Nuove linee guida per l'angina instabile e l'infarto senza ST elevato (NSTEMI)

Data 08 maggio 2008
Categoria cardiovascolare

L'ACC in collaborazione con l'AHA ha pubblicato le nuove linee guida sul trattamento dell'angina instabile e dell'infarto miocardico senza sopraslivellamento di ST.

L'American College of cardology e l'American Heart Association hanno aggiornato le linee guida del 2002 sul trattamento dell'angina instabile e dell'infarto miocardico senza ST elevato.
Di seguito i punti principali che le differenziano dalle precedenti.

1. Le LG precedenti consigliavano un approccio invasivo precoce (coronarografia e rivascolarizzazione) mentre ora si raccomanda di stratificare il paziente in base al rischio. Per determinare il rischio di usa uno score clinico a cui può essere utile aggiungere il dosaggio delle troponine e del BNP.

2. 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.

3. 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. L'angioplastica peggiora gli esiti nelle donne a basso rischio.

4. Dopo impianto di stent medicato il clopidogrel deve essere somministrato alla dose di 75 mg/die per un anno o più, associato all'aspirina (162-325 mg/die) per 3 mesi o più nello stent al sirolimus e per 6 mesi nello stent al paclitaxel e poi continuata sine die alla dose di 75-162 mg/die.

5. I pazienti trattati in maniera conservativa devono ricevere aspirina (75-162 mg/die) per sempre associata per 1-12 mesi al clopidogrel (75 mg/die).

6. I pazienti trattati con stent non medicati devono ricevere aspirina (162-325mg/die) per 1 mese, continuata poi per sempre alla dose di 75-162 mg/die, in associazione con clopidogrel (1-12 mesi) alla dose di 75 mg/die.

7. Durante il ricovero si devono evitare i FANS. Le donne devono smettere la terapia orminale sostitutiva se in corso.

8. Per la prevenzione secondaria è necessario smettere di fumare.

9. Sono consigliati inoltre inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina per ridurre il rimodellamento miocardico e i bloccanti il recettore dell'aldosterne per lo scompenso cardiaco.

10. Vitamine e acido folico non sono più raccomandati perchè i trials clinici suggerisocno, in alcuni casi, possibili esiti negativi.

11. Il colesterolo LDL deve essere mantenuto al di sotto di 100 mg/dL (ottimale: 70 mg/dL) e la pressione al di sotto di 140/90 mmHg (nei diabetici e nelle nefropatie croniche il target è inferiore a 130/80 mmHg)

Fonte:
Anderson JL et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2007; DOI:10.1016/j.jacc.2007.02.028. Available at:

http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/50/7/e1. Circulation. 2007; DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185752. Available at: http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185752.

Commento di Renato Rossi

Le maggiori novità di queste linee guida sono probabilmente la stratificazione dei pazienti in base al rischio e la sconfessione delle vitamine e dell'acido folico.
Le linee guida riconoscono che i pazienti a basso rischio possono essere trattati in modo conservativo: in questa raccomandazione hanno recepito i risultati del recente studio ICTUS .
Per individuare i pazienti a rischio elevato che necessitano di un approccio invasivo precoce si ricorre ad una valutazione clinico-strumentale e laboratoristica di prima linea. Sono considerate a rischio le seguenti categorie: pazienti che nelle ultime 48 ore hanno avuto un peggioramento dei sintomi ischemici con dolore a riposo superiore ai 20 minuti, presenza di edema polmonare, soffio mitralico di nuova insorgenza o peggiorato, rantoli, ipotensione, bradicardia, tachicardia, età superiore ai 75 anni, angina a riposo o cambiamenti transitori dell'ST > 0,5 mm, comparsa di blocchi di branca, aumento degli enzimi cardiaci.
Per quanto riguarda l'uso delle vitamine e dell'acido folico in prevenzione secondaria ormai sono numerosi gli studi che ne hanno decretato l'inutilità se non la pericolosità, l'ultimo pubblicato quasi contemporaneamente a queste linee guida .
Altri punti che meritano di essere segnalati sono il riconoscimento dell'azione negativa che i FANS possono avere sull'apparato cardiovascolare e la raccomandazione di protrarre la doppia antiaggregazione (asa + clopigogrel) per almeno 12 mesi nei pazienti trattati con stent medicati, problematica a cui sono state dedicate numerose pillole e che aveva ricevuto, recentemente, anche l'attenzione della FDA.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3195
2. Cook NR et al. A Randomized Factorial Trial of Vitamins C and E and Beta Carotene in the Secondary Prevention of Cardiovascular Events in Women. Results From the Women's Antioxidant Cardiovascular Study. Arch Intern Med. 2007 13/27Aug;167:1610-1618.