

Introduzione

Francesco Bovenzi¹, Francesco Chiarella²

¹U.O. di Cardiologia, Presidio Ospedaliero "Campo di Marte", Lucca, ²S.C. di Cardiologia, A.O. "Santa Corona", Pietra Ligure (SV)

(G Ital Cardiol 2006; 7 (Suppl 1-4): 3S-4S)

© 2006 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Francesco Bovenzi

U.O. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero
"Campo di Marte"
Via dell'Ospedale, 1
55100 Lucca
E-mail: f.bovenzi@tin.it

La numerosa partecipazione alla "Convention delle UTIC" tenutasi nel corso del XXXVI Congresso Nazionale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) ci ha indotto a raccogliere i contenuti delle presentazioni in questo Supplemento del *Giornale Italiano di Cardiologia*.

La nascita delle unità di terapia intensiva coronarica rappresenta una delle più entusiasmanti sfide della cardiologia moderna per limitare la mortalità e la morbilità per malattia coronarica. In 40 anni le unità di terapia intensiva coronarica hanno visto modificare il profilo epidemiologico delle patologie trattate, tanto da meritare oggi l'appellativo di unità di terapia intensiva cardiologica. Al progresso scientifico, all'affinamento delle terapie, all'implementazione e coordinamento delle varie risorse tecniche e tecnologiche si sono affiancati anche quei traguardi nelle scelte politico-sindacali, organizzative ed etiche, di cui l'ANMCO in Italia è stata una protagonista indiscussa¹.

Nel mondo reale le tematiche dell'emergenza coronarica necessitano di essere affrontate in modo pratico, partendo dal corretto inquadramento e stratificazione delle condizioni a maggior rischio fino alle proposte di attuazione degli indispensabili percorsi assistenziali pianificati in reti "intelligenti"². La trombolisi e l'angioplastica primaria sono entrambi trattamenti efficaci in caso di infarto miocardico acuto (IMA) con sopraslivellamento del tratto ST. Studi randomizzati di controllo hanno dimostrato come l'angioplastica primaria, pur meno semplice, meno rapida e meno diffusa, risultati superiore alla fibrinolisi in termini di riperfusione e di mortalità^{3,4}, soprattutto nei soggetti a maggior rischio⁵ e dopo la terza ora dall'esordio dei sintomi. Malgra-

do ciò la fibrinolisi rimane il trattamento più utilizzato, essendo la maggior parte degli ospedali sprovvista di Laboratorio di Emodinamica con reperibilità 24/24 h e 7/7 giorni⁶.

Grande risalto assumono gli aspetti organizzativi e gestionali delle emergenze coronariche, forse i soli in grado di ridurre ulteriormente la mortalità. La creazione delle Reti resta la sola scelta in grado di sostenere la continuità assistenziale tra strutture a crescente complessità e di garantire a tutti la necessaria personalizzazione delle cure in base al profilo temporale, geografico e di rischio individuale.

Il beneficio dell'angioplastica primaria^{7,8} è maggiore nelle condizioni a rischio più elevato, quali lo shock, la sede infartuale anteriore, l'età avanzata, il diabete e altre comorbilità. Lo shock cardiogeno in corso di IMA rappresenta una drammatica emergenza a prognosi spesso sfavorevole⁹, nei diabetici il miglior trattamento riperefusivo in corso di IMA resta ancora controverso, anche per l'assenza di studi randomizzati di intervento. Molti studi di comparazione tra angioplastica e fibrinolisi sono stati eseguiti senza l'utilizzo di stent, ancor meno di stent medicati¹⁰. Insufficiente è l'utilizzo di inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa, che in associazione a strategie terapeutiche invasive possono migliorare significativamente la prognosi. Nonostante la rilevanza delle osservazioni e le conseguenti raccomandazioni al riguardo contenute nelle linee guida delle Società Scientifiche internazionali, la maggioranza di pazienti diabetici oggi non riceve trattamenti appropriati¹¹.

I pazienti con più di 75 anni costituiscono circa un terzo dei casi di IMA in cui si concentra più del 50% della mortalità¹². È stato documentato che la terapia riperefusiva sia trombolitica sia meccanica è sottoutiliz-

zata negli anziani. Il motivo non è chiaro, ma molti considerano un invalicabile limite il rischio emorragico iatrogeno, purtroppo non da tutti corretto con il semplice aggiustamento degli schemi e dei regimi terapeutici. L'insufficienza renale cronica rappresenta un altro importante fattore prognostico negativo sia a breve sia a lungo termine nelle sindromi coronariche acute. Il trattamento in questi casi è particolarmente problematico, tanto da indurre molti a sottoutilizzare le terapie riperfusive. Nei pazienti trattati con approccio invasivo, il mezzo di contrasto può provocare acutamente danno renale o aggravare una lieve compromissione già esistente¹³. Sebbene in caso di insufficienza renale si delinei una prognosi peggiore, gli outcome dell'angioplastica primaria nell'insufficienza renale non sono ancora ben definiti, poiché questi pazienti, a causa del maggior rischio, sono stati esclusi dagli studi clinici randomizzati. Un altro aspetto clinico controverso riguarda i pazienti con malattia multivasale e IMA in cui l'angioplastica primaria dovrebbe essere diretta solo alla *culprit lesion*. La possibilità di produrre una rivascularizzazione completa è ipotizzabile solo se è presente una compromissione emodinamica o se la scelta è guidata da evidenza obiettiva di ischemia residua al follow-up. Tuttavia, le recenti linee guida della Società Europea di Cardiologia per l'angioplastica consentono di decidere per una rivascularizzazione completa personalizzando la scelta in base al quadro anatomico-radiologico delle lesioni e all'esperienza degli operatori¹⁴.

Le linee guida internazionali e i documenti di consenso elaborati dalle Società Scientifiche si sviluppano in tempi rapidi permettendo il confronto con le informazioni che giungono dai Registri, i soli capaci di fotografare i bisogni di salute del cittadino nel mondo reale. L'ANMCO ha tra i propri compiti istituzionali quello di implementare la diffusione delle linee guida internazionali, di divulgarne la conoscenza e di verificarne l'applicazione. Per attuare questi obiettivi sono in corso di realizzazione due importanti campagne nazionali "Gestione delle sindromi coronariche nella fase acuta e nella fase extraospedaliera (come colmare il divario tra linee guida e realtà clinica nelle sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST e "Reti interospedaliere per le sindromi coronariche acute". Inoltre verrà realizzato il Registro IN-ACS Outcome, promosso da ANMCO-Heart Care Foundation in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (www.anmco.it).

In conclusione ci auguriamo che questo Supplemento possa contribuire al miglioramento dell'assistenza ai pazienti con IMA, chiarendo gli aspetti clinici più controversi legati alla stratificazione del rischio e integrandoli nello specifico contesto temporale e organizzativo.

È intendimento dell'ANMCO continuare ad offrire strumenti di supporto affinché ciascun paziente possa ricevere all'interno di un efficiente sistema di "Reti interospedaliere" il trattamento a lui più confacente.

Bibliografia

1. Federazione Italiana di Cardiologia. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 881-91.
2. Federazione Italiana di Cardiologia, Società Italiana di Cardiologia Invasiva. Documento di Consenso. La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. *Ital Heart J* 2005; 6 (Suppl 6): 5S-26S.
3. Grines CL, Browne KF, Marco J, et al. A comparison of immediate angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. The Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med* 1993; 328: 673-9.
4. Zijlstra F, de Boer JM, Hoorntje JC, Reiffers S, Reiber JH, Suryapranata H. A comparison of immediate coronary angioplasty with intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 328: 680-4.
5. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 13-20.
6. Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, et al, on behalf of the 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.
7. Bovenzi F, De Luca L, de Luca I. Which is the best reperfusion strategy for patients with high-risk myocardial infarction? *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 6): 83S-91S.
8. Lee KL, Woodlief LH, Topol EJ, et al. Predictors of 30-day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction. Results from an international trial of 41 021 patients. GUSTO-I Investigators. *Circulation* 1995; 91: 1659-68.
9. Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, et al. Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. *N Engl J Med* 1999; 341: 625-34.
10. Stone GW, Grines CL, Cox DA, et al. Comparison of angioplasty with stenting, with or without abciximab, in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 346: 957-66.
11. Bovenzi F, De Luca L. Proper use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes undergoing coronary angiography: frankly, my dear, I don't give a damn. *J Cardiovasc Med* 2006; 7: 166-8.
12. Di Chiara A, Chiarella F, Savonitto S, et al. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network: the BLITZ Study. *Eur Heart J* 2003; 24: 1616-29.
13. Santopinto JJ, Fox KA, Goldberg RJ, et al, on behalf of the GRACE Investigators. Creatinine clearance and adverse hospital outcomes in patients with acute coronary syndromes: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart* 2003; 89: 1003-8.
14. Silber S, Albertsson P, Avilés FF, et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 804-47.