

Consensus sulla cardiopatia ischemica nel paziente diabetico

Il nuovo documento di consensus, realizzato da SID, AMD, ANMCO, ARCA, SIC, SISA e dedicato allo screening e alla terapia della cardiopatia ischemica nel paziente diabetico viene proposto sulle pagine del Giornale di AMD, congiuntamente alle testate delle Società Scientifiche che lo hanno prodotto.

Il documento si è reso necessario per tentare di uniformare i comportamenti dei vari specialisti che si trovano a gestire le problematiche del diabete e perché appare evidente che le dimensioni del problema richiedono non solo un approccio di tipo preventivo della cardiopatia ischemica, attraverso un controllo dei fattori di rischio coronarico il più stretto possibile, ma anche una sua diagnosi precoce, onde evitare l'insorgenza di eventi acuti con le relative conseguenze a breve e a lungo termine.

Il lavoro si articola in 3 capitoli:

- **Screening diagnostico per la cardiopatia ischemica asintomatica**

Capitolo nel quale sono date le indicazioni di quando e in quali pazienti diabetici asintomatici dovrebbe essere ricercata la cardiopatia ischemica silente, quali indagini diagnostiche si devono utilizzare per la ricerca della coronaropatia asintomatica, e quando è utile ricercare la cardiopatia ischemica silente nel paziente diabetico.

- **Controllo dei fattori di rischio nel paziente diabetico con cardiopatia ischemica**

Capitolo nel quale sono presi in considerazione tutti gli aspetti della prevenzione sia dal punto di comportamentale sia da quello farmacologico: modifiche dello stile di vita, controllo dei lipidi plasmatici, terapia ipolipemizzante e miopia, ipertensione arteriosa, terapia antiaggregante, rischio emorragico

in corso di terapia antiaggregante, terapia ipoglicemizzante nei pazienti con eventi cardiovascolari maggiori, algoritmo per il controllo dei fattori di rischio, aderenza alla terapia e rischi di non aderenza/discontinuatione.

- **Terapia interventistica e chirurgica**

Capitolo nel quale sono affrontate le indicazioni e il follow-up della rivascolarizzazione coronarica, le indicazioni per eseguire una rivascolarizzazione coronarica in un paziente diabetico asintomatico o con sintomatologia anginosa stabile, le strategie per migliorare il follow-up clinico nei pazienti diabetici sottoposti a CABG o a PCI, la prevenzione generale della trombosi dopo procedure di rivascolarizzazione coronarica con protocolli differenti e trattamento pre- e post-procedurale per interventi di rivascolarizzazione coronarica percutanea (PCI), il follow-up della ristenoosi coronarica nel paziente

Tutto questo è stato realizzato grazie dallo sforzo comune delle società scientifiche citate, e ha visto il coinvolgimento di un folto gruppo di esperti appartenenti a tutte le società che vi hanno partecipato.

Sul website di AMD online sono disponibili sia la versione full text sia la sintesi.

Scarica i documenti:

- **Consensus: Screening e Terapia della Cardiopatia Ischemica nel Paziente Diabetico - VERSIONE COMPLETA** <http://www.aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni/pdf/2010-consensus-completo.pdf>
- **Consensus: Screening e Terapia della Cardiopatia Ischemica nel Paziente Diabetico - SINTESI** <http://www.aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni/pdf/2010-consensus-sintesi.pdf>

Screening e trattamento della cardiopatia ischemica nel paziente diabetico

SID, AMD, ANMCO, ARCA, SIC, SISA

<http://www.aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni/pdf/2010-consensus-completo.pdf>

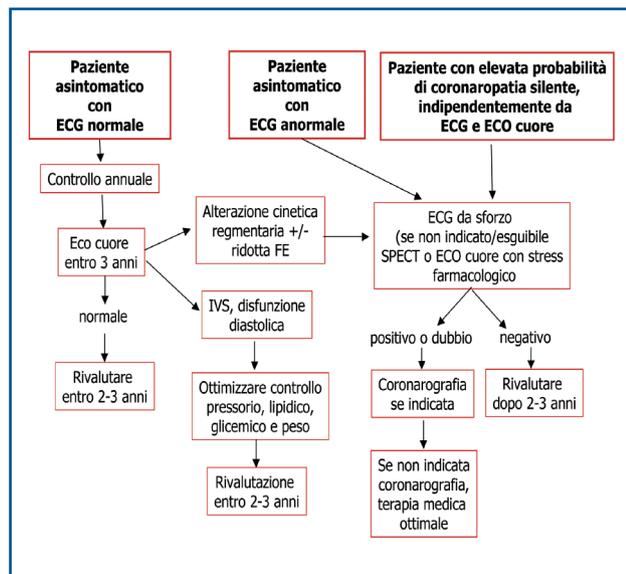
Parole chiave: sindrome coronarica acuta, diabete mellito
Key words: coronary heart disease, diabetes

Il Giornale di AMD, 2010;13:113-116

Sintesi consensus

"Screening e Terapia della Cardiopatia Ischemica nel Paziente Diabetico"

1. Screening diagnostico-strumentale per Cardiopatia Ischemia asintomatica nel paziente diabetico.
2. Controllo ottimale dei fattori di rischio cardiovascolare.



Come nel paziente diabetico senza complicanze così anche in quello con cardiopatia ischemia (C.I.) un intervento multifattoriale teso all'ottimizzazione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare mediante opportune modifiche dello stile di vita ed idonee terapie farmacologiche deve essere implementato (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A).

Obiettivi

- LDL colesterolo <100 mg/dl (se possibile <70 mg/dl)
- Trigliceridemia < 150 mg/dl
- HDL colesterolo > 40 mg/dl nell'uomo e > 50 mg/dl nella donna
- Pressione arteriosa < 130/80 mmHg
- HbA1C < 7% o 7-8% in pazienti con diabete di lunga durata e/o comorbidità

Come raggiungere gli obiettivi?

Raccomandazioni

Lipidi

- Nei pazienti diabetici con C.I. stabile la terapia farmacologica ipolipidemizzante (in primis statine) deve essere aggiunta alle modifiche dello stile di vita indipendentemente dal valore di colesterolo LDL, a meno che non sia già compreso nei target (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- In pazienti con ottimali livelli di Col LDL, ma con ipertrigliceridemia e/o bassi livelli di HDL colesterolo la terapia con fibrati/niacina/acidi grassi n3 può essere presa in considerazione eventualmente anche in associazione con statine (nel caso dei fibrati evitare l'associazione con il genfibrozil) (Livello di prova II, Forza della raccomandazione B).
- Nei pazienti diabetici con sindrome coronarica acuta (SCA), in assenza di controindicazioni specifiche, una "terapia intensiva" con statine ad elevato dosaggio deve essere iniziata il prima possibile (entro 1-4 giorni) indipendentemente dai valori di colesterolo

Tabella 1. Elevata probabilità di coronaropatia silente. Il paziente che soddisfa i criteri riassunti in almeno uno dei riquadri sottoriportati presenta elevata probabilità di coronaropatia silente.

<p>Macroangiopatia non coronarica avanzata/molto avanzata</p> <p>Sintomatica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precedenti eventi aterotrombotici • Interventi di rivascolarizzazione <p>Non sintomatica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arteriopatia periferica con ABI < 0.9; • Stenosi carotidea asintomatica > 50%; • Aneurisma aortico 	<p>Score di rischio coronarico (UKPDS) > 20% a 10 aa + almeno <u>uno</u> dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Placche ateromasiche determinanti stenosi $\geq 20\%$ del lume vasale in qualsiasi distretto -GFR <30 ml/min per 1.73 m² -Neuropatia autonoma cardiaca -Disfunzione erettile -Familiarità di I° grado positiva per cardiopatia ischemica in giovane età (<55 aa maschi; < 65 aa femmine) <p>Score di rischio coronarico (UKPDS) > 20% a 10 aa + almeno <u>due</u> dei seguenti</p> <ul style="list-style-type: none"> -GFR <60 ml/min per 1.73 m² -Micro- o macroalbuminuria -Retinopatia laser-trattata/proliferante
<p>Score di rischio coronarico (UKPDS) > 30% a 10 aa</p>	

LDL e proseguita per almeno 6 mesi (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).

Pressione arteriosa

- L'obiettivo primario è raggiungere l'effetto terapeutico desiderato indipendentemente dal farmaco antipertensivo utilizzato (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- È spesso necessario associare due o più farmaci antiipertensivi alle dosi efficaci per raggiungere gli obiettivi terapeutici e nell'associazione dovrebbe essere sempre presente un ACE-inibitore o un sartano o antagonista del recettore dell'angiotensina II (Livello di prova II, Forza della raccomandazione B).

Nei soggetti diabetici con malattia cardiovascolare deve essere considerato l'impiego di un ACE-inibitore, se non controindicato, per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).

- Nei soggetti diabetici con pregresso infarto deve essere considerato l'impiego di un beta-bloccante, se non controindicato, per ridurre la morbilità e la mortalità (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).

Glicemia

- La terapia insulinica è la terapia di scelta per il controllo della iperglicemia durante il periodo perinfartuale o peri-procedurale in corso di rivascola-

rizzazione miocardica, sia in presenza sia in assenza di anamnesi positiva per diabete mellito (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A) con obiettivi glicemici compresi tra 140 e 180mg/dl (Livello di prova II, Forza della raccomandazione B).

- La strategia terapeutica ipoglicemizzante da raccomandare nel follow up post-acuzie di pazienti diabetici affetti da SCA, in mancanza di studi specifici, si basa sui seguenti principi generali: tener conto di eventuali controindicazioni specifiche per singoli farmaci ed evitare interventi troppo intensivi con rischio elevato di ipoglicemia (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione B).

3. Terapia Antiaggregante

Raccomandazioni

- Si consiglia l'impiego dell'aspirina (75-162 mg/die) come strategia di prevenzione in tutti i pazienti con pregresso evento cardiovascolare. Per i pazienti con allergia documentata all'aspirina è consigliato l'impiego del clopidogrel al dosaggio di 75 mg/die (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- Dopo infarto STEMI si raccomanda un precoce trattamento con aspirina alla dose di 162-325 mg/die in assenza di controindicazioni. Si suggerisce inoltre di aggiungere clopidogrel 75 mg/die all'aspirina per almeno 14 giorni nei pazienti indipendentemente dal fatto che sia stata praticata anche terapia fibrinolitica (Livello di prova I, Forza della raccomandazione B).

- Nei pazienti diabetici affetti da angina instabile e da infarto NSTEMI la somministrazione del trattamento antiaggregante con aspirina (dose iniziale 162-325 mg/die, dose di mantenimento 75-162 mg/die) è da iniziare il più precocemente possibile dopo la comparsa della sintomatologia e deve essere mantenuta indefinitamente (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).

4. Terapia interventistica

Raccomandazioni

Indicazioni e follow-up della rivascolarizzazione coronarica

- La ripercussione meccanica attraverso PCI è la modalità di rivascolarizzazione di prima scelta per il paziente diabetico con IMA • Gli inibitori delle proteine IIb/IIIa sono indicati in modo elettivo durante PCI nel paziente diabetico con SCA. (Livello di prova I, Forza della raccomandazione B)

Scelte Tra CABG e PCI

- In pazienti affetti da cardiopatia stabile la scelta della rivascolarizzazione con CABG o PCI non ha incrementato la sopravvivenza rispetto alla classica terapia farmacologica (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A)
- Il paziente diabetico con coronopatia stabile e fattori di rischio cardiovascolare ottimamente controllati, trae beneficio dalla rivascolarizzazione coronarica solo nel caso in cui l'estensione dell'ateromasia coronarica sia un'indicazione al trattamento mediante by-pass (Livello di Evidenza II, Forza della raccomandazione A).
- In pazienti che presentano un interessamento del tronco comune dell'arteria coronarica sinistra o che presentano stenosi critiche interessanti i tre vasi coronarici principali associati a normale o ridotta funzione ventricolare sinistra è generalmente preferibile eseguire CABG (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- In pazienti che presentano malattia critica di un singolo vaso coronarico, la PCI è la metodica generalmente preferita. (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione B)

Scelta tra stent medicato (drug eluting stents, DES) e stent non medicato (bar metal stents, BMS)

- Nei pazienti diabetici di tipo 1 e di tipo 2 l'impiego di DES (Drug Eluting Stents) è preferibile rispetto all'uso di BMS (Bar Metal Stents) perché la loro

applicazione riduce in modo significativo il numero di nuovi interventi di rivascolarizzazione per comparsa di ristenosi e, nella popolazione di pazienti diabetici di tipo 2, la comparsa di decessi e nuovi IMA (Livello di prova II e IV, Forza della raccomandazione A).

- È raccomandato l'impiego di DES associato a terapia con inibitori della glicoproteina IIb/IIIa, specialmente durante episodi di sindrome coronarica acuta (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A).

Prevenzione generale della trombosi dopo procedure di rivascolarizzazione.

- Iniziare terapia con aspirina e clopidogrel (bolo di 600 mg più 75 mg/die) (preferibilmente due ore prima) in caso di esecuzione di angioplastica coronarica (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A).
- Nei pazienti con sindromi coronariche acute, non pretrattati con clopidogrel, somministrare il Prasugrel (bolo 60 mg + 10 mg/die) al momento della rivascolarizzazione (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A), da continuare per 1 anno
- Nei pazienti con STEMI da sottoporre ad angioplastica primaria somministrare il Prasugrel (bolo 60 mg + 10 mg/die) da continuare per 1 anno (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A).
- La terapia cronica con aspirina e tienopiridine (clopidogrel o prasugrel) riduce il rischio di eventi cardiovascolari dopo intervento di angioplastica (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- La somministrazione periprocedurale di Inibitori della glicoproteina IIb-IIIa (Abciximab) riduce la trombosi intrastent ed il reinfarto nei pazienti sottoposti ad angioplastica primaria (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).

Follow-up della ristenosi coronarica

- Un test diagnostico funzionale di imaging è indicato in maniera sistematica in tutti i pazienti diabetici 6 mesi dopo PCI o CABG (Livello di prova II, Forza della raccomandazione A).

Redatto da:

SID Gruppo di Studio Diabete e Aterosclerosi: Pier-Marco Piatti (Coordinatore), Angelo Avogaro, Giovanni Anfossi, Diego Ardigò, Saula Vigili de Kreutzenberg, Sandro Inchiostro, Angela Albarosa Rivellese, Mariella Trovati, Sabina Zambon, Ivana Zavaroni

AMD: Adolfo Arcangeli, Sandro Gentile

ANMCO: Maddalena Lettino, Antonio Mafri, Massimo Ugucioni

ARCA: Alfio Bianchi, Vincenzo Cavallaro, Igor Monducci

SIC: Christian Cadeddu, Giuseppe De Luca

SISA: Enzo Manzato