

Implicazioni per la pratica clinica della nuova definizione di infarto miocardico

Attilio Maseri

Presidente Heart Care Foundation, Firenze

(G Ital Cardiol 2008; 9 (3): 225-226)

© 2008 AIM Publishing Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Prof. Attilio Maseri

Heart Care Foundation
Onlus

Via La Marmora, 36

50121 Firenze

E-mail: presidente@heartcarefound.org

heartcarefound.org

Una definizione universale di *infarto miocardico* è stata concordata al fine di rispondere in maniera univoca a due esigenze: 1) epidemiologiche, che richiedono dati precisi sulla stima dell'incidenza delle malattie coronariche in popolazioni diverse; 2) dei trial clinici, che richiedono univocità e sensibilità nella definizione dei criteri di inclusione e negli endpoint.

Questo documento è il risultato della discussione di una Task Force di 7 gruppi di lavoro (Marcatori biochimici, Elettrocardiografia, Tecniche di imaging, Interventistica, Ricerca clinica, Prospettive globali, Implementazione), comprendenti 44 esperti di ESC/ACCF/AHA/WHF, coordinata dal Comitato per le Linee Guida Pratiche della Società Europea di Cardiologia e rivisto da altri 14 esperti. Quindi, il fine proposto per soddisfare le esigenze epidemiologiche e dei trial è stato indubbiamente raggiunto in modo autorevole.

Tuttavia questa definizione universale ha sì un'alta sensibilità e specificità, ma è omnicomprendensiva di un universo clinico estremamente eterogeneo e non rispecchia più la definizione clinica di infarto con le sue implicazioni già ben stabilite. Inoltre, valori medi ottenuti in pazienti così estremamente diversi non possono avere precisi corrispondenti pratici univoci.

Mettere nello stesso "paniere", con un approccio decisamente riduzionistico, casi diversi, alcuni senza alcuna disfunzione ventricolare sinistra, altri con comparsa di discinesia regionale ed assottigliamento cicatriziale locale della parete (classicamente diagnostico), altri ancora che addirittura hanno una frazione di eiezione sotto al 40%, significa rinunciare a dati utili, disponibili, per un'adeguata caratterizzazione dei singoli casi, che già di per sé hanno un consolidato significato clinico.

Questa preoccupazione emerge anche nel documento (nel paragrafo sulle implicazioni per la politica sanitaria), ma senza il dovuto risalto, perché oltre ai 7 gruppi citati, nella Task Force che ha prodotto la definizione universale è mancato un gruppo di cardiologia clinica, che avrebbe dovuto mettere in primo piano le implicazioni dell'inclusione in una "definizione universale" casi così eterogenei per l'assistenza ottimale del malato nella pratica clinica quotidiana (a mio avviso il primo compito del cardiologo!).

Tuttavia i "Criteri diagnostici per pregresso infarto miocardico" riportati nella tabella iniziale sono solamente tre: 1) sviluppo di onde Q patologiche, 2) imaging diagnostico di cicatrice post-infartuale, 3) reperto anatomico-patologico (cioè quelli classicamente usati fino ad ora nella classificazione diagnostica clinica). Quindi l'anamnesi di un aumento oltre il 99° percentile degli indici di necrosi (che ora è stata dichiarata sufficiente per fare una diagnosi epidemiologica e trialistica di infarto) non è riconosciuta valida per la diagnosi clinica di infarto pregresso? Se così fosse, non mi dovrebbe più capitare di vedere un paziente distrutto psicologicamente perché mi racconta – "Sa, negli ultimi 3 anni ho avuto 5 infarti" (documentati dalle rispettive lettere di dimissione in base al picco di troponina, però con un eco recente che mostrava una frazione di eiezione del 65% ed un indice di cinesi parietale normale!).

È probabile che la sensibilità dei test diagnostici aumenti ancora, così la numerosità della casistica di "infarti" aumenterà drammaticamente e la prognosi sarà ancora migliore (indipendentemente dai trattamenti, perché in media gli infarti avranno un'estensione minore). Perché invece non tenere separati i casi di "infarto" solo bioumorale, senza alcuna compromissione

della funzione ventricolare, che rientrano solo nella definizione universale?

A mio avviso, per essere di ausilio alla pratica clinica, una categoria diagnostica deve essere in grado di delineare gruppi di pazienti facilmente riconoscibili, con caratteristiche cliniche, di laboratorio e strumentali simili, che richiedono un percorso diagnostico-terapeutico specifico ed hanno una risposta terapeutica ed una prognosi simile.

Nel frattempo, ritengo appropriata la proposta della Task Force nelle "Prospettive globali" di continuare ad usare sugli stessi pazienti, in studi prospettici longitu-

dinali a lungo termine, oltre alla nuova "definizione universale", anche quella tradizionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, onde poterne valutare sul campo le rispettive implicazioni positive e negative, a livello clinico e di DRG, oltre che a livello epidemiologico e trialistico.

Così, basandosi sull'evidenza dei risultati ottenuti, diverrebbe possibile valutare l'utilità di una definizione "universale" o, in alternativa, l'adozione di definizioni distinte per vari tipi di sindromi coronariche acute, a seconda delle diverse finalità: cliniche e DRG, o epidemiologiche e trialistiche.