



■ CARDIOLOGIA

Nuove strategie preventive nella sindrome coronarica acuta

La sindrome coronarica acuta (SCA) è la manifestazione clinica più grave della malattia aterosclerotica delle coronarie. La definizione riunisce le diverse manifestazioni cliniche della coronaropatia: infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI = ST elevation myocardial infarction), infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI = Non-ST elevation myocardial infarction) e angina pectoris.

Il tasso di recidive nelle sindromi coronariche acute è decisamente elevato e questo pone l'accento sull'importanza di una prevenzione efficace. I pazienti che sopravvivono a un primo evento sono a rischio di un secondo evento e hanno una più elevata percentuale di mortalità: il 30% dei pazienti che vengono dimessi dopo una SCA sono ri-ospedalizzati entro 6 mesi (*Am J Manag Care* 206; 12 (suppl.16): S430-S434).

Il principale obiettivo del trattamento è la prevenzione della morte, dell'ictus o dell'infarto miocardico ricorrente evitando la formazione di coaguli. Per oltre un decennio i pazienti con SCA sono stati trattati in modo effica-

ce con acido acetilsalicilico a basse dosi, somministrato in combinazione con tienopiridina, allo scopo di ridurre il rischio di eventi cardiovascolari ricorrenti. Tuttavia questo tipo di approccio è indirizzato a una sola delle cause di complicanze, lasciando il paziente esposto al rischio di ulteriori eventi cardiovascolari maggiori dopo la dimissione.

Poiché i livelli di trombina non vengono influenzati dalla terapia antiaggregante e rimangono elevati a lungo dopo la fase acuta, una prevenzione secondaria davvero efficace dovrebbe includere anche questo meccanismo patogenetico. Così al trattamento antiaggregante si sovrappone una terapia anticoagulante, che le ultime linee guida ESC raccomandano nei pazienti con infarto STEMI che hanno un basso rischio di sanguinamento e ricevono la duplice terapia acido acetilsalicilico e clopidogrel (*N Engl J Med* 2012; 366: 9-19).

In particolare, la raccomandazione riguarda l'impiego di rivaroxaban, un anticoagulante orale in monosomministrazione giornaliera che agisce come inibitore diretto specifico e reversibile del fattore Xa e

che, a differenza degli altri anticoagulanti, non richiede il monitoraggio della coagulazione.

Nella prevenzione secondaria della sindrome coronarica acuta rivaroxaban ha fornito risultati di grande interesse. Dallo studio di fase III ATLAS ACS2-TIMI51 è emerso che 2.5 mg di rivaroxaban, somministrato due volte al giorno in aggiunta alla terapia standard (acido acetilsalicilico a basse dosi con o senza una tienopiridina) ha significativamente ridotto l'endpoint primario di efficacia composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico, ictus in pazienti con sindrome coronarica acuta recente rispetto ai pazienti trattati con la sola terapia antiplastrinica standard (*N Engl J Med* 2012; 366: 9-19). Rivaroxaban, sempre alla medesima posologia, ha ridotto in modo significativo sia la percentuale di morti cardiovascolari (2.7% vs. 4.1%, $p=0.002$) sia l'incidenza di mortalità per tutte le cause (2.9% vs. 4.5%, $P=0.002$).

Le percentuali di eventi di sanguinamento maggiori da TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) non associati a impianto di bypass aorto-coronario (CABG) sono risultate complessivamente basse, ma rivaroxaban è risultato associato a percentuali più elevate di questi sanguinamenti rispetto alla sola terapia standard. È importante notare che queste differenze non sono risultate associate ad un aumento del rischio di sanguinamento fatale o di emorragia intracranica fatale.