

Una sfida al paradigma STEMI-NSTEMI.

Nunes de Alencar Neto J, Kiszka Scheffer M, Pinotti Correia B, et al. Systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy of ST-segment elevation for acute coronary occlusion 2024, Int J Card, <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2024.131889>

Parole chiave: metanalisi; STEMI-NSTEMI; sopraelevazione tratto ST; diagnosi ECG di infarto; OMI-NOMI strategy.

Da quando nel 2000 è stata definita l'importanza di identificare precocemente la patologia occlusiva coronarica acuta (ACO) nel dolore toracico (e le conseguenti strategie riperfusiva da attivare il prima possibile), anche per il medico di urgenza è di fondamentale importanza differenziare al meglio, su base elettrocardiografica, questa condizione. Tradizionalmente si è ritenuto che una ACO a rischio di infarto irreversibile (in assenza di riperfusione) fosse adeguatamente identificata dalla sopraelevazione del tratto ST (STEMI) che lo distingue dallo NSTEMI per il quale sono previsti modi e tempi di intervento diversi. Negli ultimi anni è però stato suggerito che il paradigma STEMI-NSTEMI non identifichi accuratamente tutte le ACO bisognose di riperfusione urgente, e si è proposto il nuovo paradigma "OMI-NOMI" (occlusion-non occlusion myocardial infarction).

In questo lavoro, gli autori effettuano una revisione sistematica della letteratura (2012-2023) sull'accuratezza diagnostica della sopraelevazione del tratto ST nella ACO. I criteri di inclusione adottati sono stati stringenti e hanno fatto sì che solo 25 dei 1381 studi identificati venissero presi in considerazione dopo una prima valutazione basata solo sui titoli e sugli abstract. Dopo un secondo esame più approfondito, solo tre di questi ultimi sono stati inclusi nella metanalisi. I soggetti presi in esame dai tre studi (rispettivamente 2.694, 808, 19.932) erano pazienti afferiti al PS per possibile sindrome coronarica acuta e valutati con ECG per la presenza o meno di una sopraelevazione del tratto ST (secondo la terza o quarta definizione universale di infarto miocardico). La conferma diagnostica di infarto veniva fatta con angiografia o, in sua assenza, sulla base di un incremento significativo dei valori di troponina con contemporaneo riscontro ecocardiografico di nuova, o verosimilmente nuova, alterazione della motilità regionale della parete miocardica.

In questa metanalisi, la sopraelevazione del tratto ST ha dimostrato una sensibilità per ACO del 43.6% (95% CI: 34,7%-52,9%), mentre la sua specificità era del 96.5% (95% CI: 91.2% - 98.7%) con LR+ 12.517 e LR- 0.711. In altre parole, più della metà dei casi di OCA con possibile indicazione a riperfusione di emergenza non presentavano sopraelevazione del tratto ST.

Gli autori hanno successivamente adottato un diverso approccio al problema, concentrando l'attenzione sulla possibilità di identificare un'ACO allargando la valutazione ad altri segni elettrocardiografici equivalenti di occlusione coronarica , quali la onda T iperacuta, la distorsione terminale del QRS e altri descritti in letteratura. Questa strategia ha dimostrato una sensibilità, che raggiungeva il 78% (95% CI: 62.7% -88.3%) con una specificità del 94.4% (95% CI:88.6%-97.3%), con LR+ 13.835 e LR- 0.232.

Gli autori concludono affermando l'importanza di superare il paradigma STEMI-NSTEMI e la necessità di prestare maggiore attenzione a documentare una occlusione coronarica acuta ("OMI-NOMI strategy") utilizzando elementi elettrocardiografici che vadano oltre la sola valutazione del tratto ST.

(Mario Cavazza)