

■ CARDIOLOGIA

Infarto miocardico acuto: nuove indicazioni dall'ESC 2017

È stato presentato al Congresso dell'European Society of Cardiology (ESC) di Barcellona (26/30 agosto 2017) l'aggiornamento delle nuove linee guida per la gestione dell'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato.

Il documento fornisce raccomandazioni relative ad alcuni topics non contemplati dalla precedente edizione (2012), integrate da alcune modificazioni delle evidenze già incluse.

► Hot topics

- Per la prima volta viene fornita una chiara definizione del momento in cui far partire l'orologio del target dei 90 minuti per l'angioplastica, che deve partire al momento della diagnosi di infarto miocardico (STEMI) tramite ECG. "Fino ad ora c'era confusione tra far partire il conto nel momento in cui il paziente avverte i primi sintomi, quando vengono chiamati i servizi di emergenza, quando l'ambulanza arriva sulla scena o quando il paziente arriva all'ospedale. In realtà non sappiamo se il paziente soffre di STEMI fino a quando questo viene confermato dall'ECG, che diventa

quindi un punto di partenza ragionevole per l'intervallo di tempo di 90 minuti", ha affermato il presidente della task force professor Stefan James (Svezia).

- Il vago termine "door-to-balloon" è stato rimosso dalle linee guida e il primo contatto medico è definito come il momento in cui il paziente viene inizialmente valutato da un medico, un paramedico o un'infermiera che ottiene e interpreta l'ECG. Il door-to-balloon non è più un termine utile; il trattamento viene in genere avviato in ospedale ma ora può anche iniziare già nell'ambulanza, in modo che il tempo varia a seconda della situazione.

- Nei casi in cui la strategia di reperfusion è la fibrinolisi, il tempo massimo di ritardo dalla diagnosi di STEMI al trattamento è stato ridotto da 30 minuti nel 2012 a 10 minuti nel 2017. Nel documento del 2012 la rivascolarizzazione completa non era raccomandata, limitando il trattamento alle sole arterie coinvolte nell'evento mentre la nuova edizione sostiene che a la rivascolarizzazione completa dovrebbe essere considerata, con trattamento delle arterie non infartuate durante la procedura o in

un altro momento prima della presa in carico ospedaliera.

- Non viene più raccomandata la tromboaspirazione, in base a quanto emerso in due studi di grandi dimensioni che hanno coinvolto oltre 15mila pazienti, né lo stenting differito. Relativamente all'angioplastica, l'uso di stent medicati va a sostituire quello degli stent metallici, mentre un'altra importante novità riguarda l'upgrade dell'accesso radiale rispetto a quello femorale.

- Nel capitolo farmacoterapia, la doppia terapia antiaggregante può essere estesa oltre 12 mesi in pazienti selezionati, mentre la bivalirudina è stata degradata dalla classe I alla IIa e l'enoxaparina ha avuto un upgrade dalla classe IIb alla IIa. Cangrelor, farmaco non menzionato nel documento del 2012, viene ora raccomandato come valida opzione in alcuni pazienti.

- Il documento propone indicazioni per un'ulteriore riduzione dei valori lipidici in pazienti che con valori elevati di colesterolo nonostante la dose massima di statine.

È stato ridotto il valore di saturazione che identifica l'ipossia da correggere con ossigeno dal 95% al 90% ed è stato ridotto il dosaggio dei trombolitici nei pazienti anziani.

Bibliografia

- 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart J* 2017; doi 10.1093/eurheartj/ehx393