Le sindromi coronariche acute nelle donne in premenopausa

Data 31 maggio 2026
Categoria cardiovascolare

Nelle donne in premenopausa le sindrome coronariche acute possono riconoscere meccanismi molto diversi rispetto alla classica patologia aterosclerotica.

Nelle donne in premenopausa le sindrome coronariche acute hanno delle caratteristiche specifiche. spesso non sono diagnosticate e per questo vengono sottotrattate. Per tali motivi l'American Heart Association ha sentito il bisogno di pubblicare un documento che fa il punto della situazione. Di seguito i punti salienti.

1. L'aterosclerosi può essere una causa, ma spesso le SCA in premenopausa sono dovute a vasospasmo, dissezione spontanea coronarica (acronimo = SCAD) oppure a una condizione conosciuta con l'acronimo MINOCA (myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries) in cui si possono riscontrare ostruzioni coronariche < 50%. Questi meccanismi spiegano perchè il quadro clinico può essere atipico e meno conosciuto.

2. A causa di queste condizioni la coronarografia può non essere diagnostica risultando normale o poco significativa: non evidenzia bene le SCAD, non rileva il vasospasmo, non vede una placca erosa,e cc.; pertanto è consigliabile ricorrere a tecniche avanzate di imaging intracoronarica (ad esempio l'ecografia intracoronarica = IVUS e la OCT (= Optical Coherence Tomography = usa la luce infrarossa) e test funzionali per vasospasmo.

3. La terapia standard è indicata nel caso di sindrome coronarica acuta (SCA) su base aterosclerotica. In questo caso si applicano le linee guida con duplice antiaggregazione (DAPT), statine e terapia cardiovascolare standard.

4. Nel caso di Spontaneous Coronary Artery Dissection si preferisce una gestione conservativa, poiché il vaso spesso guarisce spontaneamente. In questi casi si tende ad evitare la PCI, che può estendere o aggravare la dissezione, e la duplice antiaggregazione prolungata. La terapia è quindi prevalentemente conservativa e può includere beta-bloccanti e, in molti casi, aspirina.

5. Nel caso di vasospasmo coronarico la duplice antiaggregazione non è indicata di routine, e la terapia si basa su calcio-antagonisti e nitrati.

6. Il Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries è una sindrome eterogenea che può essere dovuta a vasospasmo, aterosclerosi non ostruttiva (stenosi <50%), SCAD o altre cause (es. microtrombosi o miocardite da escludere). La terapia dipende quindi dall'identificazione del meccanismo sottostante.

7. I beta-bloccanti possono ridurre il rischio di recidiva in alcune forme di MINOCA, in particolare quando è presente un meccanismo legato a stress di parete o disfunzione coronarica.
La duplice antiaggregazione si utilizza in caso di impianto di stent o in presenza di rottura di placca/trombosi aterotromboticadocumentata.

8. Necessaria una terapia aggressiva con target di colesterolo LDL inferiore a 55-70 mg/dl e pressione arteriosa sistolica <120 mmHg.

Chedire?

Il documento dell'American Heart Association affronta un problema reale e spesso sottovalutato: le sindromi coronariche acute nelle donne in premenopausa non seguono sempre il modello "classico" dell'infarto da aterosclerosi ostruttiva. Insomma bisogna chiedersi perché è avvenuto: condizioni come Spontaneous Coronary Artery Dissection, Vasospasmo coronarico e Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries hanno una fisiopatologia completamente diversa rispetto all'aterotrombosi classica.
Un secondo aspetto molto importante è il riconoscimento dei limiti della coronarografia standard. Il documento sottolinea correttamente che un'arteria "angiograficamente normale" non esclude una patologia significativa. Questo è un cambiamento concettuale rilevante, perché riduce il rischio di sottodiagnosi e sottotrattamento, soprattutto nelle pazienti giovani.
Dal punto di vista terapeutico, il messaggio è altrettanto rilevante: non esiste una terapia unica per tutte le SCA. In particolare, la raccomandazione di evitare interventi invasivi o terapie antiaggreganti prolungate nella SCAD e nel vasospasmo è importante perché previene potenziali danni iatrogeni.
Un altro punto forte è l'enfasi sulla diagnostica multimodale, che include imaging intracoronarico. Questo riflette l'evoluzione della cardiologia contemporanea verso una diagnosi più fine e integrata.
Un limite va però detto: la complessità applicativa nella pratica clinica reale di queste raccomandazioni. Richiede elevata expertise, disponibilità di imaging avanzato e un forte sospetto clinico iniziale. Questo può spiegare perché, nonostante le raccomandazioni, la sottodiagnosi nelle donne giovani rimanga ancora frequente.

RenatoRossi

Bibliografia

Kovacic JC, Reynolds HR, Alasnag M, Blakeman JR, Ijioma NN, Kim ESH, Sandner S, Sanghavi M, Saw J, Tamis-Holland JE; American Heart Association Cardiovascular Interventions Committee of the Council on Clinical Cardiology and the Women's Health Science Committee of the Council on Clinical Cardiology and Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young; Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Coronary Syndromes in Premenopausal Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2026 Feb 17;153(7):e89-e108. doi: 10.1161/CIR.0000000000001416. Epub 2026 Feb 3. PMID: 41631393.