

# Le sindromi coronariche acute

- Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento di S-T  $\Rightarrow$  STEMI
- Infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento di S-T  $\Rightarrow$  NSTEMI
- Angina instabile  $\Rightarrow$  UA

# Terapia dello STEMI

## obiettivi

- ripristinare il flusso coronarico *nel più breve tempo possibile*
- *nella maniera più completa e*
- *più duratura*

# Terapia dello STEMI

- Trombolisi
- PTCA primaria
- PTCA facilitata

# Terapia dello STEMI

## la trombolisi

### Vantaggi

- Più facilmente disponibile
- Efficacia non operatore dipendente
- Maggiore rapidità d'impiego
- Minore costo

### Svantaggi

- Complicanze emorragiche

# Terapia dello STEMI

## la PTCA primaria

### Vantaggi

- Riperfusione precoce più completa
- Minore incidenza di emorragie intracraniche
- Prognosi migliore nello shock cardiogeno

### Svantaggi

- Efficacia operatore dipendente
- Costi più elevati
- Disponibilità più limitata

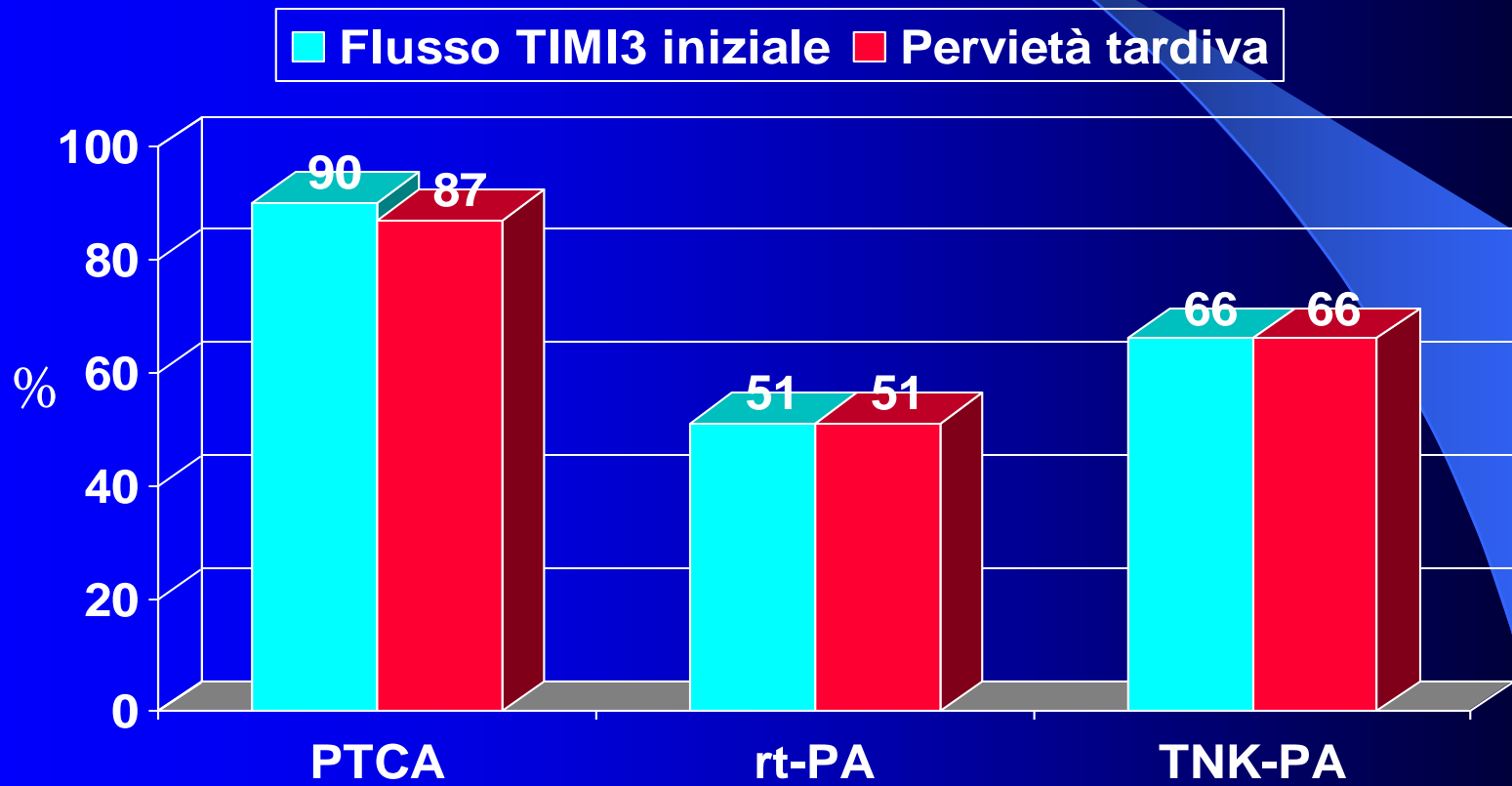
# Terapia dello STEMI

## La PTCA facilitata

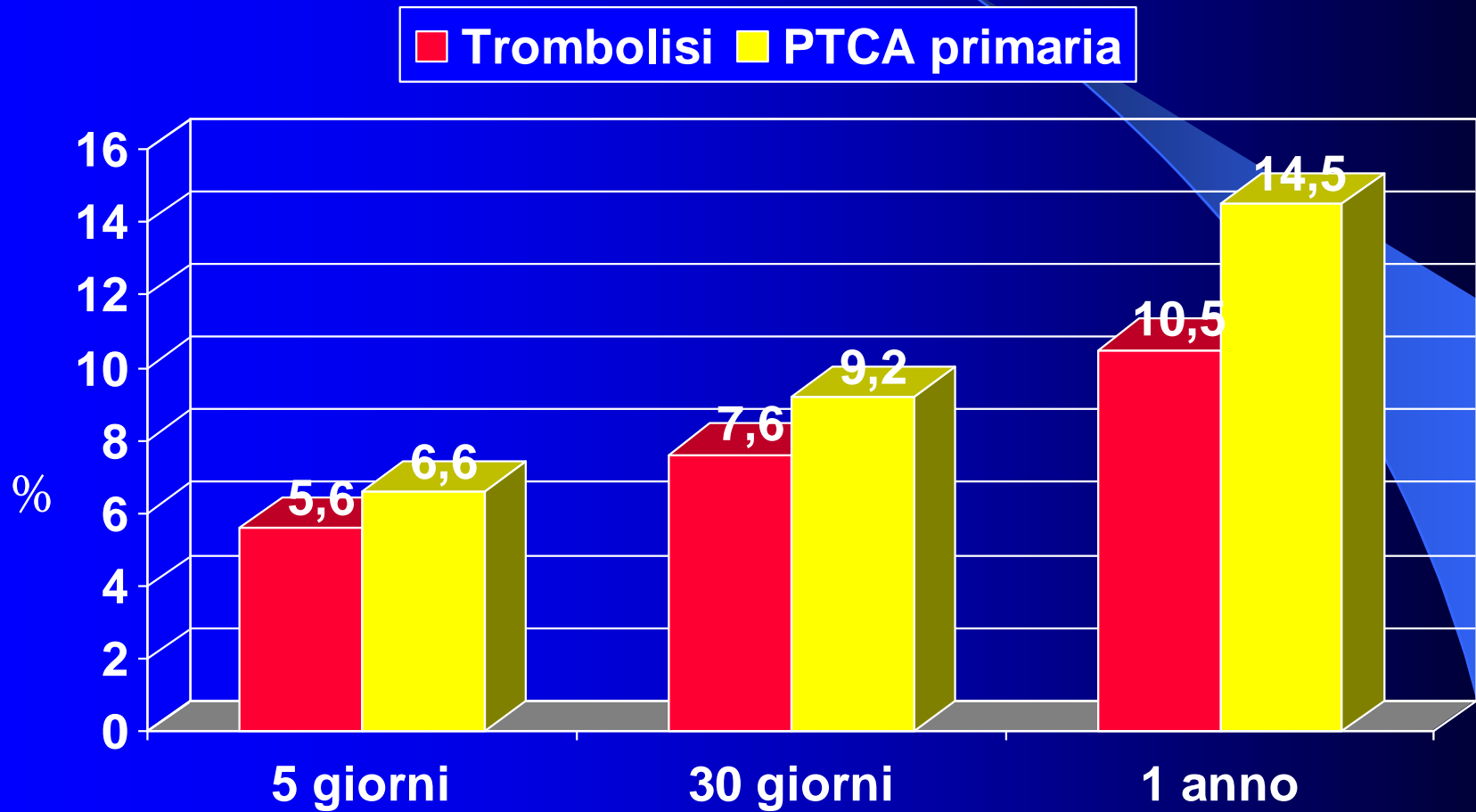
Il razionale:

- Coniugare la rapidità della trombolisi con l'efficacia della PTCA

# Terapia dello STEMI



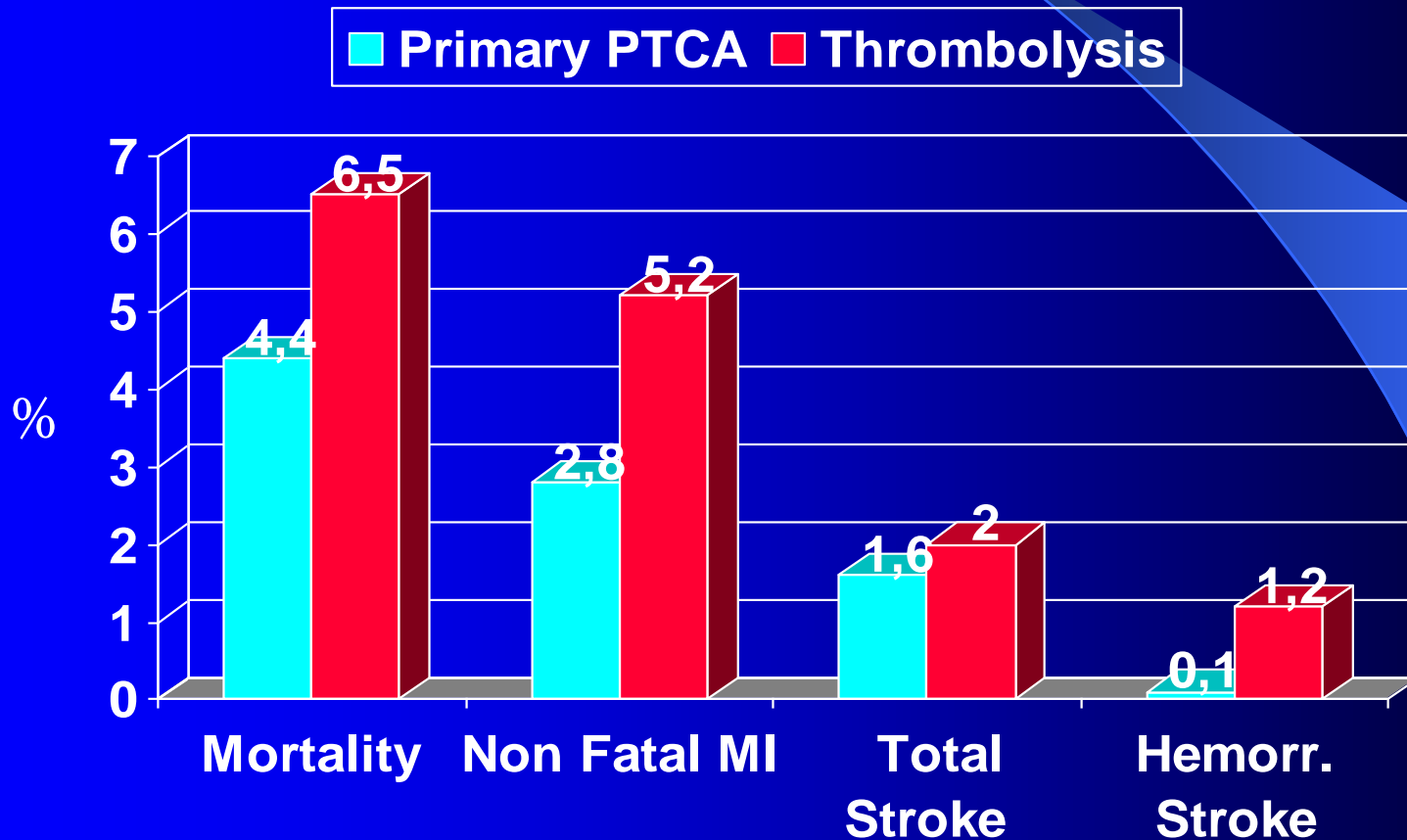
# Confronto tra trombolisi e PTCA primaria MORTALITA'



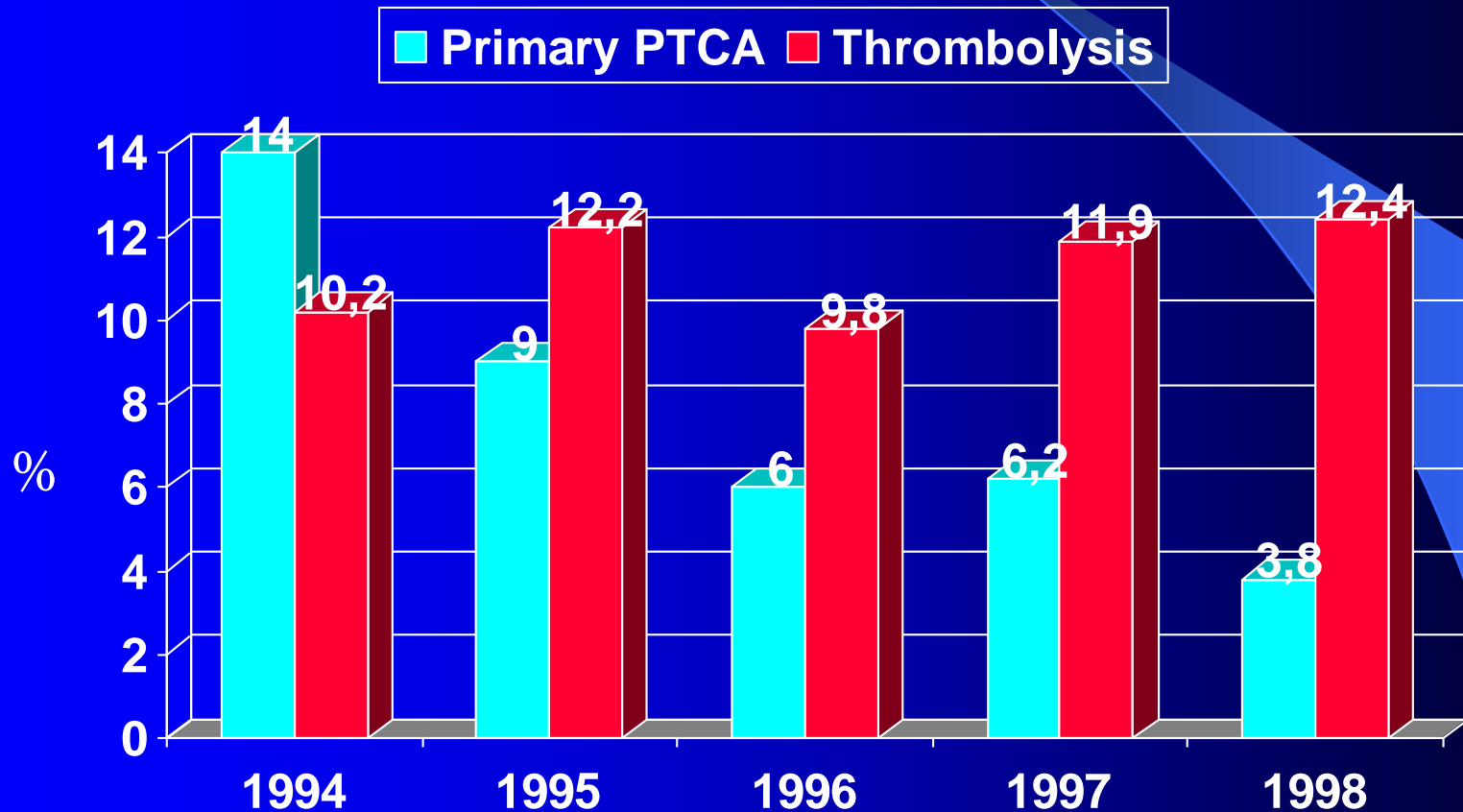


# PTCA primaria vs trombolisi

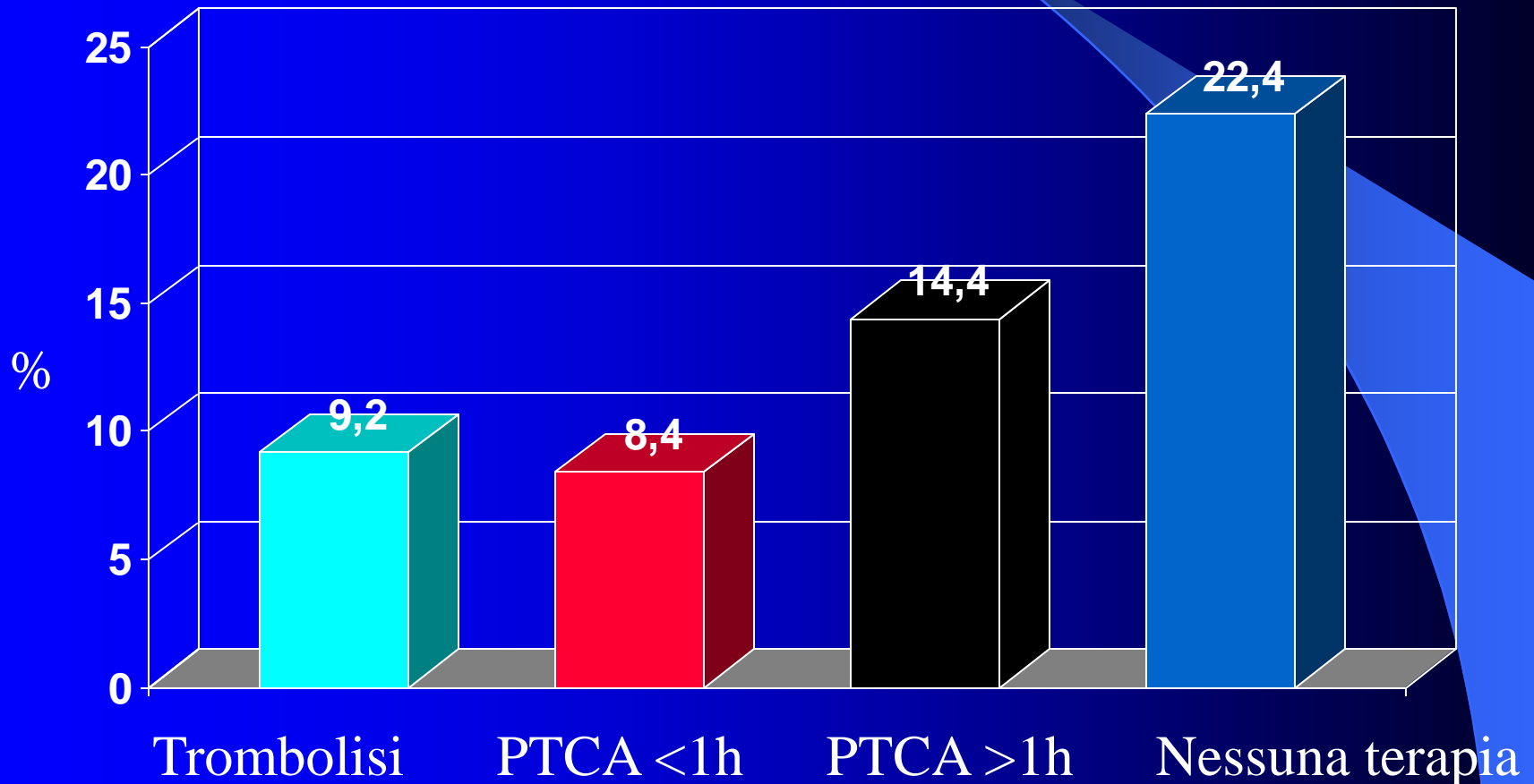
## *eventi ospedalieri*



# PTCA primaria vs trombolisi *mortalità ospedaliera dal '94 al '98*



# Confronto tra trombolisi e PTCA primaria studio MISTRAL: end-point primario combinato Incidenza intraospedaliera



# Terapia dello STEMI

## La PTCA facilitata

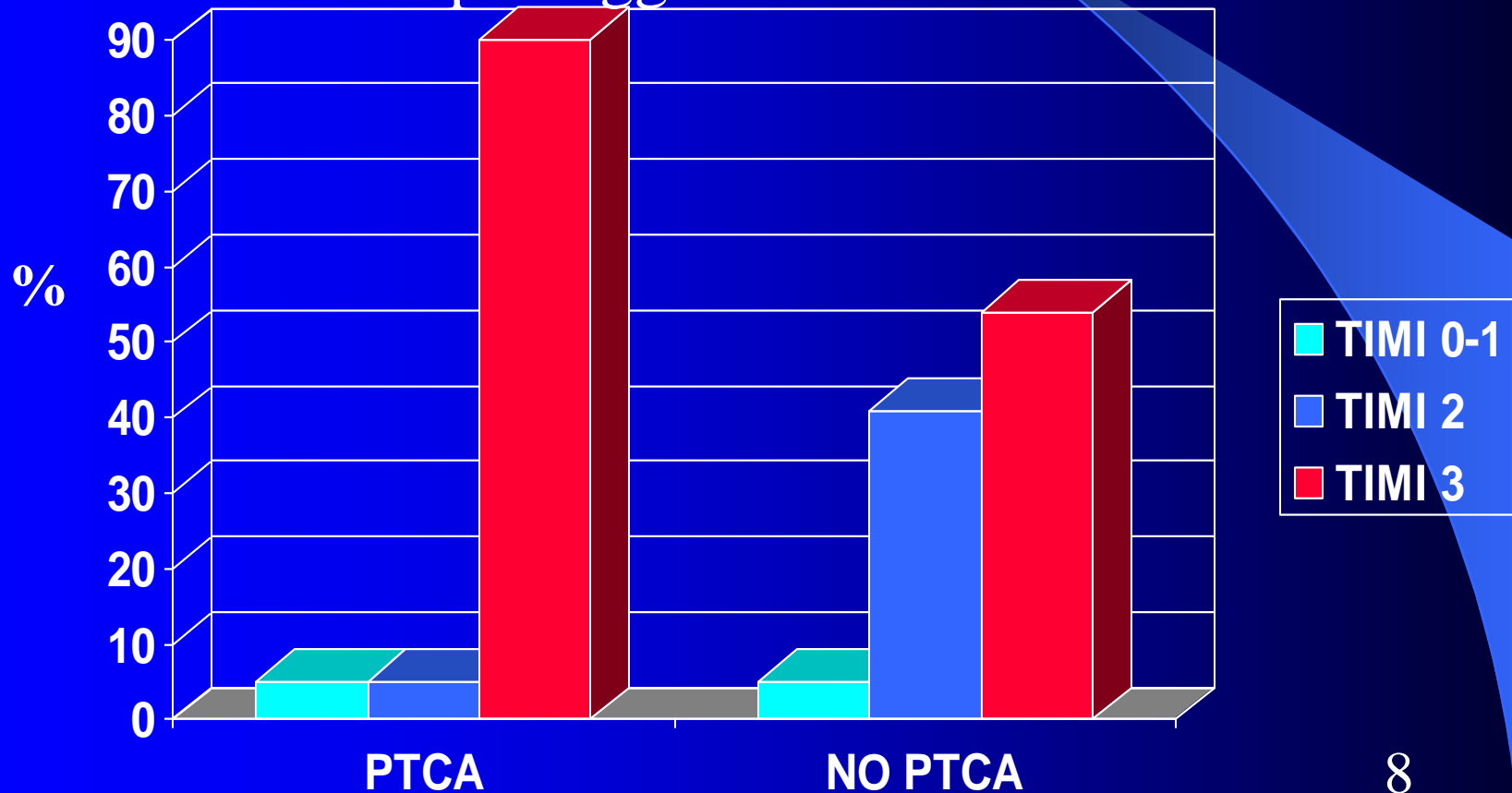
Il PACT trial controllato con placebo

- 606 pazienti con IMA
- Rt-PA(50mg)ev o placebo
- PTCA immediata se flusso TIMI 0-1-2
- Angiografia coronarica dopo 7gg

# Terapia dello STEMI

## La PTCA facilitata

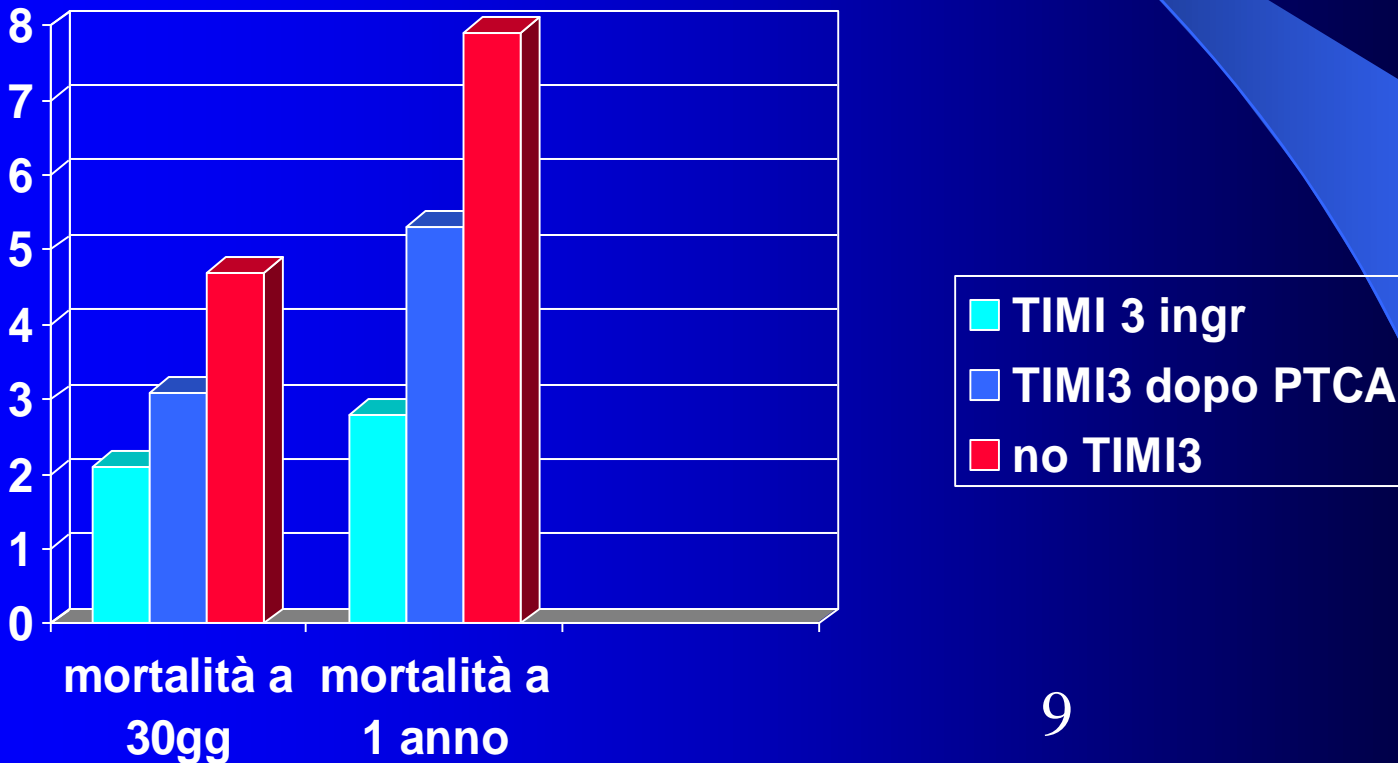
Follow up a 7 gg



# Terapia dello STEMI

## La PTCA facilitata

- PACT trial Risultati



# TRATTAMENTO DELLO STEMI

## CONCLUSIONI

- 1) La trombolisi rimane il trattamento di scelta
- 2) La PTCA primaria è da preferire a condizione che:
  - a) La procedura sia effettuabile entro 60-90 minuti
  - b) Venga eseguita in un centro con alto volume di PCI (>400/anno)
  - c) da operatori particolarmente esperti (>75 PCI/anno)
- 3) La PTCA facilitata è una procedura interessante che richiede ulteriori verifiche

# Terapia dello STEMI

La PTCA PRIMARIA E' INTERVENTO  
DI PRIMA SCELTA:

- 1) Nei pazienti in cui è controindicata la trombolisi
- 2) Nello shock cardiogeno
- 3) Nei pazienti con trombolisi inefficace



# Terapia dell'UA-NSTEMI

## ➤ STRATEGIA INVASIVA PRECOCE

### Criteri di esclusione

- CAD già giudicata non suscettibile di rivascularizzazione
- Neoplasia in fase avanzata
- Patologia endocranica che controindica la terapia anticoagulante
- Cirrosi epatica in fase terminale

# Terapia dello STEMI

## La PTCA facilitata

### CONCLUSIONI

La somministrazione di basse dosi di trombolitico prima della PTCA garantisce:

- Una più precoce ricanalizzazione dell'IRA
- Un migliore recupero della funzione V. sn.
- Non incrementa le complicanze della procedura

# TRATTAMENTO DELLO STEMI

La PTCA non è indicata:

- a) Al termine di trombolisi efficace
- b) Dopo 2-7 giorni della trombolisi

# TRATTAMENTO DELLO STEMI

La PTCA immediata (al termine di trombolisi efficace) non è indicata nei pazienti asintomatici

Non si è dimostrata in grado di:

- salvare miocardio a rischio
- prevenire il reinfarto
- È rischiosa (Emorragie, ecc)

# TRATTAMENTO DELLO STEMI

La PTCA differita non è indicata nei pazienti asintomatici, senza evidenza di ischemia spontanea o indotta.

(SWIFT trial)

- Non impedisce il rimodellamento VS
- Non previene le aritmie
- Non migliora la prognosi

# Terapia dell' UA-NSTEMI

- STRATEGIA INVASIVA PRECOCE
- STRATEGIA CONSERVATIVA PRECOCE

# Terapia dell' UA-NSTEMI

## ➤ STRATEGIA INVASIVA PRECOCE

E' sempre raccomandata l'angiografia coronarica, in assenza di controindicazioni alla rivascolarizzazione coronarica.

# Terapia dell' UA-NSTEMI

## ➤ STRATEGIA CONSERVATIVA PRECOCE

L'angiografia coronarica è riservata ai pazienti a rischio elevato o resistenti alla terapia medica massimale



# Terapia dell' UA-NSTEMI

## ➤ STRATEGIA CONSERVATIVA PRECOCE

Criteri di esclusione 1:

- 1) Angina/ischemia recidivante a riposo o a basso carico (in terapia medica massimale)
- 2) Segni di disfunzione VS a riposo ( $EF < 40\%$ )
- 3) Angina e/o ischemia con segni clinici di disfunzione VS
- 4) Instabilità elettrica e/o emodinamica

# Terapia dell'UA/NSTEMI

- **STRATEGIA CONSERVATIVA PRECOCE**  
Criteri di esclusione 2
- Rivascolarizzazione pregressa (CABG/PCI)
- Età superiore a 75 aa
- Test provocativi non invasivi indicativi di alto rischio (mortalità annua >3%)
- Marker cardiaci elevati (TnI o TnT >0.1mg/ml)

# Terapia dell'UA-NSTEMI

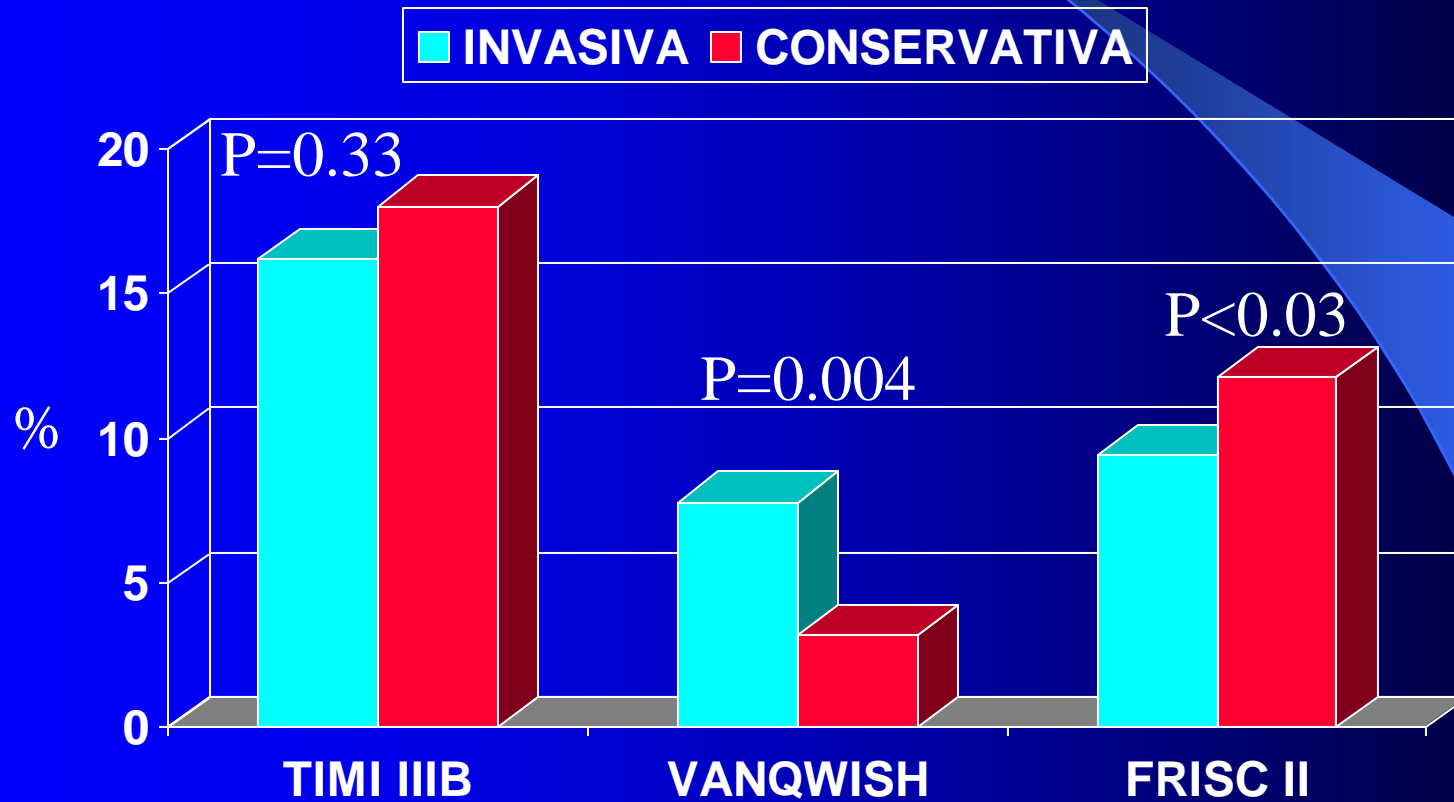
Razionale della strategia invasiva precoce:

- 1) Angiografia coronarica identifica il 10-15% pazienti che non presentano stenosi coronariche significative; 20% di pazienti trivasali con bassa EF o stenosi TC;
- 2) La PCI della lesione colpevole riduce i rischi di un successivo ricovero ospedaliero, nonchè di una terapia medica complessa.
- 3) L'impiego di routine di LMWH e/o degli antagonisti GPIIb/IIIa ha ridotto i rischi delle PCI

## CONFRONTO FRA LE DUE STRATEGIE

- ❖ TIMI 3B (1995)
- ❖ VANQWISH (1998)
- ❖ FRISC II (1999)
- ❖ TACTICS-TIMI18 (2001)
- ❖ PCI-CURE (2001)
- ❖ OASIS [registro] (1998)

# CONFRONTO FRA LE DUE STRATEGIE MORTE+IMA



## CONFRONTO FRA LE DUE STRATEGIE CONCLUSIONI

- I dati degli studi citati anche più recenti come il TACTICS-TIMI 18 supportano che una strategia invasiva precoce è utile solo nei pazienti ad alto rischio,
- Nei pazienti a rischio meno elevato la strategia invasiva non riduce gli end point “pesanti” di morte ed IM ed un approccio più conservativo può essere accettabile

## CONFRONTO FRA LE DUE STRATEGIE CONCLUSIONI

Nella decisione finale non si deve dimenticare che la strategia invasiva riduce:

- la recidiva di sintomi e le ospedalizzazioni,
- la necessità di terapie antianginose complesse,
- migliorando, in conclusione, la qualità della vita del paziente.