



LG ESC 2019:
Sindromi Coronariche Croniche
(Diagnosi e Management – parte 1)

European Heart Journal, Volume 41, Issue 3, 2020, Pages 407–477, [https:// doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425)

Introduzione

Le nuove linee guida ESC sulle Sindromi Coronariche Croniche (SCC) hanno sostituito ed integrato quelle sul management della malattia coronarica stabile suscitando molte reazioni sia per la scelta del titolo che per le numerose novità introdotte riguardo gli aspetti della diagnosi e management.

La terminologia impiegata è suffragata da un concetto unificante che riguarda la frequente evolutività della malattia che è una condizione cronica ma dinamica con possibili frequenti riacutizzazioni ed il cui corso può essere efficacemente controllato da misure di prevenzione secondaria o dal trattamento medico o dalla rivascolarizzazione.

Pazienti con dispnea e/o angina e sospetta malattia coronarica

L'approccio generale al paziente con sospetta SCC comprende 6 fasi. Il **primo passo** è la raccolta di una anamnesi accurata per identificare i pazienti che hanno un quadro di angina instabile o SCA che escono dalla valutazione successiva. Il **secondo passaggio** riguarda la raccolta di informazioni circa le comorbidità e la qualità della vita del paziente al fine di identificare il trattamento futile o sicuramente conservativo. Il **terzo passo** comprende l'esame fisico e strumentale del paziente con ecocardiogramma e una valutazione dei principali esami di laboratorio. Si vuole in questo caso identificare i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra che devono ricevere un percorso specifico. Al **quarto step** deve essere valutata la probabilità di malattia coronarica ostruttiva e sulla base di questa probabilità deve essere scelto il test più appropriato. Il **quinto step** è rappresentato dalla scelta più appropriata del test diagnostico da impiegare. Questa parte è stata molto modificata nelle attuali LG e costituisce un passaggio particolarmente delicato ed importante; Infine nel **sesto step**, una volta identificata la malattia ostruttiva e il rischio di eventi collegato, occorre instaurare prontamente le misure necessarie per i corretti stili di vita, la terapia medica necessaria e pianificare l'eventuale rivascolarizzazione.

Probabilità clinica e probabilità pre test di malattia ostruttiva

Il passaggio sicuramente più importante ed interessante di queste linee guida è quello che riguarda la valutazione della probabilità di malattia coronarica ostruttiva (quarto step). A tale scopo le LG invitano a valutare la probabilità pre-test di malattia (PTP) e la probabilità clinica di malattia coronarica (CL-CAD). Le due dimensioni sono differenti. La prima è basata solo sul sesso, età e

qualità dei sintomi ; quindi tiene conto di solo alcune dimensioni della probabilità. La seconda aggiunge elementi quali i fattori di rischio, le alterazioni ECGH o strumentali (ECO/TC, etc..) che agiscono da potenziali amplificatori del PTP e dunque possono o meno aggiungere una probabilità ulteriore al PTP . Questo invece si può derivare dalle tabelle di Diamond e Forrester più volte riviste negli ultimi anni. Infatti la PTP nel corso degli anni è significativamente diminuita. Poiché la maggior parte dei pazienti possiede un PTP di malattia ostruttiva intermedia, l'aggiunta di CL-CAD può essere di grande ausilio nello scegliere il test più adatto al paziente.

I test da impiegare per la diagnosi

Il secondo punto più importante delle nuove LG nella diagnosi di SCC è il significativo cambiamento nell'ordine e nell'importanza dei test da impiegare. Il **quinto step** ho introdotto molte significative novità.

Test da sforzo: le LG suggeriscono di impiegare sempre un test di imaging quale primo esame nell'attuale panorama epidemiologico. Infatti il test da sforzo possiede oggidi una scarsa capacità sia di escludere che di confermare la malattia. Solo laddove non siano disponibili test di imaging si può ricorrere a questo esame ma con la consapevolezza dei suoi numerosi limiti. Può tuttavia essere considerato utile in pazienti selezionati per capire meglio l'origine dei sintomi, verificare i cambiamenti dell'ECG , la comparsa di aritmie la tolleranza allo sforzo e verificare la risposta pressoria. Infine possiede una utilità nella stratificazione prognostica.

Eco-stress / scintigrafia da stress /PET /stress MRI : I test di ischemia associati ad imaging sono test con elevata specificità per la malattia coronarica ostruttiva. Tuttavia una malattia coronarica non grave od estesa può non dare ischemia od associarsi a rilevanti segni di ischemia . In questo caso la malattia può passare inosservata e privare i pazienti di un trattamento preventivo demandato all'uso delle carte di rischio od al trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare.

TC coronarica (CCT) ed angiografia coronarica convenzionale (ICA) . La visualizzazione diretta di una lesione coronarica costituisce il gold standard della valutazione del paziente con sospetta malattia ostruttiva. La CCT ha un elevato valore predittivo negativo e può virtualmente escludere la malattia. CCT ed ICA possono mostrare lesioni significative che tuttavia non necessariamente causano ischemia. Le LG indicano quindi la necessità di valutare l'impatto funzionale delle lesioni prima di un trattamento di rivascularizzazione. Le tecniche che utilizzano la FFR non invasiva mediante CCT si sono dimostrate altrettanto precise di quelle associate ad ICA.

La scelta del test diagnostico più adatto

La scelta del test diagnostico più adatto al paziente deve tener conto della probabilità di malattia (oggi molto più bassa che in passato), della disponibilità locale dei test, caratteristiche dei pazienti e preferenze dei medici. Se la probabilità è bassa viene suggerito un test "anatomico" in grado di evidenziare una malattia anche minima con un elevato valore predittivo negativo . Risponde a questo requisito la TC coronarica. All'altro estremo vi è il paziente con elevata probabilità di malattia ostruttiva ove è preferibile un imaging da stress vista la elevata probabilità di rilevare una ischemia miocardica. Se però la probabilità è molto alta il test più appropriato risulta essere l'angiografia coronarica magari associata a test funzionali (FFR, wFR, iFR).

La stratificazione prognostica

Il passo successivo è quello di stabilire il rischio del paziente di sviluppare eventi e quindi scegliere il trattamento più idoneo (step 6).

La stratificazione del rischio in queste LG è volto ad identificare i pazienti che trarranno beneficio dalla rivascolarizzazione oltre il controllo dei sintomi. In questa prospettiva si tratta di identificare/escludere i pazienti che hanno un test da sforzo con una mortalità attesa al Duke Treadmill Score >3%, un'area di ischemia >10% alla SPECT/PET, più di 3 segmenti ischemici su 16 all'ecostress o più di 2/16 alla RM da stress di perfusione o >3/16 con dobutamina. Sono considerati elementi di rischio la dimostrazione di una malattia di 3 vasi con stenosi prossimale, oppure una malattia del tronco comune o una malattia dell'IVA prossimale oppure una FFR \leq 0.80 o una iwFR \leq 0.89 allo studio invasivo.

E' molto significativo il grafico che accompagna la stratificazione del rischio di eventi nel paziente con malattia in prevenzione secondaria a confronto con quella offerta dalle carte di rischio SCORE in prevenzione primaria. Si coglie immediatamente il basso rischio di morte nel panorama contemporaneo dei pazienti con SCC e quanto si avvicini a quello che le carte di rischio evidenziano nel paziente senza malattia. Le misure di prevenzione sono importanti e devono accompagnare qualunque strategia di rivascolarizzazione offrendo grandi benefici potenziali in qualunque quadro clinico si presenti.

TAKE-HOME MESSAGES:

- La SCC abbraccia nelle nuove LG ben 7 possibili scenari clinici:
 - (i) pazienti con sospetta CAD e angina cronica stabile e/o dispnea
 - (ii) pazienti con sospetta CAD e scompenso cardiaco o disfunzione sistolica di
 - (iii) pazienti sintomatici ed asintomatici con sintomi stabili entro 1 anno da una SCA o pazienti dopo una recente rivascolarizzazione
 - (iv) pazienti sintomatici e asintomatici dopo oltre 1 anno dalla rivascolarizzazione
 - (v) pazienti con angina e sospetta malattia microvascolare o vasospastica
 - (vi) pazienti asintomatici in cui la malattia coronarica è rilevato allo screening
- L'iter diagnostico deve seguire 6 step con un rilevante peso attribuito alla scelta della metodica diagnostica che dipende soprattutto dalla probabilità di malattia presente
- La dispnea entra a pieno diritto tra i sintomi che possono suggerire una malattia coronarica
- Il test da sforzo perde notevole importanza per la diagnosi di malattia coronarica ostruttiva
- La TC coronarica riceve una grande attenzione soprattutto nei pazienti con bassa /intermedio-bassa probabilità di malattia
- Il trattamento di rivascolarizzazione deve essere preceduto da una attenta valutazione prognostica