

IL TIMING DELLA CORONAROGRAFIA NELLE LINEE GUIDA ESC 2020 SULLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE SENZA SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST: QUANDO LE LINEE GUIDA NON AIUTANO

Alcune raccomandazioni delle recenti linee guida ESC 2020 sulle sindromi coronariche acute senza persistente sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE)¹ lasciano a nostro parere qualche perplessità e comportano difficoltà di applicazione, come sottolineato anche nell'editoriale di commento alle linee guida pubblicato nel numero di febbraio del Giornale². Tra queste, le raccomandazioni riguardo il timing di esecuzione della coronarografia appaiono particolarmente critiche. Le nuove linee guida ESC infatti confermano le precedenti del 2015 per quanto riguarda l'esecuzione della coronarografia entro 24h nel paziente ad alto rischio ed entro 2h in quelli ad altissimo rischio (strategia *STEMI-like*), ma non prevedono più la fascia del timing di esecuzione entro 72h. Le evidenze a supporto di questa raccomandazione di classe I sono tuttavia deboli e derivano prevalentemente da una sottoanalisi di uno studio neutro, il TIMACS, che ha dimostrato la superiorità della strategia invasiva precoce soltanto nei pazienti con GRACE risk score >140³. Anche nel più recente studio VERDICT il beneficio sull'endpoint primario di morte, infarto miocardico non fatale e ictus è stato evidenziato solo nei pazienti con GRACE risk score elevato⁴. Infine diverse metanalisi hanno dimostrato che una strategia invasiva precoce (<24h) non determina una riduzione di mortalità, infarto e sanguinamenti maggiori, ma soltanto una riduzione di eventi secondari come le recidive ischemiche⁵. Il timing ottimale della coronarografia nei pazienti con SCA-NSTE costituisce pertanto ancora un *gap in evidence* da colmare attraverso trial clinici randomizzati di adeguate dimensioni, come riconosciuto dagli stessi Autori delle linee guida⁶.

Le raccomandazioni delle linee guida ESC per l'esecuzione della coronarografia entro 24h, ancorché non supportate da robuste evidenze di beneficio, generano importanti difficoltà di attuazione nella pratica clinica. Di questo dovrebbero tenere conto le organizzazioni internazionali, che come l'ESC indirizzano il comportamento clinico di una vasta comunità internazionale, al momento di produrre raccomandazioni di classe IA.

Il fatto che le società scientifiche nazionali, come quelle italiane ANMCO e SIC, a partire dalla fine degli anni '90 abbiano rinunciato a pubblicare linee guida cardiologiche nazionali adottando quelle dell'ESC, non dovrebbe comportare la rinuncia ad adattare la loro implementazione al contesto assistenziale nazionale. Questo è finora spesso avvenuto attraverso la produzione di position paper e documenti di consenso delle società scientifiche cardiologiche italiane. Nel caso della Regione Emilia-Romagna, nella quale la rete dell'infarto, che data da circa 20 anni, è molto ben strutturata, la necessità di adottare la migliore evidenza scientifica compatibile con il modello organizzativo condiviso con i professionisti è stata sempre obiettivo dei documenti regionali. In quest'ottica, nella riedizione 2020 [di imminente pubblicazione] del Documento regionale Emilia-Romagna "Rete per l'emergenza-urgenza cardiologica e chirurgica cardio-vascolare" a cura del coordinamento di rete costituito da cardiologi e cardiocirurghi rappresentanti delle diverse province e dalle istituzioni sanitarie regionali, sono state fornite raccomandazioni clinico-organizzative per la gestione delle principali patologie cardiologiche acute. Per quanto riguarda il timing della coronarografia nelle SCA-NSTE la commissione ha condiviso la raccomandazione che questo

debba essere deciso in base alla gravità clinica del paziente ed al contesto organizzativo e che vada comunque eseguita entro 72h, ma che non debba essere obbligatoria entro 24h. La disponibilità di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale locale di adattamento delle linee guida al proprio contesto organizzativo facilita la loro fruibilità e costituisce anche un'importante salvaguardia dei professionisti nei confronti di possibili contenziosi medico-legali.

Per i pazienti con SCA-NSTE ricoverati nei centri Hub l'esecuzione della coronarografia entro 24h è spesso possibile e comporta vantaggi prevalentemente organizzativi legati alla riduzione della durata della degenza. Questo è quello che spesso avviene nei nostri centri durante i giorni feriali, mentre l'attivazione in reperibilità del team dell'angioplastica primaria durante i giorni festivi per pazienti con SCA-NSTE stabilizzati in terapia antitrombotica e anti-ischemica ottimale ci sembra scarsamente giustificata. Va inoltre considerato che molti pazienti con SCA-NSTE sono ricoverati in centri Spoke e che l'organizzazione di un trasferimento urgente non motivato da un bisogno clinico, in particolare nei giorni festivi quando il personale in servizio è ridotto, comporta rilevanti difficoltà logistiche e risorse destinabili ad altri obiettivi. Nella stesura delle linee guida, dalla cui applicazione derivano decisioni cliniche importanti, si dovrebbe tenere in considerazione non solo l'evidenza scientifica, ma anche l'ottimizzazione delle risorse disponibili ed il rapporto costo-efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici.

**Giuseppe Di Pasquale^{1*}, Gianni Casella²,
Alessandro Navazio³, Marcello Galvani⁴**

¹Direzione Sanitaria, Azienda USL di Bologna

²U.O. Cardiologia, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna, Bologna

³U.O. Cardiologia, Presidio Ospedaliero ASMN, Azienda USL di Reggio Emilia-IRCCS

⁴U.O. Cardiologia, Ospedale G.B. Morgagni, Azienda USL della Romagna, Forlì

*e-mail: g.dipa@libero.it

BIBLIOGRAFIA

1. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2020 Aug 29. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575 [Epub ahead of print].
2. Spaccarotella C, Indolfi C. Le novità delle linee guida europee 2020 sulle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento persistente del tratto ST. G Ital Cardiol 2021;22:107-14.
3. Mehta SR, Granger CB, Boden WE, et al.; TIMACS Investigators. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. N Engl J Med 2009;360:165-75.
4. Kofoed KF, Kelbaek H, Hamsen PR, et al. Early versus standard care invasive examination and treatment of patients with non ST-segment elevation acute coronary syndrome. Circulation 2018;138:2741-50.
5. Zagnoni S, Bernucci D, Verardi FM, et al. Strategia invasiva precoce (<24h) nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST ad alto rischio, ovvero quando le raccomandazioni delle linee guida dovrebbero essere contestualizzate. G Ital Cardiol 2020;21:835-46.
6. Jobs A, Collet JP, Thiele H. Optimal timing of invasive angiography in non-ST segment elevation acute coronary syndromes – do we need more data? Eur Heart J 2021;42:353-4.