

■ CARDIOLOGIA

Nuove frontiere nel trattamento dei pazienti con NSTEMI

La cardiologia italiana si distingue per una sperimentazione clinica indipendente, in grado di influenzare le pratiche di trattamento della sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI). Una strategia "orientata" sul paziente e non sull'impiego aspecifico di farmaci entro 24 ore dall'evento è fondamentale per la prognosi futura del malato, con maggior sicurezza e risultati migliori: una coronarografia tempestiva eseguita per via radiale, consente migliore prognosi indipendentemente dalla tempistica del trattamento farmacologico.

È stato presentato al congresso dell'European Society of Cardiology "DUBIUS" (*Downstream Versus Upstream Strategy for the Administration of P2Y12 Receptor Blockers*) un trial randomizzato multicentrico (30 centri italiani) promosso dalla Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE), iniziato nel 2015 con il coinvolgimento di circa 1.500 pazienti.

"Abbiamo dimostrato che una strategia basata sulla somministrazione di un antiaggregante solo dopo la certezza della diagnosi ottenuta dalla coronarografia entro le 24 ore dall'evento e con approccio radiale incide sui risultati più di quanto faccia la tempistica della terapia farmacologica e rende superflua l'an-

nosa discussione sulla necessità di un trattamento antiaggregante a monte (tutti i pazienti) o a valle (trattamento selettivo) della rivascolarizzazione". Così il Presidente del GISE e *investigatore* principale **Giuseppe Tarantini** (Direttore Cardiologia Interventistica, Università di Padova) commenta lo studio.

► Lo studio

I pazienti arruolati sono stati assegnati casualmente ad una delle due strategie (pretrattamento o assenza di pretrattamento). Lo studio ha dimostrato un'incidenza di eventi avversi gravi (morte, infarto, ictus, sanguinamento) entro 30 giorni dall'arruolamento molto bassa (3%) e numericamente sovrapponibile nei due gruppi di studio. Inoltre, è stato osservato che il 99% dei pazienti è stato sottoposto a coronarografia, eseguita in oltre il 95% dei casi tramite un'arteria del polso - in linea con la migliore pratica clinica italiana - e non dall'inguine. Nel 75% dei casi la procedura è stata eseguita entro circa 1 giorno dal ricovero. Il 72% dei malati nel corso dell'esame è stato sottoposto a un'angioplastica. Una minoranza di casi (6%) ha richiesto l'esecuzione di un intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico. In quasi 1 paziente su 5, non è stata necessaria una proce-

dura di rivascolarizzazione e in 1 su 10 il sospetto diagnostico iniziale di infarto non è stato confermato.

► Commento

I risultati del DUBIUS contribuiscono a mettere la parola fine all'interrogativo che da sempre è motivo di dibattito sull'opportunità di somministrazione di antiaggreganti prima o dopo la conferma della diagnosi con la coronarografia. Lo studio conferma che il farmaco senza strategia medica non basta, a volte non serve e ogni tanto è dannoso. La terapia vincente rimane il dottore e non il blister. Pensiamo a chi, in corso di infarto NSTEMI deve sottoporsi a bypass coronarico (circa 6%) o a quelli che dopo la coronarografia non hanno confermata la diagnosi d'infarto, ben il 15%. Al momento i tempi di attesa nel caso di bypass, per chi ha avuto un precedente trattamento antiaggregante sono di 5-7 giorni, con un aumento di rischi di complicanze e costi di gestione. Tempi che, se il paziente non è stato pretrattato, possono essere quasi azzerati - afferma Tarantini.

BIBLIOGRAFIA

- Tarantini G, Mojoli M, Varbella F, et al. Timing of Oral P2Y12 Inhibitor Administration in Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2020; S0735-1097(20): 36444-5.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Tarantini