

Introduzione

Il periodo di 30 giorni dopo un evento clinico acuto o un intervento chirurgico è generalmente considerato ancora critico e utile a perfezionare i risultati ottenuti dalla terapia nella fase acuta della malattia; anche per questo motivo, dal punto di vista amministrativo, tutto ciò che si fa entro i primi 30 giorni viene considerato parte dell'assistenza all'evento iniziale.

L'infarto miocardico è la condizione meglio esemplificativa del concetto sopra espresso: nei primi 30 giorni dopo l'infarto c'è infatti la maggiore concentrazione di decessi, di recidive infartuali, di scompenso, di aritmie maggiori. Da qui origina la priorità della stratificazione prognostica clinica all'esordio, l'importanza della stratificazione dinamica in corso di ricovero, la necessità di personalizzare il profilo di rischio, di ottimizzare la lettera di dimissione per un'adeguata informazione clinica e di perseguire la continuità assistenziale nel follow-up, con particolare attenzione ai pazienti con elevato profilo di rischio. I grandi studi randomizzati sugli effetti della terapia trombolitica ci hanno insegnato ad identificare i pazienti a basso rischio, che sono poi divenuti candidati ad una strategia di dimissione precoce anche per la spinta all'ottimizzazione dei costi dell'assistenza; al contrario l'identificazione dei pazienti a rischio più alto non ha per ora comportato l'elaborazione di percorsi assistenziali specifici e differenziati, quanto mai necessari.

Nell'infarto miocardico con persistente sopraslivellamento del tratto ST l'avvenuta o non avvenuta riperfusione mediante trombolisi o angioplastica discriminano due popolazioni profondamente diverse dal punto di vista prognostico a breve, medio e lungo termine, determinando presenza e grado di fenomeni di rimodellamento ventricolare sinistro.

Le variazioni della geometria ventricolare determinate dal danno necrotico in via diretta o indotta da fattori emodinamici o neuroormonali pesano sul futuro del paziente: esse si determinano molto precocemente e tendono ad evolvere nei primi 30 giorni, periodo nel quale ancora può esserci un margine di recupero consistente.

Il rimodellamento ventricolare sinistro è prevedibile e prevenibile nella maggior parte dei casi; esso comunque può verificarsi nonostante la terapia ripervasiva, soprattutto quando questa è praticata con ritardo. Un'attenta valutazione ecocardiografica consente di identificare i pazienti a maggiore probabilità di rimodellamento. L'attivazione simpatica che si osserva durante la fase acuta si mantiene ancora elevata nel primo mese dopo l'infarto e si esprime spesso con un incremento della frequenza cardiaca, che rappresenta una variabile con peso prognostico sia all'esordio che nel periodo di convalescenza. La riduzione della frequenza cardiaca con l'attività fisica è infatti considerata uno degli obiettivi della riabilitazione.

Nell'infarto miocardico senza persistente sopraslivellamento del tratto ST è l'incidenza delle recidive ischemiche a condizionare pesantemente la prognosi a medio termine e il primo mese è il periodo in cui queste si concentrano maggiormente per la persistente attivazione della placca aterosclerotica nelle lesioni coronariche responsabili dell'insorgenza della sindrome coronarica acuta.

L'impostazione della terapia medica durante il ricovero e all'atto della dimissione è solo apparentemente facilitata dall'applicazione delle linee guida, per le difficoltà di standardizzare la terapia in presenza di innumerevoli caratteristiche individuali. Nel Seminario sono emerse molte, interessanti notizie sulle applicazioni delle linee guida nel mondo reale. Gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori) dovrebbero esse-

re somministrati già dalla prima giornata di degenza, la loro prescrizione non dovrebbe essere selettiva e solo per i pazienti con riduzione della funzione ventricolare, ma estesa a tutti i pazienti. La terapia con ACE-inibitori dovrebbe essere continuativa e protratta in maniera indefinita. I bloccanti recettoriali dell'angiotensina (ARB) vanno utilizzati in alternativa agli ACE-inibitori in caso di intolleranza, ma è prassi di molti centri continuare la terapia con ARB nei pazienti che sono già in trattamento con questi farmaci.

La terapia con antialdosteronici, quando la funzione renale e la potassiemia lo consentono, dovrebbe essere utilizzata in tutti i pazienti con infarto miocardico acuto in presenza di disfunzione ventricolare sinistra già trattati con ACE-inibitori (o con un ARB), ma, a tutt'oggi, molti centri non utilizzano gli antialdosteronici anche dove c'è indicazione. I betabloccanti dovrebbero essere somministrati in tutti i pazienti ove non esistano controindicazioni specifiche; la loro somministrazione nelle prime 24 h dall'infarto è critica nei pazienti a rischio di insufficienza cardiaca e il maggior beneficio si ottiene dopo la 24^a ora nei pazienti a più alto rischio dopo stabilizzazione delle condizioni emodinamiche. L'utilizzo di betabloccanti nell'anziano è più delicato per la maggiore incidenza di disfunzione renale e per la "down-regulation" dei beta-recettori.

La somministrazione routinaria delle statine ad alte dosi dopo una sindrome coronarica acuta non è entrata nella pratica clinica, anche se il trattamento con statine dovrebbe essere iniziato il più precocemente possibile e alle alte dosi e continuato per il primo mese con successiva personalizzazione in accordo con il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Una questione particolarmente delicata, in un'epoca di radicale cambiamento della strategia ripercussiva a favore dell'angioplastica, è la corretta conduzione del trattamento antiaggregante, sia in relazione all'aumentato rischio emorragico che alla compliance del paziente e alla sensibilità del medico curante. Poiché per il trattamento antiaggregante normalmente non si applica la stessa forza di raccomandazioni che viene usata per il trattamento anticoagulante orale, il problema della sospensione precoce o comunque immotivata del clopidogrel è rilevante e diffuso.

Un ruolo importante riveste la prevenzione secondaria non farmacologica: il maggior beneficio in termini di riduzione della mortalità postinfartuale va infatti ascritto alla riduzione dei fattori di rischio (principalmente la sospensione del fumo, controllo dell'ipertensione arteriosa e delle dislipidemie). Il periodo immediatamente successivo all'infarto è di fondamentale importanza per impostare le strategie di prevenzione secondaria, da cui dipende in larghissima misura il futuro del paziente. La prevenzione secondaria va strutturata con programmi di divezzamento dal fumo, appoggio psicologico, consulenza diabetologica, programmi di ripresa dell'attività fisica, anche attraverso la riconversione verso strutture di prevenzione/riabilitazione nell'ospedale da altre meno utilizzate.

Nel follow-up dei primi 30 giorni è necessario pertanto uno stretto controllo dei pazienti (progressivo incremento del dosaggio dei betabloccanti nello scompenso cardiaco, strutturazione della terapia antipertensiva dopo ripresa dell'attività fisica, controllo dell'aderenza alla terapia antiaggregante e delle possibili complicanze, controllo del dosaggio delle statine e del raggiungimento dei livelli "target" di colesterolo e di eventuali effetti collaterali, programmi di ripresa dell'attività fisica). Una lettera di dimissione integrata nel processo di cura dovrebbe prevedere tutto il programma dei primi 30 giorni, dando al paziente e al medico curante tutte le indicazioni necessarie.

Un problema invece non risolto è quello della prevenzione della morte improvvisa (MI) nei primi 30 giorni. Se la mortalità cardiaca generale riferita nel primo mese dopo l'episodio acuto varia dal 3% al 9%, quella per MI è dell'1-4%. La sostanziale inefficacia di un impianto precoce esteso di defibrillatore dipende dal fatto che la MI è generalmente, nel primo mese, preceduta dalla comparsa di reinfarto o dallo scompenso cardiaco, contrariamente a quanto si osserva nelle fasi tardive in cui nella genesi della MI gioca un ruolo importante il rimodellamento geometrico del cuore. Pertanto, il defibrillatore impiantabile non sembra una soluzione da estendere alla prima fase del postinfarto, se non in casi molto selezionati. Le vie

da esplorare per la riduzione del rischio di MI vanno ricercate in una maggiore attenzione attraverso l'organizzazione della dimissione protetta o la riabilitazione disegnata sulle esigenze individuali nei pazienti ad alto rischio. Sicuramente l'educazione dei familiari all'uso di dispositivi portatili o al riconoscimento precoce di sintomi di allarme, associati eventualmente ad un intelligente uso della telemedicina, potranno essere soluzioni proponibili.

Nel contesto dei primi 30 giorni si pongono una serie di decisioni relative all'adozione di strategie di rivascolarizzazione, spesso a completamento di quanto già fatto nella fase acuta o subacuta. Obiettivi della rivascolarizzazione coronarica sono il salvataggio del miocardio dalla necrosi, la protezione del miocardio a rischio di eventi ischemici, il recupero del miocardio vitale disfunzionante, la prevenzione o inversione del rimodellamento cavitario, la prevenzione/regressione dell'insufficienza mitralica funzionale, la correzione dell'instabilità elettrica. Il principale obiettivo delle strategie di rivascolarizzazione, pertanto, è la preservazione della funzione di pompa del cuore. Il substrato patogenetico dell'insufficienza cardiaca postinfartuale riconosce molti possibili fattori causali, per cui la decisione sulla strategia migliore da adottare, per i modi e per i tempi, non è sempre facile e univoca. Alla base della disfunzione ventricolare possono esserci meccanismi che, se non adeguatamente interpretati e corretti, possono arrecare un danno irrimediabile al paziente come fenomeni di stordimento e ibernazione, zone cicatriziali estese o tali da compromettere un'adeguata sequenza della funzione di spremitura, rimodellamento ventricolare o asincronia di contrazione, insufficienza mitralica, ipertensione polmonare, fibrillazione atriale o aritmie ventricolari, o anche fattori iatrogeni. La decisione sul possibile beneficio clinico della rivascolarizzazione coronarica nella disfunzione ventricolare oscilla spesso tra due ipotesi: a) il beneficio è dipendente dal recupero delle aree miocardiche disfunzionanti e dall'incremento postoperatorio della frazione di eiezione; b) il beneficio può essere indipendente dal recupero delle aree miocardiche disfunzionanti e dall'incremento postoperatorio della frazione di eiezione. In questo contesto di delicate decisioni, l'ecocardiografia tradizionale o quella più sofisticata (riflettenza acustica, "backscattering", ecocontrastografia, Doppler tissutale, valutazione dello spessore diastolico e della riserva contrattile) gioca un ruolo centrale sotto la guida di un'attenta conduzione clinica.

Per quanto riguarda il completamento della rivascolarizzazione dopo angioplastica primaria in soggetti con patologia multivasale, le linee guida non sono di aiuto. Dopo angioplastica primaria efficace, la stratificazione prognostica precoce è meno importante e la ricerca di ischemia residua in altri territori può essere eseguita a 4-6 settimane. I pazienti non sottoposti alla coronarografia come parte della loro strategia ripercussiva iniziale dovrebbero essere valutati prima della dimissione per stabilire il loro rischio di eventi futuri.

Un argomento controverso è il trattamento dell'insufficienza mitralica residua all'episodio infartuale. L'insufficienza mitralica postinfartuale è infatti un bersaglio mobile: entità e caratteristiche dell'insufficienza mitralica sono variabili a seconda del carico emodinamico e dell'eventuale ischemia residua ("claudicatio mitralica") sulla stessa coronaria dell'infarto o su altre coronarie stenotiche. L'indicazione all'intervento è più o meno "forte" in base alla presenza o meno di una coronaropatia da correggere, considerando anche l'angioplastica se l'insufficienza mitralica è ritenuta reversibile e secondaria alla patologia di un determinato vaso coronarico.

Da quanto esposto, si può comprendere come il confronto di idee su argomenti di grande importanza per la salute dei pazienti sia d'obbligo, soprattutto perché le linee guida sono applicabili in modo standardizzato solo in una minoranza di pazienti. Abbiamo voluto riportare, nel nostro Seminario, i dubbi e le incertezze che siamo quotidianamente chiamati a discutere ed a dipanare, nella convinzione che lo scambio di esperienze, in questo come in tutti i settori, ci renda tutti più forti in quanto più consapevoli. Quanto segue è solo un piccolo, ma meditato contributo che gli autori, che hanno partecipato alla discussione, offrono alla Cardiologia.

Alessandro Boccanelli
Cesare Greco
Guest Editors