

LINEE GUIDA . LINEE GUIDA ESC PER LA DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE SINDROMI CORONARICHE CRONICHE 2019

LINEE GUIDA ESC PER LA DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE SINDROMI CORONARICHE CRONICHE 2019

traduzione a cura di: Giuseppina De Benedittis, Roberto Tommasi, Cristina Tritto e Massimo Trianni: Servizio Territoriale di Cardiologia- Poliambulatorio Cittadella della Salute- Lecce

Introduzione

Ci è sembrato utile per la nostra pratica clinica quotidiana tradurre le parti di maggiore interesse per tutti delle pocket Guidelines sulla cardiopatia ischemica cronica, prodotte dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) nel 2019.

Traduzione

Nelle nuove LG, le precedenti risalgono al 2013, si parla di sindromi coronariche croniche (CCS) e non di CAD stabile.

Le sindromi coronariche croniche , presentazioni cliniche della coronaropatia (CAD=coronary artery disease) si contrappongono alle sindromi coronariche acute (ACS).

La CAD è una malattia dinamica, dovuta all'accumulo della placca aterosclerotica ed alterazioni funzionali del circolo coronarico, modificabili, grazie a cambiamenti dello stile di vita, terapie farmacologiche, rivascolarizzazione, che portano alla stabilizzazione della malattia o regressione.

La storia naturale delle CCS è, infatti, modificabile grazie all'ottimale controllo dei fattori di rischio, cambiamenti dello stile di vita, adeguata terapia della prevenzione secondaria e rivascolarizzazione.

I percorsi della forma cronica non sono standardizzati. Sono stati individuati 6 scenari clinici più frequenti:

- pazienti con sospetta CAD e angina stabile e/o dispnea;
- pazienti con scompenso cardiaco o disfunzione del ventricolo sinistro di nuova insorgenza e sospetta CAD;
- asintomatici o sintomatici con sintomi stabilizzati <1 anno dopo una SCA o pazienti con recente rivascolarizzazione;
- asintomatici o sintomatici >1 anno dopo la diagnosi iniziale o rivascolarizzazione
- pazienti con angina e sospetto vasospasmo o malattia microvascolare;
- soggetti asintomatici nei quali la CAD è diagnosticata allo screening.

La gestione diagnostica comprende 6 step:

1) valutare i sintomi e considerare se si tratta di angina instabile (es. angina di nuova insorgenza) ed in questo caso seguire le LG delle ACS.

Bisogna considerare la sede, le caratteristiche, la durata, la relazione con l'esercizio o altri fattori che esacerbano o migliorano i sintomi. L'angina può essere tipica o atipica. Nella forma tipica il senso d'oppressione si avverte al centro del torace o collo, mandibola, spalle o braccia, è precipitato dall'esercizio fisico, è alleviato dal riposo o nitrati sublinguali entro 5 minuti;

2) considerare comorbidità e qualità di vita (nel caso la rivascolarizzazione sia futile, meglio prescrivere solo terapia medica);

3) ECG, biomarker, EcoDoppler cardiaco, ECG dinamico sec Holter, Rx torace.

L'ECG a riposo è raccomandato in tutti i pazienti con dolore toracico di probabile origine cardiaca, durante ed immediatamente dopo l'episodio di angina. Le alterazioni del tratto ST, registrate durante una TPSV non dovrebbero essere usate per diagnosticare una CAD.

Tra i biomarker la troponina HS o US si deve dosare nei casi in cui si sospetti una SCA (IA), in tutti i pazienti si dovrebbe controllare l'emocromo (IB), creatinina e profilo lipidico (IA). E' raccomandato il controllo della glicemia e dell'Hb glicata (IB). La valutazione della funzione tiroidea è raccomandata, se si sospettano disfunzioni;

4) valutare la probabilità clinica pre-test di malattia coronarica. Bisogna fare la diagnosi differenziale con le altre cause di dolore toracico. La probabilità pre-test è cambiata, perchè lo stile di vita e i trattamenti hanno cambiato lo scenario;

5) test diagnostici: il dato del calcium score è molto valorizzato per escludere un rischio alto. I test d'ischemia sono importanti per decidere se rivascolarizzare. Alla coronarografia dovrebbero andare solo quelli nei quali è probabile una PTCA o se hanno una bassa EF, per migliorarla con il trattamento.

La CTA (Computer Tomography Angiography) può essere preferita in pazienti con un range più basso di probabilità clinica di CAD, senza precedente diagnosi di CAD, e caratteristiche associate con un'alta probabilità di immagini di buona qualità. Dovrebbe essere considerata un'alternativa alla coronarografia, se i test non invasivi sono dubbi o non diagnostici.

La CTA non è raccomandata in caso di calcificazioni coronariche estese, frequenza cardiaca irregolare, obesità significativa, impossibilità a collaborare rispondendo ai comandi respiratori o altre condizioni, che rendano improbabili immagini di buona qualità.

I test non invasivi funzionali possono essere preferiti in pazienti con un range più alto di probabilità clinica, se la rivascolarizzazione è probabile o il paziente ha una CAD, diagnosticata precedentemente.

L'imaging funzionale dell'ischemia miocardica è raccomandato se la CTA ha dimostrato CAD d'incerto significato funzionale o non è diagnostica.

La coronarografia è necessaria in caso di test non invasivi dubbi o, eccezionalmente, in quei pazienti che svolgono particolari professioni. E' indicata se la valutazione non invasiva suggerisce un alto rischio di eventi per decidere su come rivascolarizzare.

- trattamenti: cambiamenti nello stile di vita (IA). Cessazione del fumo. Evitare anche il fumo passivo. Dieta salutare: a base di verdura, cereali e frutta. E' importante limitare i grassi saturi a meno del 10% del totale, limitare l'alcool a <100 g/settimana o 15 g al giorno. Attività fisica: 30-60 minuti di attività fisica moderata al giorno per più giorni la settimana ma un'attività fisica irregolare è comunque benefica. Peso salutare: ottenere e mantenere un peso ideale (<25 Kg/m²) o ridurre il peso riducendo gli introiti ed aumentando l'attività fisica. Altro: prendere i farmaci come prescritto. L'attività sessuale è a basso rischio per i pazienti stabili, non sintomatici, a bassi o moderati livelli di attività. La Riabilitazione Cardiologica è raccomandata (IA) per raggiungere uno stile di vita salutare e un controllo efficace dei fattori di rischio. Coinvolgere un Team multidisciplinare, formato da Cardiologi, MMG, infermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi e farmacisti, è raccomandato (IA). Gli interventi psicologici sono raccomandati per migliorare i sintomi depressivi (IB). La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata, soprattutto negli anziani (IB).

Il trattamento farmacologico ha 3 obiettivi: ridurre i sintomi anginosi, ridurre l'ischemia indotta dall'esercizio e prevenire gli eventi cardiovascolari. Il trattamento ideale dovrebbe controllare in maniera soddisfacente i sintomi e prevenire gli eventi cardiaci con minimi effetti collaterali e massima aderenza dei pazienti. In realtà la terapia farmacologica va personalizzata, cioè adattata a ciascun paziente in rapporto alle sue caratteristiche e preferenze. La terapia farmacologica iniziale consiste in 1 o 2 farmaci antianginosi e, ove necessario, i farmaci per la prevenzione secondaria.

I STEP : betabloccanti o calcioantagonisti come terapia standard (IA); se la frequenza cardiaca è alta, betabloccanti o calcioantagonisti non diidropiridinici (IA), se la frequenza cardiaca è bassa meglio usare calcioantagonisti diidropiridinici. Se concomita disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco, meglio usare i betabloccanti. Se la pressione arteriosa è bassa, meglio basse dosi di betabloccanti o basse dosi di calcioantagonisti non diidropiridinici.

II STEP: se i sintomi anginosi non sono controllati con la precedente terapia, dovrebbe essere considerata la terapia con betabloccanti e calcioantagonisti diidropiridinici (IIa C), come anche la terapia con nitrati long-acting (IIa B) (controindicati in caso di cardiomiopatia ostruttiva o se il paziente assume inibitori delle fosfodiesterasi) e con ivabradina, se concomita disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco (IIa B).

III STEP: considerare l'associazione di ranolazina, ivabradina o trimedazidina in chi ha ancora sintomi, nonostante la terapia a base di betabloccanti, calcioantagonisti e nitrati long-acting (IIa B).

IV STEP: aggiungere nicorandil, ranolazina o trimedazidina (IIa C) ai pazienti che hanno una frequenza cardiaca inferiore a 50 b/min e sintomi, nonostante la terapia a base di calcioantagonisti diidropiridinici e nitrati long-acting.

I nitrati sublinguali sono raccomandati per dare immediato sollievo in caso di angina da sforzo (IB).

In pazienti con basse frequenza cardiaca e pressione arteriosa la ranolazina o la trimedazidina possono essere considerati farmaci di prima scelta per la riduzione della frequenza dell'angina e per migliorare la tolleranza all'esercizio (IIb C).

In pazienti selezionati la combinazione di betabloccanti o calcioantagonisti con ranolazina, nicorandil, ivabradina, trimetazidina può essere considerato un trattamento di I scelta (IIb B)

E' raccomandato il controllo della risposta del paziente alla terapia prescritta (2-4 settimane dopo l'inizio dell'assunzione dei farmaci) (IC).

TERAPIA ANTITROMBOTICA IN PAZIENTI CON CCS E RS

ASPIRINA 75-100 mg/die è raccomandata (IA) in tutti i pazienti con precedente IMA o rivascolarizzazione o evidenza di CAD all'imaging.

CLOPIDOGREL 75 mg 1 cpr/die è raccomandato (IB) in alternativa all'ASA nei pazienti intolleranti all'acido acetilsalicilico ma da preferire all'ASA nei pazienti sintomatici ed asintomatici con arteriopatia obliterante arti inferiori o precedente ischemia cerebrale.

LA DOPPIA ANTIAGGREGAZIONE dovrebbe essere considerata in pazienti con moderato o alto rischio di eventi ischemici e senza aumentato rischio di sanguinamento.

Dopo PCI ASPIRINA 75-100 mg/die è raccomandata (IA).

CLOPIDOGREL 75 mg 1 cpr/die, dopo il carico di 600 mg o >5 giorni è raccomandato (IA) in aggiunta ad ASA per 6 mesi, indipendentemente dal tipo di stent. Una minor durata 1 (IIbC) - 3 mesi (IIaA) se è alto il rischio di sanguinamento. Prasugrel o Ticagrelor possono essere considerati, almeno come terapia iniziale, in specifiche situazioni di alto rischio (trombosi intrastent, stenting complesso del tronco comune o stent multivasale) o se la DAPT non può essere usata, a causa dell'intolleranza all'ASA.

TERAPIA ANTITROMBOTICA IN PAZIENTI CON CCS ED FA

Il NOAC è sempre raccomandato rispetto agli inibitori della vit.K (IA), a meno che non ci sia un'importante insufficienza renale. La terapia a lungo termine con NOAC o inibitori della vit. K è raccomandata (IA) se il CHA2DS2-VASc score è uguale o maggiore di 2 negli uomini e uguale o maggiore di 3 nelle donne ma dovrebbe essere considerato (IIaB) se il CHA2DS2-VASc score è 1 negli uomini e 2 nelle donne. ASA 75-100 o Clopidogrel 75 1 cpr/die possono essere considerati in pazienti con CAD ed FA, storia di IMA e alto rischio di eventi ischemici ricorrenti ma senza un alto rischio di sanguinamento (IIbB).

TERAPIA ANTITROMBOTICA IN PAZIENTI POST- PCI CON FA

E' raccomandata la somministrazione periprocedurale di ASA e Clopidogrel in pazienti da sottoporre a impianto di stent coronarico (IC).

In pazienti eleggibili ai NOAC, il loro uso è raccomandato in combinazione con la terapia antiplastrinica (IA).

Si usa il dosaggio ridotto di rivaroxaban e di dabigatran quando l'alto rischio di sanguinamento prevale sul rischio trombotico (IIaB).

Dopo PCI non complicata si può decidere la precoce cessazione dell'ASA (uguale o inferiore ad una settimana) e la continuazione del Clopidogrel e NOAC, se il rischio di sanguinamento prevale, indipendentemente dal tipo di stent (IIaB). La triplice terapia con ASA, Clopidogrel e NOAC per più di un mese dovrebbe essere considerata (IIaC), quando il rischio di trombosi dello stent è maggiore del rischio di sanguinamento e la durata totale del trattamento (uguale o inferiore a 6 mesi) deve essere chiaramente specificata alla dimissione ospedaliera. In pazienti con indicazione a TAO in combinazione con ASA e/o Clopidogrel l'INR dovrebbe essere mantenuto tra 2 e 2,5 e il TTR > 70% (IIaB). La duplice terapia con NOAC e Ticagrelor o Prasugrel possono essere considerati come un'alternativa alla triplice terapia in pazienti con moderato o alto rischio di trombosi dello stent, indipendentemente dal tipo di stent usato (IIbC). L'uso di Ticagrelor o Prasugrel non è raccomandato come parte della triplice terapia antitrombotica con ASA e NOAC (IIIC).

ALTRE INDICAZIONI

Il concomitante uso di inibitori di pompa protonica è raccomandato in pazienti che assumono ASA, DAPT o NOAC, che abbiano un alto rischio di sanguinamento gastrointestinale (IA).

Le statine sono raccomandate in tutti i pazienti con cardiopatia ischemica cronica (IA). Se il target di LDL non è raggiunto con la massima dose tollerata di statina, è raccomandata la combinazione statina/ezetimibe prima, statina/ezetimibe/ inibitore della PCSK9, se non si raggiunge ancora il target del colesterolo LDL raccomandato (IA).

Gli ACE-inibitori (o sartani) dovrebbero essere prescritti (IA) soprattutto nei pazienti con scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa o diabete mellito e dovrebbero essere considerati anche nei pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato (IIaA).

I betabloccanti sono raccomandati (IA) soprattutto nei pazienti con disfunzione del ventricolo sinistro o scompenso cardiaco sistolico e dovrebbero essere considerati nei pazienti con precedente STEMI per lungo tempo per via orale (IIaB).

RIVASCOLARIZZAZIONE

Gioca un ruolo centrale nel trattamento delle CCS on top della terapia medica ma sempre in aggiunta, senza sostituirla, quando i sintomi persistono. I 2 obiettivi della rivascolarizzazione sono:

- miglioramento dei sintomi
- miglioramento della prognosi.

La decisione di rivascolarizzare con angioplastica o bypass si basa sulla presentazione clinica (sintomi presenti o assenti) e precedente documentazione di ischemia.

In assenza di una precedente documentazione di ischemia, le indicazioni per la rivascolarizzazione dipendono dalla valutazione invasiva della severità della stenosi o indicazioni prognostiche.

PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO O RIDOTTA FUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA DI NUOVA INSORGENZA.

La CAD è la causa più comune di scompenso cardiaco in Europa. La maggior parte dei pazienti con sintomi ha una EF ridotta, sebbene ci siano anche pazienti con EF preservata.

Riguardo la terapia farmacologica: i diuretici sono raccomandati nei pazienti sintomatici con segni di congestione polmonare o sistemica (IB); i betabloccanti sono raccomandati come farmaci antianginosi e perchè riducono morbidità e mortalità (IA); gli ACE-inibitori nei pazienti sintomatici per scompenso cardiaco o asintomatici con disfunzione del ventricolo sinistro, che segue l'IMA, per migliorare i sintomi e ridurre mortalità e morbidità (IA); i sartani in pazienti che non tollerano gli ACE-inibitori o hanno sintomi persistenti, nonostante la terapia medica ottimale (IB). L'antialdosteronico è raccomandato in pazienti che rimangono sintomatici, nonostante un adeguato trattamento con ACE-inibitori e betabloccanti, per ridurre morbidità e mortalità (IA). I nitrati short-acting o transcutanei dovrebbero essere considerati, perchè efficaci come farmaci antianginosi e sicuri nello scompenso cardiaco.(IIaA). L'ivabradina dovrebbe essere considerata in pazienti in ritmo sinusale, EF < o uguale a 35% e frequenza cardiaca a riposo maggiore di 70 b/min, che rimangono sintomatici, nonostante un adeguato trattamento con betabloccante, ACE-inibitore e antialdosteronico per ridurre morbidità e mortalità (IIaB); L'amlodipina può essere presa in considerazione per ridurre l'angina in pazienti con scompenso cardiaco, che non tollerano i betabloccanti ed è sicura nello scompenso cardiaco (IIbB).

Riguardo devices, comorbidità e rivascolarizzazione: è raccomandata una CRT con pacemaker in pazienti con scompenso cardiaco e bradicardia con un alto grado di blocco atrio ventricolare, più frequentemente di un pacing destro (IA).

Un defibrillatore impiantabile è raccomandato in pazienti con documentata disritmia ventricolare, che causi instabilità emodinamica (prevenzione secondaria come anche in pazienti con scompenso cardiaco sintomatico e una EF <35% per ridurre il rischio di morte improvvisa e mortalità per tutte le cause (IA).

La CRT è raccomandata in pazienti sintomatici con scompenso cardiaco in ritmo sinusale con QRS di durata superiore o uguale a 150 ms, blocco di branca sinistra completo ed EF < o uguale a 35%, nonostante la terapia medica ottimale, per migliorare i sintomi e ridurre morbidità e mortalità (IA). Il livello di evidenza si riduce a IB se la durata del QRS è compresa tra 130 e 149 ms.

PAZIENTI CON DIAGNOSI DI SINDROMI CORONARICHE CRONICHE DI LUNGA DURATA

Il decorso clinico può essere benigno oppure si possono sviluppare alcune complicanze cardiovascolari e possono rendersi necessarie misure terapeutiche, alcune direttamente correlate alla CAD sottostante.

Distinguiamo pazienti asintomatici, nei quali una visita periodica è raccomandata (a 6 mesi e 1 anno) per rivalutare potenziali cambiamenti del rischio cardiovascolare, le modifiche dello stile di vita, aderenza ai target dei fattori di rischio cardiovascolare, lo sviluppo di comorbidità, che possano avere effetti sui trattamenti e prognosi (IC).

Nei pazienti sintomatici è raccomandata una rivalutazione della CAD, se c'è deterioramento della funzione ventricolare sinistra, che non possa essere attribuito a cause reversibili (es. tachicardia prolungata o miocardite) (IC), o peggioramento dei

sintomi, usando preferibilmente stress imaging o in alternativa il test da sforzo (IB).
La coronarografia è raccomandata se i test non invasivi indicano l'alto rischio, soprattutto se i sintomi sono refrattari al trattamento medico, o il profilo clinico è di alto rischio (IC)
L'Ecocardiogramma a riposo serve per valutare la funzione ventricolare sinistra, la funzione valvolare e lo stato emodinamico, precocemente (1-3 mesi) dopo la rivascolarizzazione oppure all'anno, se precedentemente normale, e ogni 3-5 anni. Il test da sforzo va eseguito precocemente, se necessario, per chiarire l'origine dei sintomi, dopo rivascolarizzazione e/o periodicamente per rivalutare l'ischemia.

ANGINA SENZA MALATTIA OSTRUTTIVA DELLE ARTERIE EPICARDICHE

Si tratta di angina microvascolare o stenosi dinamiche di vasi epicardici, causate da spasmo coronarico o ponti intramiocardici.

Nei pazienti con sintomi persistenti ma coronarie angiograficamente normali o stenosi moderate con preservata IWFR/FFR, dovrebbero essere effettuate le misurazioni della riserva di flusso coronarico guide wire-based e/o la resistenza microcircolatoria (IIaB).

La somministrazione di acetilcolina intracoronarica con monitoraggio ECG può essere effettuata durante l'angiografia, se le coronarie sono normali o hanno stenosi moderate con IWFR/FFR preservate per valutare il vasospasmo microvascolare (IIb/B).

Il Doppler transtoracico dell'arteria discendente anteriore, la Risonanza Magnetica cardiaca e la PET possono essere considerate per una valutazione non invasiva della riserva di flusso coronarico.

SOSPETTA ANGINA VASOSPATICA

E' raccomandato un ECG durante sintomi (IC).

La coronarografia o la CTA coronarica sono raccomandate in pazienti con caratteristici episodi di angina a riposo e cambiamenti del tratto ST-T, che si risolvono con nitrati e calcioantagonisti, per determinare l'estensione della malattia coronarica sottostante (IC).

L'ECG dinamico sec Holter dovrebbe essere considerato per identificare i cambiamenti dell'ST in assenza di un'aumentata frequenza cardiaca (IIaC).

I test provocativi intracoronarici dovrebbero essere considerati per identificare la sede e le modalità dello spasmo (IIaB).

SCREENING PER CORONAROPATIA IN SOGGETTI ASINTOMATICI

E' raccomandata la stima del rischio totale usando lo score in adulti asintomatici di età superiore ai 40 anni, senza evidenza di malattia cardiovascolare, diabete, insufficienza renale cronica o ipercolesterolemia familiare (IC).

La valutazione della storia familiare di malattia cardiovascolare prematura (definita come cardiopatia fatale o non fatale in un parente di primo grado, se uomo prima dei 55 anni, se donna prima dei 65 anni) è raccomandata come parte della valutazione del rischio (IC).

Si raccomanda che tutti gli individui di età inferiore a 50 anni con storia familiare di malattia cardiovascolare prematura in un parente di primo grado o storia di ipercolesterolemia familiare siano scrinati usando uno score clinico validato (IB).

La valutazione del calcium score con la TAC, l'individuazione di placche aterosclerotiche, l'ABI, possono modificare il rischio in soggetti asintomatici (IIbB). In adulti ad alto rischio (con diabete, forte familiarità per CAD o quando un precedente test suggerisca un alto rischio di CAD, può essere considerato l'imaging funzionale o CTA coronarica (IIbC).

In adulti asintomatici (inclusi adulti sedentari, che vogliono cominciare un programma di vigorosa attività fisica, un test da sforzo può essere considerato per la valutazione del rischio cardiovascolare, specialmente quando l'attenzione è puntata su marker non ECG, come la capacità d'esercizio (IIbC).

Non sono indicati per la valutazione del rischio cardiovascolare l'IMT misurabile con l'EcoDoppler carotideo (IIIA) e i biomarker (IIIB).

In diabetici asintomatici a basso rischio la CTA coronarica o i test d'imaging funzionali per ischemia non sono indicati (IIIC).

SINDROMI CORONARICHE CRONICHE IN SPECIFICHE CIRCOSTANZE

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio cardiovascolare ed è strettamente associato con le sindromi coronariche croniche.

E' raccomandato il raggiungimento di una pressione arteriosa sistolica tra 120 e 130 mmHg in generale e 130-140 mmHg nei pazienti più anziani, di età superiore ai 65 anni (IA).

In pazienti ipertesi con un recente IMA è raccomandata la terapia con betabloccanti e bloccanti del RAS (IA)

In pazienti con angina sono raccomandati i betabloccanti e/o i calcioantagonisti (IA).

Valvulopatie

La valutazione della CAD è raccomandata prima dell'intervento chirurgico o quando è pianificato un intervento percutaneo, per sapere se è necessaria la rivascolarizzazione.

La coronarografia è raccomandata (IC) prima della chirurgia valvolare se concomitano storia di malattia cardiovascolare, sospetta ischemia miocardica, disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, in uomini di età maggiore di 40 anni e donne in post-menopausa con uno o più fattori di rischio cardiovascolare.

La coronarografia è raccomandata anche nella valutazione dell'insufficienza mitralica funzionale da moderata a severa (IC).

La TAC coronarica dovrebbe essere considerata come un'alternativa alla coronarografia prima dell'intervento sulle valvole in pazienti con severa patologia valvolare e bassa probabilità di CAD (IIaC).

L'angioplastica coronarica dovrebbe essere considerata in pazienti sottoposti a TAVI e stenosi coronarica > 70% in segmenti prossimali.(IIaC).

In valvulopatie severe l'Ecostress non dovrebbe essere eseguito di routine, a causa del basso potere diagnostico e dei rischi potenziali (IIIC).

Dopo il trapianto cardiaco, è raccomandata la coronarografia per valutare la presenza di CAD nel cuore trapiantato e dovrebbe essere effettuata annualmente per i primi 5 anni.

Cancro

La CAD si diagnostica sempre più frequentemente nei pazienti con cancro in fase attiva, come effetto collaterale della terapia (radioterapia a livello del torace/mediastino, cardiotossicità da chemioterapia o immunoterapie) o come risultato di estese terapie antineoplastiche in soggetti anziani.

Le decisioni sul trattamento dovrebbero essere basate sull'aspettativa di vita, comorbidità come trombocitopenia, aumentata propensione alla trombosi, e potenziali interazioni tra farmaci usati nelle sindromi coronariche croniche e i farmaci antineoplastici (IC).

La procedura invasiva è raccomandata, se la rivascolarizzazione è indicata (IC), in pazienti altamente sintomatici con cancro attivo e aumentata fragilità.

Diabete mellito

E' raccomandato (IA) il controllo con raggiungimento del target dei fattori di rischio (PA, colesterolo LDL, Hb glicata).

In diabetici asintomatici un periodico ECG a riposo è raccomandato per l'individuazione di anomalie della conduzione, FA ed ischemia silente (IC).

Il trattamento con ACE-inibitori è raccomandato per prevenire gli eventi (IB).

Empaglifozin, Canaglifozin o Dapaglifozin, inibitori del co-trasporter 2 sodio-glucosio, o Liraglutide o Semaglutide, agonisti del recettore GLP1, sono raccomandati (IA) nei diabetici con malattie cardiovascolari.

In pazienti diabetici asintomatici di età superiore a 40 anni, l'imaging funzionale o la TAC coronarica possono essere considerati per una valutazione avanzata del rischio cardiovascolare (IIbB).

Insufficienza renale cronica

E' raccomandato che i fattori di rischio siano controllati in modo da raggiungere i valori target (IA), la dose dei farmaci escreti per via renale ed usati per la cura della cardiopatia ischemica cronica deve essere adattata al grado di disfunzione renale (IC), l'uso dei mezzi di contrasto ionizzanti ridotto al minimo in pazienti con severa insufficienza renale e preservata produzione di urina per prevenire un ulteriore deterioramento (IB).

Nei pazienti anziani è raccomandata particolare attenzione agli effetti collaterali dei farmaci, intolleranza e sovradosaggio (IC), è raccomandato l'utilizzo dei DES (IA) e

l'accesso radiale (IB) e le decisioni sugli esami diagnostici e rivascolarizzazione devono essere basate sui sintomi, l'estensione dell'ischemia, fragilità, aspettativa di vita e comorbidità (IC).

Sesso

La terapia ormonale sostitutiva non è raccomandata per ridurre il rischio nelle donne in post-menopausa (IIIC).

Angina refrattaria

I pazienti con angina refrattaria vanno trattati da un Team Multidisciplinare che valuti le opzioni terapeutiche migliori basandosi su un'accurata diagnosi dei meccanismi della sindrome dolorosa.

La contropulsazione esterna avanzata o un device che riduca la costrizione del seno coronarico o la stimolazione cordale spinale possono essere considerati per ridurre i sintomi in pazienti con angina refrattaria debilitante, nonostante terapia medica e strategie di rivascolarizzazione ottimali (IIbB).

La rivascolarizzazione transmiocardica non è raccomandata (IIIA).

Gianluca Pontone, responsabile dell'UO di RM del Monzino, unico italiano co-autore dell'edizione 2014

Dalla pubblicazione delle prime linee guida per l'interpretazione e la refertazione della TC coronarica a cura della Society of Cardiovascular Computed Tomography (SCCT) nel 2009, i cambiamenti significativi in questo campo sono stati numerosi: molte innovazioni tecnologiche, l'ampliamento delle indicazioni cliniche al test, tra le quali i pazienti con dolore toracico acuto in pronto soccorso, e lo sviluppo di nuove tecniche per la valutazione della fisiologia coronarica.

Alla luce di questi sviluppi, il Comitato per le linee guida della SCCT ha ritenuto necessario aggiornare il documento precedente. E questa volta, tra i firmatari, figura Gianluca Pontone, responsabile dell'unità operativa di RM dell'area imaging del Monzino, uno dei tre europei e unico italiano co-autore. Le nuove linee guida si aggiungono alle oltre dieci linee guida in Cardiologia alla cui stesura ha collaborato il gruppo dell'imaging del Centro Cardiologico Monzino.

Le raccomandazioni, come la versione del 2009, sono destinate non solo agli esperti di imaging, ma anche ai cardiologi clinici e del territorio, sempre nel miglior interesse del paziente.

"Le nuove linee guida. commenta Gianluca Pontone, . si muovono nella direzione di

raggiungere una sempre maggiore standardizzazione nell'interpretazione e nella refertazione della TAC cardiaca, esame diagnostico sempre più diffuso nella pratica clinica cardiologica.

Fonte:

Leipsic J, Abbara S, Achenbach S, Cury R, Earls JP, Mancini GBJ, Nieman K, Pontone G, Raff GL. SCCT guidelines for the interpretation and reporting of coronary CT angiography: A report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography Guidelines Committee. J Cardiovasc Comput Tomogr 2014;8(4):254-271.