

Stratificazione e prognosi delle sindromi coronariche acute

M. Cassin

Emodinamica Interventistica - Cardiologia, A.O. "S. Maria degli Angeli", Pordenone

Summary

Prognosis and risk stratification of acute coronary syndromes

Short and long-term risk stratification of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes (ACS) should be based on a combination of clinical history, symptoms, ECG, biomarkers, risk score results, and imaging findings. Several risk stratification scores have been developed and validated in large patient

populations. The GRACE risk score is based on a large unselected population of an international registry with a full spectrum of ACS patients. The risk factors were derived with independent predictive power for in-hospital deaths and post-discharge deaths at 6 months.

The evaluation of the individual risk is a dynamic process that is to be updated as the clinical situation evolves.

Key-words: ACS, prognosis, risk score.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbilità nei paesi occidentali, nonostante si sia osservata una riduzione progressiva di decessi negli ultimi anni in entrambi i sessi, dovuta all'introduzione di più efficaci terapie farmacologiche, interventistiche e chirurgiche.

In Italia la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti (l'infarto miocardico acuto, in particolare, l'8%) nella popolazione di età 35-74 anni. Le stime ISTAT più recenti indicano per il 2004 un tasso di mortalità per infarto miocardico di 73/100.000 negli uomini e 49/100.000 nelle donne.

L'analisi delle SDO 2004 permette di stimare un tasso di ricovero per infarto miocardico di circa 2.5 per 1000 abitanti per anno.

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche acute della cardiopatia ischemica, queste vengono definite come sindromi coronariche acute (SCA), di cui la variante con sopraslivellamento del tratto ST (SCA-STEMI) è causata nella maggior parte dei casi da occlusione trombotica di uno dei rami coronarici principali ed è la forma inizialmente più grave. La SCA senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE) è più complessa e meno omogenea sia dal punto di vista fisiopatologico che epidemiologico. Complessità che è accresciuta dalla recente introduzione della

nuova definizione universale di infarto miocardico. Nella maggior parte dei casi il meccanismo patogenetico è legato alla rottura di una placca aterosclerotica con conseguente trombosi non occludente.

La prognosi delle SCA-STE è diversa e vede un decorso ospedaliero più favorevole rispetto a quello dei pazienti con SCA STEMI. Però la prognosi delle SCA-NSTEMI si fa progressivamente peggiore con il trascorrere del tempo dall'evento indice, raggiungendo a 4 anni livelli di mortalità > 20%. Infatti è ormai riconosciuto che le SCA-NSTE hanno una prognosi a medio termine non molto diversa da quella dello STEMI.

Questo quadro prognostico rende necessario, in particolare per le SCA-NSTE, un utilizzo più razionale delle risorse a disposizione, da destinarsi preferibilmente ai casi più gravi, che dovrebbero essere avviati ad una strategia invasiva precoce. Vista anche la prevalenza maggiore e in crescita delle SCA-NSTE, circa il doppio di quella della SCA-STEMI, ne deriva l'importanza di una stratificazione prognostica precoce ed efficace, capace di fornire non solo le indicazioni ma anche le priorità delle indicazioni stesse alla strategia invasiva.

La stratificazione prognostica delle SCA-NSTE è basata sull'uso di variabili il cui valore prognostico è stato determinato negli studi clinici randomizzati e nei registri più

importanti degli ultimi anni. Nelle precedenti linee guida europee veniva definito un elenco di variabili predittive di prognosi da utilizzare per selezionare i pazienti da avviare alla strategia invasiva precoce (approccio “monovariato”). Le nuove linee guida della società europea di cardiologia sono invece a favore di una valutazione prognostica “multivariata” globale, basata su una combinazione di anamnesi, sintomi, ECG, marcatori biochimici e score di rischio clinico. Tra questi ultimi vi è una preferenza per il GRACE score, sviluppato con l’analisi multivariata della popolazione del registro GRACE. Le variabili sono predittive di mortalità intraospedaliera ed a 6 mesi, a ciascuna delle quali, nel calcolo dello score globale, viene attribuito un punteggio parziale. Le variabili per la previsione di mortalità ospedaliera sono: classe Killip, età, pressione sistolica, frequenza cardiaca, creatininemia, arresto cardiaco all’ingresso, sottoslivellamento del tratto ST, aumento della troponina.

Questa score è diverso dal TIMI risk score, le cui variabili, ricavate dai dati degli studi TIMI 11B e Essence, sono predittivi dell’endpoint combinato (mortalità, infarto miocardico, ischemia severa) a 6 mesi.

La stratificazione prognostica iniziale è importante ai fini della scelta del timing della coronarografia e delle scelte delle strategie terapeutiche.

Alla coronarografia immediata devono essere avviati i soggetti ad altissimo rischio, con angina persistente, con segni clinici di scompenso cardiaco o con aritmie ventricolari maggiori potenzialmente fatali. L’indicazione a coronarografia precoce, entro 72 ore, comprende tutti i pazienti con le caratteristiche che negli studi citati hanno avuto una prognosi peggiore e un vantaggio dalla strategia invasiva precoce: aumento della troponina, alterazio-

ne di ST, diabete mellito, insufficienza renale, disfunzione ventricolare sinistra (FE <40%), pregresso infarto miocardico, pregressa rivascolarizzazione. Nei restanti pazienti è indicata la strategia conservativa. Le linee guida, in ogni caso, enfatizzano un approccio multiparametrico.

Bibliografia

- Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF task force for the redefinition of myocardial infarction. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007; 28:2525-38.
- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Buda JA, Fernández-Avilés F, et al.; Task force for the diagnosis and treatment of Non-ST segment elevation acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of Non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007; 28:1598-660.
- Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, Greco C, Lucci D, Gonzini L, et al.; BLITZ-2 Investigators. Epidemiology of Non-ST-elevation acute coronary syndromes in the Italian cardiology network: the BLITZ-2 study. *Eur Heart J* 2006; 27:393-405.
- Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al.; GRACE Investigators. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med* 2003; 163:2345-53.
- Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van de Werf F, et al.; GRACE Investigators. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. *JAMA* 2004; 291:2727-33.
- Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA* 2000; 284:835-42.