

# Gestione della sindrome coronarica acuta nella popolazione anziana: recenti dichiarazioni dell'American Heart Association

Gaetano D'Ambrosio

SIMG BAT e area cardiovascolare



## Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

## How to cite this article:

Gestione della sindrome coronarica acuta nella popolazione anziana: recenti dichiarazioni dell'American Heart Association  
Rivista SIMG 2023;30 (02):12-13.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

**L**a diagnosi e la gestione della SCA (*sindrome coronarica acuta*) nel paziente anziano richiedono una particolare attenzione a causa delle molteplici comorbidità, delle condizioni di fragilità, della politerapia farmacologica, che spesso caratterizzano le persone di età più avanzata. Per questo motivo l'American Heart Association (AHA) ha sentito l'esigenza di pubblicare un documento di indirizzo che affronta in modo esaustivo tali problematiche.<sup>1</sup>

La SCA nell'anziano non è una condizione rara. Infatti, gli adulti di età pari o superiore a 75 anni rappresentano il 30-40% di tutti i pazienti ospedalizzati con SCA, inoltre la maggior parte dei decessi correlati alla SCA si verifica in questa fascia di età. Non si tratta nemmeno di una condizione di scarso interesse per il Medico di Medicina Generale (MMG) in quanto la gestione post-acuta di questi pazienti richiede spesso un grande impegno multi-disciplinare e multi-professionale e una buona organizzazione delle cure domiciliari. Inoltre, la SCA spesso si manifesta nell'anziano con una sintomatologia atipica e ciò fa sì che il paziente tenda a rivolgersi al proprio medico piuttosto che ai servizi di emergenza. I suggerimenti delle linee guida basate sull'evidenza sono spesso difficilmente applicabili in questa fascia di età. Infatti, gli studi clinici riguardanti efficacia e tollerabilità delle terapie per la SCA pressoché invariabilmente arruolano soggetti di età inferiore ai 75 anni. Ciò limita fortemente la trasferibilità dei risultati nella popolazione geriatrica e rende necessario un approccio personalizzato che tenga conto delle peculiari caratteristiche del paziente e delle sue preferenze.

Per una trattazione esaustiva di questa complessa problematica, si rimanda alla lettura integrale del

testo.<sup>1</sup> Riportiamo tuttavia alcune note sintetiche relative ad aspetti di particolare interesse per il MMG.

## Presentazione clinica

Nei soggetti anziani la SCA può manifestarsi con sintomi atipici, mancanza di respiro, sincope, stato confusionale, che disorientano la diagnosi. Il dolore toracico può mancare: in uno studio clinico riguardante pazienti over 75 con infarto miocardico, il dolore era assente nel 44% dei casi, compresi il 40% dei pazienti con STEMI (infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST). Queste percentuali sono ancora più alte nelle donne.

## Diagnosi elettrocardiografica

Molti pazienti anziani presentano anomalie elettrocardiografiche (ipertrofia del ventricolo sinistro, blocchi di branca, ritmi elettrodotti da pace-maker, fibrillazione atriale) che rendono difficile se non impossibile la diagnosi elettrocardiografica di infarto.

## Significato diagnostico delle concentrazioni plasmatiche della troponina

Nei soggetti anziani, a causa di un danno miocardico cronico e/o per la presenza di una compromissione della funzione renale, le concentrazioni plasmatiche della troponina sono persistentemente elevate e possono, pertanto, trarre in inganno. In queste condizioni, la documentazione di una "curva troponinica" con un andamento in crescendo-decrescendo dei valori, diviene assolutamente indispensabile per confermare la diagnosi di SCA.

## Condizioni che determinano la SCA

La presenza di comorbidità può causare episodi di ischemia miocardica non dovuti alla erosione o alla rottura di una placca aterosclerotica (infarto di tipo 1)

ma ad una discrepanza tra apporto e fabbisogno di ossigeno (infarto di tipo 2). E' il caso, per esempio, della ipotensione e/o della disidratazione causate da uno stato settico o da diarrea profusa, da anemia, da ipossia causata da patologie polmonari croniche o da una infezione polmonare acuta, da una aritmia persistente, da riaccutizzazione dello scompenso cardiaco. Tutte queste condizioni devono essere valutate attentamente, anche per il rischio che possano determinare una sofferenza ischemica del cuore.

### Gestione "personalizzata" della terapia

La terapia della cardiopatia ischemica nell'anziano richiede una gestione più prudente, con incrementi posologici progressivi, effettuati cautamente monitorando diversi parametri clinici, procedura nella quale il MMG è necessariamente coinvolto.

D'altra parte, una costante attenzione all'efficacia e alla tollerabilità dei trattamenti, spesso in un contesto di pluriterapia, comporta la necessità di valutare anche l'opportunità di effettuare una riduzione della posologia o la deprecrizione di alcuni farmaci, tenendo anche conto degli obiettivi e delle preferenze del paziente.

Oltre a queste importanti considerazioni di carattere generale, il documento dei cardiologi americani fornisce anche indicazioni specifiche relative ad alcune classi di farmaci.

- Anti-aggreganti: è preferito il clopidogrel per il minore rischio di sanguinamento rispetto a ticagrelor o prasugrel per i pazienti con STEMI, l'uso di ticagrelor è considerato ragionevole.
- Beta-bloccanti: sono particolarmente utili per il loro effetto anti-ischemico e anti-aritmico, tuttavia sono da usare con maggiore attenzione e gradualità posologica per i possibili effetti collaterali (bradicardia severa, astenia).
- Ipocolesterolemizzanti: una recente meta-analisi ha confermato che la riduzione delle LDL comporta benefici di uguale misura nei soggetti di età >75 anni, inoltre dati recenti non hanno confermato la possibilità che gli agenti ipocolesterolemizzanti possano essere ritenuti responsabili di un decadimento cognitivo.
- Farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina-aldosterone: sono efficaci e generalmente ben tollerati a condizione che siano monitorate pressione arteriosa e potassiemia, soprattutto nelle prime 12 settimane.

### Procedure di rivascularizzazione

Sebbene i rischi siano maggiori rispetto ai soggetti giovani, l'intervento coronarico percutaneo o la chirurgia di rivascularizzazione possono essere utili in pazienti anziani selezionati con coronaropatia estesa.

### Approccio multidisciplinare, riabilitativo, palliativo

I piani di cura del paziente dovrebbero essere personalizzati, con il contributo di un team multidisciplinare che può includere cardiologi, chirurghi, geriatri, medici di famiglia, nutrizionisti, assistenti sociali e familiari/care-giver. E' fondamentale una buona comunicazione tra il team ospedaliero e quello territoriale.

La SCA può determinare una svolta importante nel percorso di vita del paziente

anziano in quanto in grado di comprometterne l'efficienza fisica, l'autonomia, le funzioni cognitive e questo pone dei problemi rilevanti nell'assumere decisioni cliniche o assistenziali.

In questo contesto diviene spesso necessario adottare un approccio di tipo riabilitativo e/o palliativo, evitando interventi che non comportino un reale beneficio in termini di qualità della vita.

### Bibliografia

1. Damluji AA, et al. Management of acute coronary syndrome in the older adult population: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2023;147:32-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36503287/>

