

Uso mirato dell'angiografia coronarica nei pazienti con dolore toracico

Lee KK, Wereski R, Lowe D, et al. Targeted Use of Computed Tomographic Coronary Angiography in Acute Chest Pain. N Engl J Med. 2026 Aug 29. doi: 10.1056/NEJMoa2608903.

Come noto da tempo, il dolore toracico è una sfida costante per chi opera in ambito di emergenza, sia per la numerosità della casistica sia per la sua potenziale complessità, gravata dal rischio di ritardo o di errore diagnostico. La sindrome coronarica acuta (SCA), e in particolare l'infarto miocardico (IMA), rappresenta una delle sfide diagnostiche più grandi per il medico di urgenza, ben consapevole, da un lato, che "time is muscle" e, dall'altro, dei pericoli di un mancato riconoscimento della stessa, data la sua estrema variabilità clinica. Tecnologie sempre più avanzate sono state incorporate nel work-up di questo quadro clinico e codificate nelle linee guida delle società scientifiche del settore.

Tra gli strumenti utilizzabili anche in emergenza, da tempo si è resa disponibile l'angiografia coronarica con metodica tomografica computerizzata (coronaro TAC o CTA), dotata di elevata resa diagnostica, a fronte di costi biologici ed economici non trascurabili, oltre che di possibili complessità organizzative. Per questo motivo, è importante identificare gli ambiti clinici in cui la CTA si è dimostrata più efficace.

In questo lavoro gli autori, ricercatori dello studio "TARGET-CTA" (randomizzato, multicentrico, controllato), hanno valutato 3170 pazienti afferiti a 14 dipartimenti di emergenza del Regno Unito per una sospetta SCA, nei quali era stata esclusa la presenza di IMA, ma che presentavano valori di troponina plasmatica hs (I oT > 5 ng/l) compatibili con un rischio intermedio di eventi cardiaci maggiori (MACE). Poiché è noto che questa classe di rischio ha un'incidenza doppia di malattia coronarica alla CTA e un rischio 10 volte maggiore di sviluppare un IMA o di morire rispetto al gruppo con livello di hs-troponina molto basso, le linee guida raccomandano in questi casi ulteriori indagini di imaging. Nello studio, i pazienti sono stati randomizzati a eseguire una CTA o a seguire il percorso standard. Gli endpoint primari di IMA o morte per cause cardiache, si sono verificati nel 7,1% nel gruppo studiato con CTA e nel 7,3% nel gruppo con percorso standard (HR 0,95, 95% CI, 0,73-1,23, P=0,71).

Se il messaggio fondamentale è quindi che in questa popolazione di pazienti con sospetta SCA non IMA, l'esecuzione di una CTA non modifica la prognosi, può essere interessante l'osservazione emersa sul vantaggio di un'esecuzione precoce della CTA nel gruppo di pazienti a basso rischio secondo l'HEART score, il cui impiego in area di emergenza è diffuso e raccomandato.

Nelle conclusioni, gli autori indicano correttamente i limiti dello studio. Il principale è che i pazienti arruolati sono stati classificati a rischio intermedio solo in base al livello di troponina, e non secondo gli score di rischio comunemente utilizzati (vedi sopra). Inoltre, la maggior parte dei pazienti (70%) era di sesso maschile, sia perché la SCA è meno frequente nel sesso femminile, sia perché il 99° percentile genere-correlato della concentrazione di troponina è più basso, con la conseguenza che meno pazienti di sesso femminile risultano a rischio intermedio. Pur con i limiti descritti, il lavoro appare molto interessante per medici e cardiologi che lavorano in emergenza, perché solleva interrogativi sulle modalità e sui tempi di impiego della CTA e di altre tecnologie per lo studio di un paziente con sospetta SCA.

Per saperne di più

1. Gray AJ, Roobottom C, Smith JE, et al (RAPID-CTCA Investigators). Early computed tomography coronary angiography in patients with suspected acute coronary syndrome: randomised controlled trial. BMJ. 2021 Sep 29;374:n2106. doi: 10.1136/bmj.n210
2. Williams MC, Wereski R, Tuck C, et al (SCOT-HEART Investigators). Coronary CT angiography-guided management of patients with stable chest pain: 10-year outcomes from the SCOT-HEART randomised controlled trial in Scotland. Lancet. 2025;405(10475):329-337. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02679-

(Mario Cavazza)