



*Cardiopatia Ischemica Cronica: il dubbio diagnostico*

Gestione proattiva della CIC in medicina generale: quale paziente “sospettare”

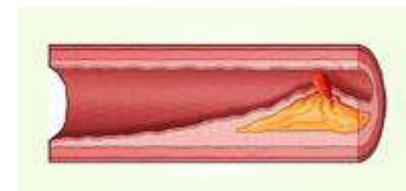
Maurizio Pirro - FIMMG ROMA

# Cardiopatia Ischemica Cronica dati

La Cardiopatia Ischemica Cronica è determinata da uno squilibrio tra l'apporto e la richiesta di ossigeno da parte del muscolo, spesso provocata da una placca aterosclerotica delle coronarie.

morbide, si rompono più facilmente: IMA, ANGINA INSTABILE

PLACCHE



dure, più resistenti: ANGINA STABILE



# Cardiopatia Ischemica Cronica prevalenza

L'incidenza aumenta con l'età ed è la causa prevalente di mortalità per malattia cardio-vascolare.

- La prevalenza nel sesso femminile varia dal 5-7% nella fascia 45-64 aa, al 10-12% in quella 65-84 aa.
- Nel sesso maschile, negli stessi range d'età, si passa dal 4-7% al 12-14%.

In Italia si calcolano 5.000.000 di coronaropatici nella popolazione anziana, dei quali 1.500.000 con angina stabile.



# Cardiopatia Ischemica Cronica

L'angina stabile è una patologia rara in ambiente ospedaliero, ma frequente nell'ambulatorio di medicina generale.





# Cardiopatia Ischemica Cronica ipertensione arteriosa

Valori superiori a 140/90 in ambulatorio e 130/80 in condizioni di monitoraggio 24h, vanno considerati tendenzialmente alti.  
Nella popolazione anziana vengono accettati valori superiori di sistemica fino a 150 mmHg.

ESH/ESC 2013



# Cardiopatia Ischemica Cronica ipertensione arteriosa

**Tabella 1 Definizione e classificazione dei livelli di pressione arteriosa (mmHg)**

Categorie	Sistolica	Diastolica
Ottimale	<120	<80
Normale	120-129	80-84
Normale alta	130-139	85-89
Ipertensione di grado 1 (lieve)	140-159	90-99
Ipertensione di grado 2 (moderata)	160-179	100-109
Ipertensione di grado 3 (severa)	≥180	≥110
Ipertensione sistolica isolata	≥140	<90

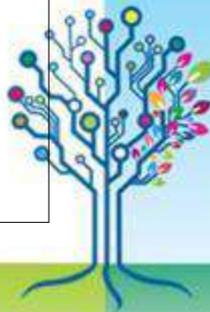
Quando le pressioni sistolica e diastolica di un paziente si collocano in categorie diverse, si deve considerare la categoria più elevata. L'ipertensione sistolica isolata può anch'essa essere suddivisa in gradi (gradi 1, 2, 3), secondo l'entità dell'aumento della pressione sistolica nei range indicati, fermo restando un valore di pressione diastolica inferiore ai 90 mmHg.





# Cardiopatia Ischemica Cronica diabete mellito: diagnosi

Hb glicata	$> 6.5 \%$
Glicemia a digiuno (mg/dl)	$\geq 126$
Glicemia a 2 h dal pasto (mg/dl)	$\geq 200$
Glicemia random in pz con sintomi di diabete mellito (mg/dl)	$\geq 200$



# Cardiopatía Ischemica Cronica diabete mellito

Il diabete mellito è già un fattore di rischio della CIC, che a sua volta è la principale causa di morte del diabetico.

I valori consigliati sono quindi:

- a digiuno < 130 mg/dl
- postprandiale < 180 mg/dl
- Hb glicata < 7 %
- PAO < 140/90
- Col. LDL < 70 mg/dl

Circulation 2015; Diabetes Care 2014



# Cardiopatía Ischemica Cronica diabete mellito

Modifica dello stile di vita:



- Attività fisica regolare, 50 min/die associando attività aerobica e di resistenza
- Sport consigliati: marcia veloce, corsa leggera, nuoto, sci, tennis, equitazione, golf, calcio, pallavolo, pallacanestro, ciclismo, canoa, atletica leggera, ginnastica artistica, danza, canottaggio



# Cardiopatia Ischemica Cronica diabete mellito



Sport sconsigliati invece: pugilato, lotta, alpinismo, paracadutismo, sci estremo, sport subacquei e motoristici





# Cardiopatia Ischemica Cronica diabete mellito

- Riduzione peso corporeo obesi o sovrappeso almeno del 3-5%



# Cardiopatia Ischemica Cronica fumo

- Il rischio di eventi cardiovascolari raddoppia con la dipendenza tabagica, ma nei soggetti <50 aa aumenta addirittura fino a 4-5 volte.
- Il rischio nel sesso femminile ha eguagliato e superato quello della popolazione maschile per la diffusione della dipendenza.
- Tale rischio aumenta con la quantità di tabacco fumato al giorno.



# Cardiopatia Ischemica Cronica fumo

- Anche il fumo passivo aumenta il rischio fino al 30%
- Smettere invece lo riduce ai livelli di chi non ha mai fumato nel giro di 10-15 aa
- Dopo un infarto smettere di fumare dimezza la mortalità



# Cardiopatia Ischemica Cronica fumo



- Motivare il paziente è fondamentale
- Presidi farmacologici per coloro che non riescono da soli (cerotti, chewing gum, spray nasali alla nicotina oppure antidepressivi come il Bupropion oppure un agonista dei recettori per la nicotina come la Vareniclina oppure ancora le e-cigarettes)



# Cardiopatia Ischemica Cronica alimentazione

- Le abitudini alimentari influenzano il rischio cardiovascolare
- L'introito energetico dovrebbe essere limitato alla dose necessaria a mantenere un BMI tra 20 e 25



# Cardiopatia Ischemica Cronica alimentazione

Grassi saturi: <10% dell'apporto energetico totale

Sale: < di 5 gr/die (meglio < 3)

Fibre: meglio cereali integrali 35-40 gr

Frutta:  $\geq$  200 gr in 2-3 volte

Verdure: come sopra

Pesce: una o due volte a settimana

Noci: 30 gr/die

Alcool: 2 bicchieri (in base a massa corporea)

Acqua: 8 bicchieri



# Cardiopatia Ischemica Cronica alimentazione



- E' più importante il tipo di grassi consumato della quantità: ad ogni 1% di grassi saturi sostituito con grassi poli-insaturi, corrisponde una riduzione del rischio cardiovascolare del 2-3%

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice EHJ 2016





# Cardiopatia Ischemica Cronica peso corporeo

Indici predittori di rischio:

- BMI >25
- Circonferenza addominale >102 nell'uomo >88 nella donna

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice EHJ 2016



# Cardiopatia Ischemica Cronica dislipidemia

Rischio cardiovascolare molto alto (SCORE $\geq$ 10%)	LDL < 70 mg/dl o se il basale è compreso tra 70 e 130mg/dl riduzione di almeno il 50%
Rischio cardiovasc. alto (SCORE tra 5 e 10%)	LDL < 100 mg/dl o se valore basale compreso tra 100 e 200 mg/dl, riduzione di almeno il 50%
Negli altri	LDL < 115 mg/dl.

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice EHJ 2016





# Cardiopatia Ischemica Cronica stress psicologico

Comportamenti antistress:

Pensiero positivo (“potrebbe andare peggio”  
“posso gestire questa situazione” etc.)

Comportamenti tesi a bloccare lo stress

(contare fino a 10 prima di parlare, respiri  
profondi etc.)

Pensare cose piacevoli (avere hobby, ascoltare  
musica, leggere etc.)

Stress and health AHA 2014



# Cardiopatia Ischemica Cronica percorso diagnostico

Anamnesi ed esame obiettivo sono importanti strumenti, ma vanno integrati con approfondimenti diagnostici quali:

- Esami ematochimici di routine (per escludere altre condizioni cliniche)
- ECG
- Ecocardiogramma (per valutare alterazioni della cinesi valvole o valvulopatie o cardiomiopatie ipertrofiche)



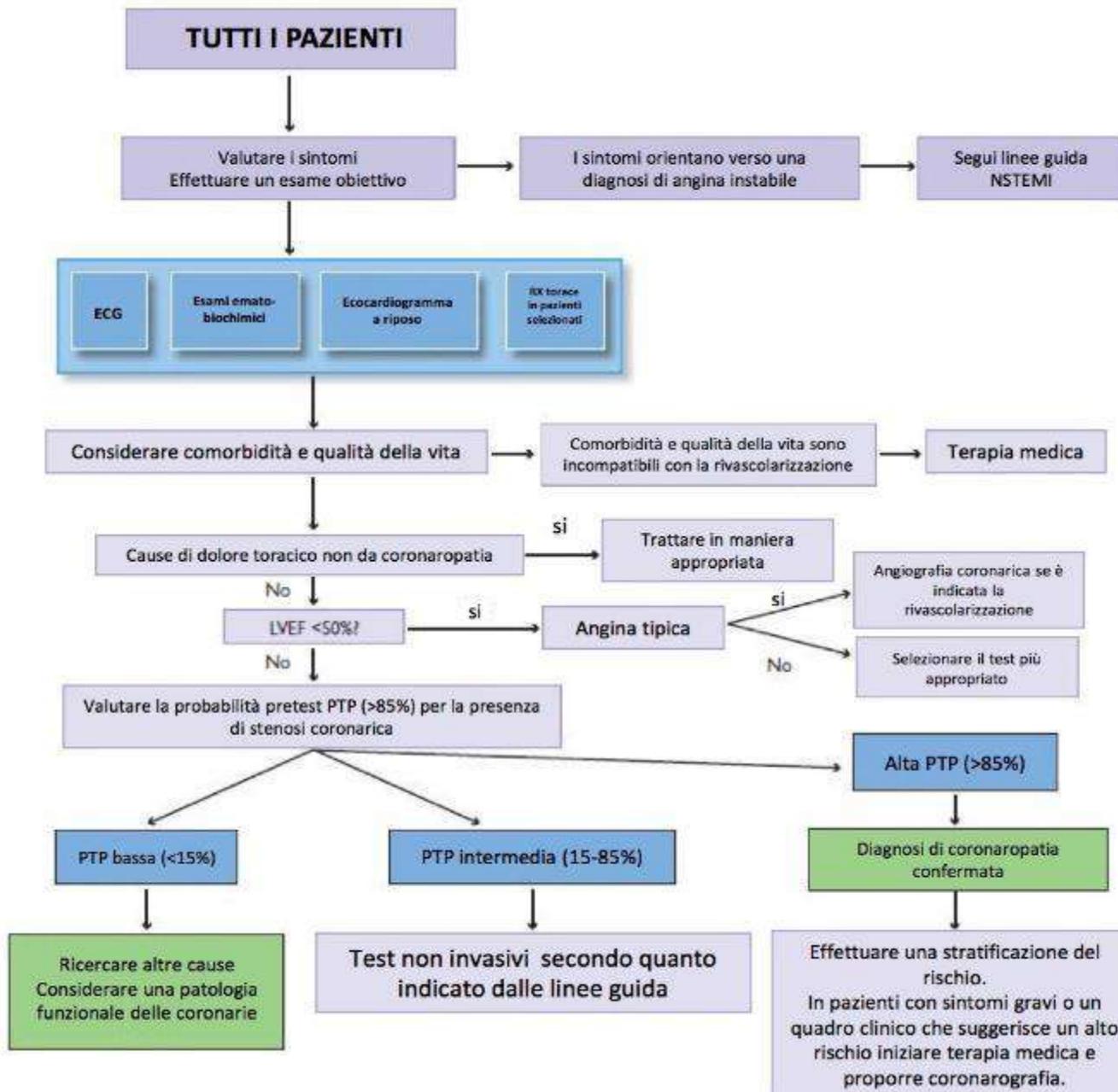
# Cardiopatia Ischemica Cronica percorso diagnostico

Aspetto essenziale è il PPT (o PTP)  
**Probabilità Pre-Test**

secondo le linee guida ESC2013.

Vengono raccomandati gli interventi farmacologici e non, per modificare gli stili di vita, controllare e/o abolire i fattori di rischio modificabili, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di eventi cv.





Gestione iniziale del paziente con sospetta coronaropatia. Linee guida ESC2013





# Cardiopatia Ischemica Cronica

La diagnosi può avvalersi anche dell'ausilio di questionari, come quello proposto dall'associazione cardiologi ospedalieri (ANMCO), per uno screening dei pazienti che afferiscono agli ambulatori specialistici e di medicina generale.



Cardiotest ANMCO		Punteggio	
1.	Nel corso delle sue abituali attività, le è capitato di avere negli ultimi 3 mesi una sensazione di oppressione al torace, dolore al petto o affanno:		
	▪ quando si vestiva o faceva il bagno	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 3
	▪ mentre camminava o faceva piccole attività domestiche	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 2
	▪ solo se saliva le scale, o portava pesi, o camminava a passo veloce	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1
2.	Nell'ultimo mese le sensazioni di oppressione al torace, dolore al petto o affanno:		
	▪ sono state più frequenti che in passato	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 2
	▪ i disturbi si sono presentati più volte nelle ultime due settimane	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 3
3.	Ha dovuto assumere le medicine sotto la lingua (Carvasin, Trinitrina, Natispray) a causa di questi disturbi?	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 2
4.	Ha avuto necessità di assumere queste medicine nelle ultime due settimane?	NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 3
TOTALE PUNTEGGIO		-----	

N.B. Un **punteggio complessivo  $\geq 3$**  indica che la sintomatologia non è controllata in modo ottimale e quindi necessita una rivalutazione cardiologica.



# Cardiopatia Ischemica Cronica

Tali percorsi integrati **ospedale-MMG**, associati ai percorsi educazionali del paziente (per favorire l'autogestione della patologia o empowerment) ridurrebbero i costi complessivi di gestione.

La medicina generale, caratterizzata ormai da una sempre maggiore aggregazione, richiede lo sviluppo e la condivisione di conoscenze e competenze professionali in nuovi modelli assistenziali territoriali.



# Cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare (raccomandazioni ANMCO)

**1) Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.**

A causa della lenta evolutività delle patologie valvolari lievi-moderate e dell'inutilità clinica di rivalutare la funzione ventricolare sinistra in pazienti clinicamente stabili, l'ecocardiografia dovrebbe essere eseguita solo in presenza di variazioni dello stato clinico.



## 2) Non richiedere di routine ECG da sforzo di controllo nei paz. asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.

Non ci sono prove di efficacia che dimostrino la riduzione di eventi con l'esecuzione di routine di una prova da sforzo dopo rivascolarizzazione. La prova da sforzo dovrebbe essere eseguita solo per valutare rivascolarizzazioni incomplete o in presenza di variazioni dello stato clinico.



**3) Non richiedere una registrazione Holter nei pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.**

L'Holter ha bassa sensibilità e specificità nell'evidenziare ischemia in pazienti con dolore toracico, non potendo calibrare l'entità dello sforzo. È preferibile eseguire prima una prova da sforzo.



#### 4) Non richiedere test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.

Il test dovrebbe essere indicato solo in presenza di importanti fattori di rischio:

- diabete oltre i 40 anni,
- arteriopatia periferica,
- rischio Framingham/Cuore superiore al 20%
- in presenza di alterazioni dell'ECG di base, tali da inficiare l'interpretazione della prova da sforzo.



**5) Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.**

In pazienti asintomatici e senza fattori di rischio, la probabilità di malattia coronarica è molto bassa, per cui l'esame aumenta il rischio di falsi positivi e di indurre ulteriori test diagnostici per escludere i dubbi sollevati dal test.



# ***Grazie per l'attenzione***

maurizio.pirro54@gmail.com

