimento di questo rapporto, e alle quali si rinvia per la bibliografia sono:
1) Linee guida sulla gestione del dolore toracico (Eur.Heart J. 2002; 23:1153-76)
2) Stratificazione del rischio basata sulle evidenze dei pazienti con sospetti angina instabile/NSTEMI (Emerg.Med.Pract. 2004(5); 7: 1-20)
3) Practical Implementation of the Guidelines for Unstable Angina/NSTEMI in the Emergency Departement – AHA scientific statement- (Circulation 2005; 111 (20): 2699-2710.)

L’applicazione in “ sanità” delle conquiste della moderna medicina incontra purtroppo ostacoli in larga parte dipendenti dai modelli organizzativi della struttura “sanitaria” del paese e, in parte minore, dal ritardo “culturale” con il quale la classe medica si adegua alle novità “scientifiche”.

L'obiettivo di questa relazione è essenzialmente quello di esporre alcune novità in tema di diagnosi e terapia delle SCA ponendone in particolare evidenza gli aspetti metodologici e di procedura.

Il problema della diagnosi precoce

Vi è un'espressione che sintetizza con estrema efficacia il tema della precocità diagnostica nelle SCA ed è "il tempo è miocardio". Ciò vuol dire che "prima si interviene, più cuore si salva dal danno ischemico irreversibile."

Nel percorso clinico che il paziente compie nel rapporto con il sistema sanitario si identificano tre fasi:

- Fase che precede il ricovero ospedaliero (medico di base, ambulanza 118)
- Fase del ricovero ospedaliero (quasi sempre un DEA)
- Fase della dimissione

La fase preospedaliera

La diagnosi di SCA deve essere posta in fase preospedaliera, se non con elementi di certezza , almeno di "probabilità"; e questo quasi sempre ad opera del medico generico, quando non dell'infermiere del 118.

La "scala diagnostica" , vale a dire la raccolta e la interpretazione dei sintomi e dei segni indicativi di SCA, si articola in alcuni gradini.

Il **primo gradino** della scala diagnostica, normalmente rilevato dal medico al domicilio del paziente, è la valutazione del dolore toracico acuto.

Dalla interpretazione di questo sintomo si potrà dedurre se esso sia espressione di una condizione potenzialmente rischiosa per il paziente e perciò si renda necessario (questa è la prima decisione!) disporre il ricovero in ambiente adatto o invece si possano avviare procedure e trattamenti di diverso tipo.

Il primo passo è perciò quello di "interpretare" il sintomo " dolore toracico" alla ricerca della condizione patologica che ne è alla base.

Classicamente il dolore toracico viene distinto in:

- viscerale
- non viscerale o della gabbia toracica

L'ischemia cardiaca è la condizione che con maggior frequenza causa dolore acuto toracico di tipo viscerale.

Altre cause sono rappresentate da

- malattie polmonari
- pneumotorace
- affezioni digestive
- aneurisma aortico.

Il dolore toracico " non viscerale", trae viceversa origine da affezioni della colonna vertebrale, della gabbia toracica e dalle strutture che la costituiscono.

L'identificazione eziopatogenetica è talvolta possibile sulla base delle caratteristiche del dolore quali:

- intensità e qualità
- sede e estensione

- durata
- irradiazione (cd dolore riferito)
- modificabilità ed evocabilità (atti del respiro, posizione, palpazione, assunzione di liquidi)
- risposta ai nitrati.

Sono tuttavia frequenti difficoltà di “lettura” di una toracoalgia, e talvolta franchi errori di valutazione.

Insieme al dolore toracico le linee guida , citate in premessa, indicano altri elementi diagnostici per una probabile SCA e quindi orientano sulla opportunità del ricovero ospedaliero.

La “probabilità” di una SCA è stimata in tre livelli:

Alta

Intermedia

Bassa

La probabilità di SCA è **alta** quando:

- Il disturbo al torace o all’arto superiore sinistro riproduce un’angina precedentemente documentata;
- vi è storia nota di malattia coronarica, incluso l’infarto.
- si manifestano contemporaneamente: diaforesi, ipotensione, shock, edema polmonare, rantoli .
- all’ECG si osservano alterazioni “nuove” della ripolarizzazione (tratto ST, onda T)
- vi è aumento delle Troponine e del CK-MB

La probabilità di SCA è **intermedia** quando:

- sono assenti gli indici di alta probabilità
- è presente come sintomo principale disturbo o dolore al torace o all’arto superiore sinistro, l’età >70 a, il sesso maschile, il diabete mellito
- coesiste malattia vascolare extracardiaca.
- all’ECG si osservano onde q stabili; ST e T anormali ma non variate.
- marcatori biochimici: normali

La probabilità di SCA è **bassa** quando:

- sono assenti gli indici di probabilità alta e intermedia
- sono presenti sintomi probabilmente ischemici in assenza di qualsiasi caratteristica di probabilità intermedia; vi è uso di cocaina
- il disturbo toracico è riproducibile con la palpazione.
- all’ECG vi è appiattimento delle onde T o inversione della T con onde R dominanti oppure l’ECG è normale.
- i marcatori biochimici sono normali

Il processo diagnostico richiede quindi elementi anamnestici e semeiologici alcuni dei quali valutabili anche dal non specialista cardiologo, al quale invece è richiesto

l'accertamento ECG e – unitamente ai sanitari del DEA - la prescrizione e la valutazione dei markers biochimici.

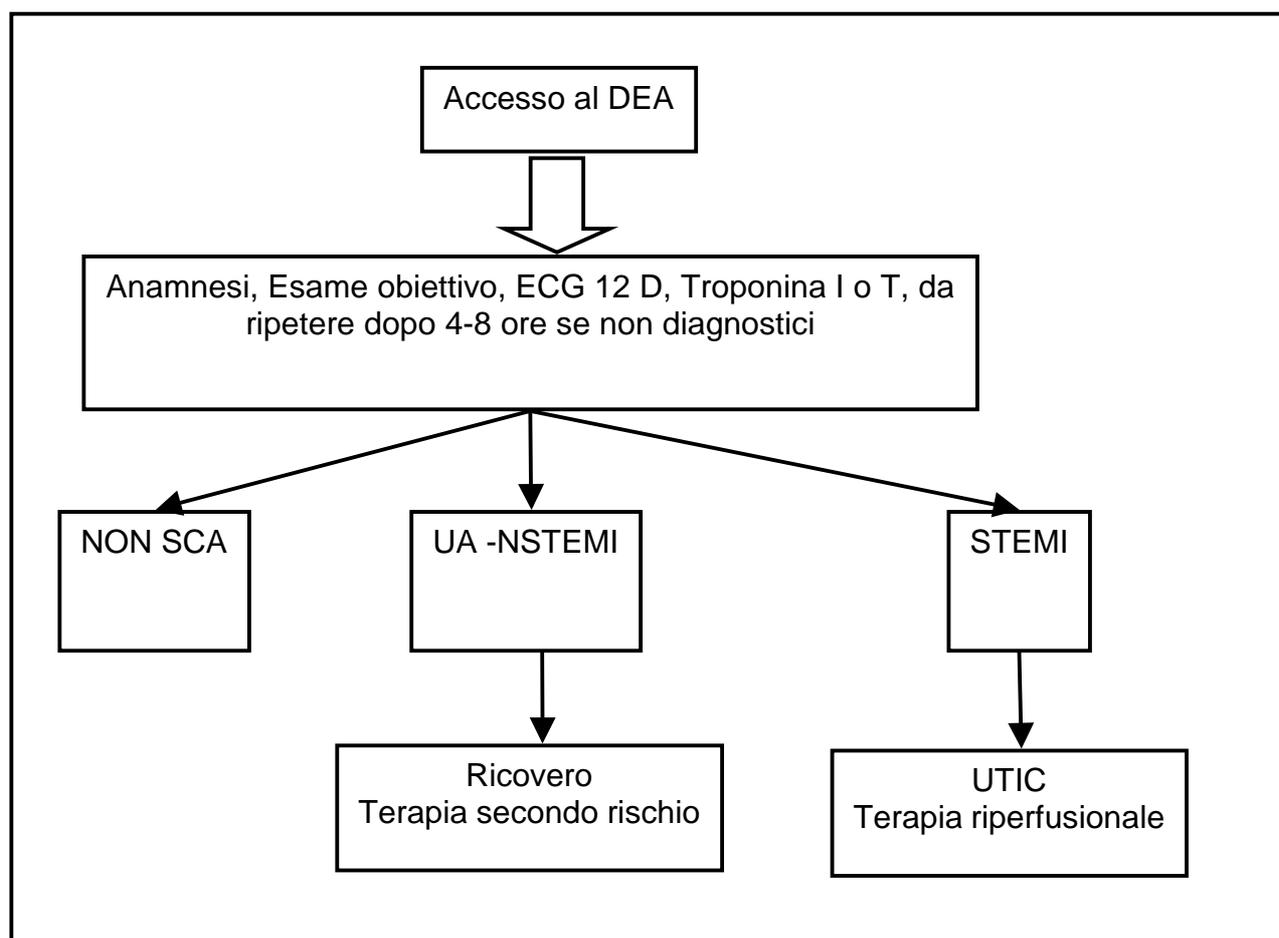
La fase preospedaliera prevede quindi ove la probabilità di SCA non sia bassa, l'invio a un DEA possibilmente dotato di " chest pain room" .

La fase preospedaliera termina con la somministrazione terapeutica di aspirina (o altro antiaggregante se vi è intolleranza all'ASA), di nitrati sublinguali, con l'ossigenoterapia e raramente la somministrazione di morfina. Se necessario dovranno comunque essere eseguiti gli interventi per shock e /o per aritmie minacciose per la vita.

La fase ospedaliera

Compito della successiva fase ospedaliera (generalmente un DEA) oltre la prosecuzione della procedura diagnostica, è quello della " stima del rischio" (mortalità) nell'ambito SCA, impiegando 7 variabili (punteggio TIMI).

La "scala diagnostica" al momento del ricovero in DEA (1/2)



UA = angina instabile

NSTEMI – Infarto miocardio senza elevazione di ST

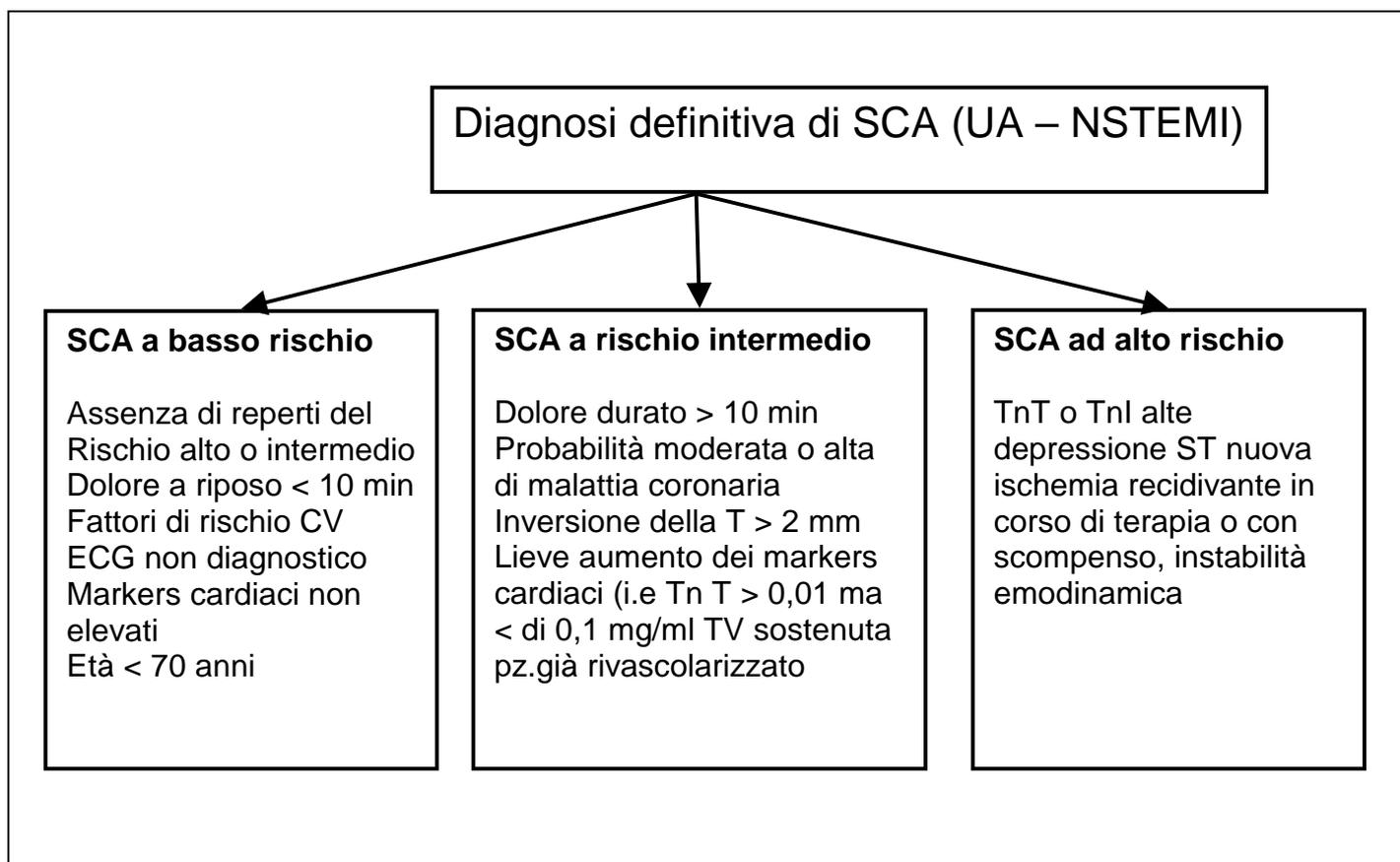
I pazienti con SCA identificata come STEMI devono essere inviati immediatamente in UTIC.

Le SCA del tipo UA e NSTEMI vanno ricoverate con procedure e terapie differenziate sulla base del rischio (mortalità).

Anche per questo **rischio** è prevista la graduazione sui tre livelli

Alto Intermedio Basso

La “scala diagnostica” al momento del ricovero in DEA (2/2)
La stratificazione del rischio

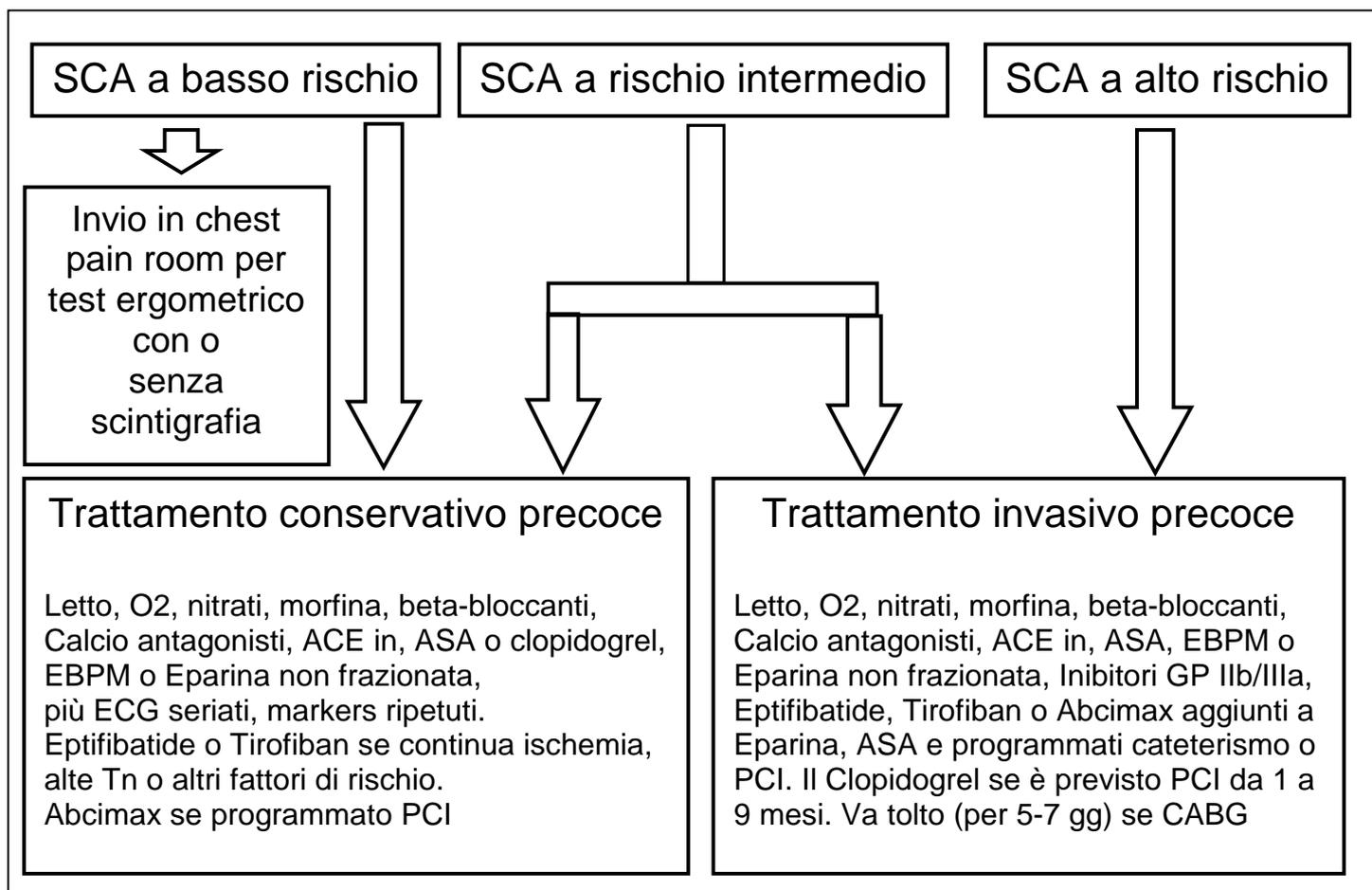


Tn = Troponina I o T

Il completamento diagnostico avrà consentito a questo punto di differenziare le SCA in uno dei tre quadri clinici che sono espressione dell'ischemia cardiaca acuta (UA, NSTEMI, STEMI) e per UA e NSTEMI anche la determinazione del grado di rischio.

L'identificazione del grado di "rischio" operato in sede di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, determinerà il comportamento successivo e le decisioni terapeutiche che dovranno essere assunte.

Le decisioni basate sul rischio



EBPM = eparine a basso peso molecolare. PCI = percutaneous coronary intervention.

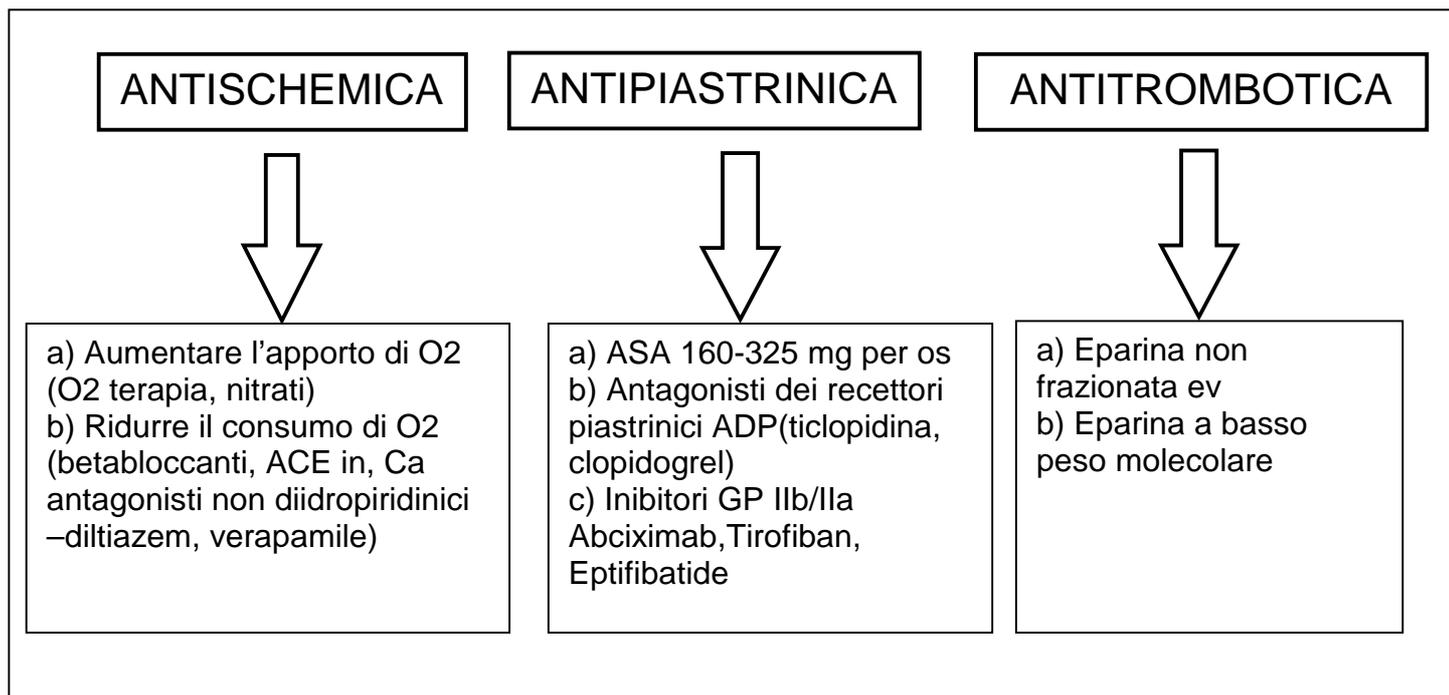
Per i pazienti con **SCA a basso rischio**, se il test ergometrico con o senza scintigrafia risulterà negativo, verrà disposta la dimissione e il prosieguo di sorveglianza affidato al cardiologo ambulatoriale. Se il test ergometrico risulterà positivo, il pz. verrà inviato al trattamento conservativo precoce.

I pazienti con **SCA a rischio intermedio** potranno essere inviati o al trattamento conservativo precoce o al trattamento invasivo precoce. Si tratta in effetti di decidere se si renda necessaria la rivascularizzazione (primaria con PTCA o con trombolisi) o se sia sufficiente e adeguata la terapia medica (ossigeno, nitrati, betabloccanti, calcioantagonisti, ace inibitori, aspirina antagonisti dell'adenosina – ticlopidina, clopidogrel -, inibitori della glicoproteina IIb/III a – abciximab, tirofiban, eptifibatide ,

eparina non frazionata, eparina a basso peso molecolare), tenendo altresì presente che la Trombolisi nell'angina instabile e in NSTEMI è controindicata.

Il significato dei farmaci proposti è esposto nella tabella che segue.

La terapia farmacologica



In sintesi le recenti linee guida e le conseguenti decisioni operative dalle stesse consigliate, modificano l'approccio diagnostico e terapeutico alle Sindromi Coronariche Acute del tipo **Angina Instabile (UA) e Infarto miocardio senza elevazione del tratto ST (NSTEMI)**.

La loro applicazione si è dimostrata in grado di

- migliorare la sopravvivenza e la condizione cardiocircolatoria alla dimissione ospedaliera;
- ridurre i ricoveri inappropriati.

BIBLIOGRAFIA

Una completa elencazione bibliografica si trova negli articoli citati a pag.1 del presente rapporto.

