



GRUPPO DI LAVORO 6
AREA LAZIO/SARDEGNA

COORDINATORE DIABETOLOGO: ELISA FORTE
COORDINATORE CARDIOLOGO: ALESSANDRO BATTAGLIESE

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CV NEL PAZIENTE CON DM TIPO 2

Nella valutazione del rischio cardiovascolare (CV) nel paziente diabetico è fondamentale fenotipizzare il paziente in base alla presenza di un pregresso evento cardiovascolare; in assenza di esso il paziente va caratterizzato in funzione della presenza di danno d'organo (microalbuminuria, retinopatia, nefropatia) , di altri fattori di rischio CV , del tipo e della durata del diabete.

La donna diabetica si comporta come l'uomo diabetico, quindi il sesso non influisce sul rischio CV; la familiarità per diabete non modifica il rischio CV, mentre importante è la familiarità per eventi CV; la terapia insulinica e l'aderenza alla terapia non modificano la stima del rischio CV.

I fattori di rischio CV da considerare sono l'età, dislipidemia, compresa l'ipercolesterolemia familiare, il fumo, l'ipertensione arteriosa e l'obesità. L'obesità, anche se non è presente nelle carte del rischio italiane, viene descritta tra i fattori di rischio CV nelle linee guida ESC. Essa ha un forte impatto sullo sviluppo di insufficienza cardiaca nel diabetico e pone difficoltà nella diagnosi, in quanto il paziente obeso è decondizionato e i sintomi sono poco affidabili. La sedentarietà non rientra nella classificazione dell'ESC, mentre è presente nelle carte del rischio SCORE. Va ricercata, inoltre, la presenza di complicanze microvascolari; più complicanze microvascolari ci sono (es. retinopatia, nefropatia e neuropatia) maggiore è il rischio di eventi avversi macrovascolari.

I diabetologi dovrebbero ricordarsi di più di questa relazione.

Riguardo agli esami diagnostici, secondo le linee guida ESC/EASD 2019, l'ECG è raccomandato nel diabetico iperteso, mentre il documento degli Standard di Cura del 2018 raccomanda l'ECG come screening di base a tutti i diabetici. L'ecocardiogramma in entrambi i documenti non è menzionato. Secondo il gruppo è necessario partire con esami semplici, quali ECG e misurazione dell'ABI che andrebbero fatti a tutti i pazienti diabetici; l'ecocardiogramma, pur raccomandato, è meno accessibile, ma tale diagnostica andrebbe effettuata perché ci consente di fenotipizzare meglio il paziente diabetico: il paziente con normale geometria ventricolare sinistra ha migliore prognosi rispetto al paziente con disfunzione diastolica o sistolica. Gli elementi da valutare all'ecocardiogramma sono la funzione sistolica (frazione d'eiezione) , la presenza di asinergie regionali (wall motion score index), la geometria ventricolare sinistra (normale, ipertrofica, rimodellata, ipertrofia eccentrica o dilatazione) e la funzione diastolica; non tutti questi parametri sono però solitamente descritti. Relativamente alla valutazione del distretto carotideo, l'IMT non è più considerato un indice utile, mentre la presenza di una placca è un risk modifier fa classificare il paziente nella classe di rischio molto alta

Quindi gli step da affrontare per la stima del rischio CV nel paziente con diabete di tipo 2 sono:

- Valutare elementi quali età del paziente, durata del diabete, familiarità per malattia CV, pregressa malattia CV attraverso l'anamnesi;



- Valutare la presenza di fattori di rischio CV, ovvero ipertensione, dislipidemia (solo ipercolesterolemia), fumo, obesità e sedentarietà (che il gruppo concorda di considerare) attraverso anamnesi, misurazione della pressione arteriosa, delle LDL, di circonferenza vita, BMI e numero di passi/minuti di attività fisica a settimana;
- Valutare la presenza di danno d'organo (rene, occhio e cuore) attraverso ECG, ecocardiogramma, ABI, EcocolorDoppler TSA, fondo oculare, dosaggio di microalbuminuria e stima del filtrato glomerulare.

GESTIONE CONDIVISA DEL PAZIENTE CON DM DI TIPO 2 CON MULTIPLI FATTORI DI RISCHIO CV

La prima cosa da fare è categorizzare il paziente nella classe di rischio, ribadendo il concetto che la maggior parte dei pazienti diabetici è a rischio alto o molto alto, e quindi individuare i targets da raggiungere. Il target di 55 mg/dl di LDL è molto stringente, ma non tutti si impegnano a raggiungerlo e si accontentano di valori più alti; le associazioni con ezetimibe aiutano molto a raggiungere il target e spesso si deve partire direttamente con l'associazione preconstituita; gli antiPCSK9, molto efficaci, sono poco usati dal diabetologo per un problema prescrittivo.

Le valutazioni cardiologiche da effettuare nel paziente a rischio molto alto sono ECG ed ecocardiogramma; l'ECG da sforzo non ha una forte raccomandazione. Nella scelta di un test diagnostico dobbiamo ragionare sulla probabilità pre-test e post-test di quell'esame, ovvero qual è il potere predittivo negativo di quel test per quella tipologia di paziente. L'ECG da sforzo può andare bene nel paziente con probabilità pre-test intermedia di malattia, dato che ha una buona specificità, ma bassa sensibilità. Un paziente diabetico ad alto rischio con ECG da sforzo negativo è un paziente che comunque va indagato ulteriormente con un test di imaging (scintigrafia o eco stress fisico che andrebbe preferito al farmacologico). La TC coronarica va bene in un paziente in cui si presume che non ci sia calcificazione marcata delle pareti coronariche, ad esempio in un paziente diabetico giovane, soprattutto di sesso femminile, anche se ad elevato profilo di rischio, perché ha una bassa probabilità pre-test. In un paziente diabetico con multipli fattori di rischio CV, asintomatico, ECG ed ecocardiogramma normali, il calcium score può essere utile per predire il rischio di eventi nei successivi 5 anni. Nei pazienti in cui l'ecocardiogramma mostra disfunzione ventricolare sinistra bisogna passare ad un esame di II livello (scintigrafia miocardica o eco stress o TC coronarica). La TC coronarica da una informazione anatomica, non funzionale, e tende a sovrastimare la presenza di malattia; quindi in presenza di malattia dubbia ad una TC coronarica andrebbe comunque effettuato un test funzionale. La valutazione dei biomarkers non è utile di routine.

Quindi gli step da affrontare nella gestione condivisa del diabetico con multipli fattori di rischio CV sono:

- Portare a target i fattori di rischio (LDL <55 mg/dl, PA <130/80 mmHg, HbA1c 7%, abolizione del fumo ed attività fisica regolare), valutati attraverso esame obiettivo e controllo degli esami ematochimici;
- Screening per cardiopatia strutturale attraverso ECG ed ecocardiogramma;
- Ricollocazione/stratificazione del rischio CV attraverso calcium score, TC coronarica ed eventuali test funzionali di imaging.



SCREENING E GESTIONE DELLA MALATTIA CV SILENTE

Individuare i pazienti diabetici da sottoporre a diagnostica più avanzata è il primo step, elementi da considerare sono la presenza di rischio CV molto alto, la presenza di sintomi atipici (soprattutto la dispnea), la probabilità pre-test di coronaropatia e la familiarità per cardiopatia ischemica.

In secondo luogo, bisogna identificare la diagnostica di II livello più appropriata per ogni singolo paziente. Nel paziente diabetico un test funzionale aumenta la probabilità di individuare la presenza di malattia coronarica rispetto al test da sforzo. La TC coronarica va molto bene in caso di probabilità pre-test (clinica) bassa, ovvero nel paziente in cui si vuole escludere che i sintomi siano coronarici, perché ha una forte sensibilità quindi, se negativa, si è può essere sicuri che non vi sia una coronaropatia. Nei pazienti che hanno un'elevata probabilità di malattia è più indicato un test funzionale, ovvero un test provocativo quale scintigrafia miocardica o eco stress, perché sono test ad alta specificità e ad alta sensibilità, quindi consentono di escludere con una buona probabilità la presenza di ischemia. Se invece il paziente ha dei sintomi molto tipici ed elevata probabilità clinica di malattia, o disfunzione ventricolare sinistra, va direttamente a coronarografia.

Quando poi indirizzare un paziente a rivascolarizzazione?

Se un paziente ha una vasta area di miocardio a rischio documentata da una scintigrafia, se ha sintomi a bassa soglia, se i sintomi sono refrattari alla terapia medica, o se c'è un'importante malattia coronarica (tipo di vaso e tipo di lesione), in questi casi va rivascolarizzato.

Quando l'acido acetilsalicilico?

Nel diabetico a rischio alto o molto alto sempre se il rischio emorragico è basso.

La discussione si è conclusa a questo punto per termine del tempo previsto.