



GRUPPO DI LAVORO 3 - AREA TRIVENETO

COORDINATORE DIABETOLOGO: RICCARDO CANDIDO
COORDINATORE CARDIOLOGO: GIULIA RUSSO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CV NEL PAZIENTE CON DM TIPO 2

La valutazione del rischio cardiovascolare (CV) non è ancora del tutto entrata nella pratica clinica dei diabetologi che se pur sensibilizzati al raggiungimento degli obiettivi glicemici non sempre sono ancora allineati sul raggiungimento dei target raccomandati per gli altri fattori di rischio CV, soprattutto in termini di profilo lipidico. Mentre c'è più attenzione sul paziente che ha già avuto un evento CV, nel paziente in prevenzione primaria poche volte rientra ancora nella prassi dei diabetologi la stratificazione del rischio CV. Tale stratificazione è fondamentale anche ai fini di una scelta terapeutica mirata per tipologia di paziente. I diabetologi sono spesso, quindi, più abituati a ragionare in termini di glicemia, invece che di rischio CV e persiste ancora il problema dell'inerzia terapeutica nella prescrizione dei nuovi anti-iperglicemizzanti che richiedono un cambio di prospettiva terapeutica nono centrata solo sul controllo glicemico ma sulla protezione CV globale. D'altro canto, anche alcuni cardiologi non hanno ancora colto l'importanza prognostica dei nuovi antidiabetici. È su queste ragioni che entra in gioco la collaborazione cardiologo-diabetologo, al fine soprattutto di ottimizzare la gestione terapeutica del paziente diabetico.

Quindi nella stima del rischio CV del paziente diabetico, il primo step è la valutazione di caratteristiche del paziente di per sé e del diabete (durata, tipo ed età di insorgenza) attraverso un'accurata anamnesi, proseguendo con la valutazione dei fattori di rischio CV (pressione arteriosa, fumo, colesterolo, BMI) e di pregressa malattia CV; in terza analisi vi è lo studio del danno d'organo (proteinuria, fondo oculare, creatinina, ECG ed ecocardio per lo studio di ipertrofia ventricolare sinistra). In tale contesto le linee guida ESC non considerano per la stima del rischio CV né la patologia carotidea (livello di evidenza IIb) né la patologia arteriosa periferica. Relativamente all'ecocardiogramma, se il paziente è a rischio CV alto o molto alto, un ecocardiogramma nella vita va effettuato soprattutto per lo studio dell'ipertrofia ventricolare sinistra e della disfunzione diastolica; in tale contesto già l'ECG aiuta molto.

Quali step affrontare?

Quali esami diagnostici?

	Quali <u>step</u> affrontare?	Quali esami diagnostici?
VALUTAZIONE DEL RISCHIO CV NEL PAZIENTE CON DM TIPO 2	1. Caratteristiche del paziente e del DM	1. Accurata anamnesi diabetologica
	2. Valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari	2. PA, colesterolo, fumo, BMI e pregressa malattia cardiovascolare
	3. Danno d'organo	3. proteinuria, creatinina, <u>fundus</u> oculi, ECG o Eco cardio



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

Nella gestione di questa tipologia di paziente è necessario:

- identificare il rischio CV del paziente, attraverso la valutazione dell'età, del tipo e della durata del diabete, degli esami per la valutazione del danno d'organo, dei fattori di rischio CV;
- definire gli obiettivi di cura e i target da raggiungere (emoglobina glicata, LDL, pressione arteriosa) ed effettuare una valutazione cardiovascolare approfondita con ecocardiogramma, ecoDoppler carotideo e ABI; nella gestione diabetologica l'ABI viene da taluni effettuato solo se vi è iposfigmia, altri utilizzano il miniDoppler. In caso di importante vasculopatia periferica, il paziente potrà essere valutato anche lo studio di ischemia coronarica silente;
- identificare la tipologia di trattamento da effettuare. In questa tipologia di paziente, ovvero con multipli fattori di rischio CV, la prima scelta diabetologica dovrebbe essere un GLP1-RA, a meno che non vi sia storia di scompenso (quindi SGLT2i), associandoli a metformina. La metformina ha significato dal punto di vista metabolico, riducendo insulino-resistenza e lipotossicità. Per il controllo dell'ipertensione arteriosa, ACE inibitore o sartano; per il controllo della dislipidemia una statina ad alta potenza; ASA solo in caso di significativa vasculopatia periferica (stenosi >50-60%), non di default a tutti.

	Quali <u>step</u> affrontare?	Quali esami diagnostici?
GESTIONE CONDIVISA DEL PAZIENTE CON DM DI TIPO 2 CON MULTIPLI FATTORI DI RISCHIO CV	1. Definire la classe di rischio cardiovascolare	1. Età, esami di valutazione danno d'organo, fattori di rischio, tipo e durata diabete
	2. Definire gli obiettivi di cura	2. Target glicata, PA, LDL, EcoCardio, ECG, ecoDoppler TSA e ABI
	3. Trattamento	3. GLP1 AR o SGLT2 inibitori con metformina Sartano o ACE inibitore Statina alta potenza

SCREENING E GESTIONE DELLA MALATTIA CV SILENTE

Il primo passo da fare è identificare il paziente da screenare, sulla base dell'anamnesi, della classe di rischio e della presenza di sintomi anginosi o simil-anginosi; da indagare bene sono soprattutto il sesso femminile, per la frequente occorrenza di sintomi atipici di ischemia, il paziente che riferisce dispnea, che nel diabetico è un importante equivalente ischemico, e il paziente neuropatico in cui il dolore può essere mascherato. Da



screenare sono i pazienti a rischio alto e molto alto, i pazienti con significativa ateromasia carotidea o periferica ed i pazienti con alterazioni all'ecocardiogramma (ridotta funzione sistolica globale o alterazioni della cinetica segmentaria); è inverosimile screenare tutti i pazienti diabetici, vi devono essere degli elementi di sospetto che permettono di scremare la popolazione da screenare per malattia CV silente. Quali tecniche utilizzare? L'ECG da sforzo è ancora valido nel diabetico? Il test da sforzo ha bassa sensibilità e specificità e non è la prima scelta per lo screening di ischemia inducibile, ma sono da preferire i test di imaging, ovvero eco stress o scintigrafia miocardica, indirizzando il paziente in base alla disponibilità del territorio. Se l'imaging non è disponibile si può ricorrere al test da sforzo, ricordando che un test negativo non dà certezza di assenza di coronaropatia e che spesso, per la tipologia di pazienti che segue il diabetologo, l'ECG da sforzo è sottomassimale e quindi non diagnostico. Relativamente all'uso della angio-TC coronarica, è un esame con valore predittivo negativo molto alto, ma l'affidabilità dell'esame dipende anche dall'operatore; purtroppo spesso i radiologi non entrano nello specifico delle caratteristiche della placca, in termini di grado di stenosi soprattutto, e ciò complica ancor di più la gestione del paziente che nel dubbio viene comunque inviato a coronarografia. I pazienti dovrebbero essere indirizzati a TC coronarica quando vi è il forte sospetto che l'esame sia completamente negativo, in alternativa è preferibile scegliere un test funzionale, quali eco stress o scintigrafia. Nei pazienti con forte sospetto di malattia coronarica, è utile screenare anche la patologia cerebrovascolare.

In ultima analisi, dopo aver screenato il paziente, interviene lo step del trattamento farmacologico più adeguato. Se vi è ischemia il paziente va rivascolarizzato, in alternativa si può optare per un trattamento anti-anginoso e anti-ischemico massimale (statina, ASA, ACE inibitore, terapia anti-anginosa). Dal punto di vista diabetologico si dovrebbe optare per una combinazione di metformina e GLP1-RA (o SGLT2i in caso di scompenso cardiaco o malattia renale con proteinuria). I cardiologi hanno, a parere dei diabetologi, molto ben chiara l'indicazione al trattamento con SGLT2 inibitori rispetto all'utilizzo dei GLP1-RA.

Quali step affrontare?

Quali esami diagnostici?

	Quali <u>step</u> affrontare?	Quali esami diagnostici?
SCREENING E GESTIONE DELLA MALATTIA CV SILENTE	1. Identificazione del paziente	1. Sintomatologia e valutazione del rischio: dispnea, dolore toracico atipico, <u>ecocardio patologico</u>
	2. Ricerca malattia coronarica e cerebrovascolare	2. Esami strumentali: test da sforzo (se non fattibile imaging), <u>ecostress</u> , <u>scintigrafia</u> , <u>angioTAC</u>
	3. Trattamento	3. Metformina + GLP1 agonista recettoriale se scompenso o malattia renale SGLT2 I, rivascolarizzazione, terapia ottimizzata (statina, ASA, ACE, terapia antianginosa)



GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DM DI TIPO 2 E MALATTIA CV CONCLAMATA

Il primo punto è composto dalla rivalutazione del rischio CV, in quanto la definizione del rischio non è una cosa statica, ma un elemento che va continuamente rivalutato nel tempo, e dalla definizione degli obiettivi di cura. In tale ambito sono da rivalutare i fattori di rischio CV.

Il secondo step è l'identificazione del trattamento, da gestire come specificato al punto precedente. In terzo luogo, vi è da definire la gestione del follow-up cardiologico e diabetologico. Un paziente con pregresso infarto, con funzione di pompa stabile, target e obiettivi di cura raggiunti, se asintomatico, può anche non tornare dal cardiologo ed essere gestito dal diabetologo; in alternativa i pazienti con rivascolarizzazione incompleta, coronaropatia residua o compromissione della funzione sistolica devono essere seguiti anche dal cardiologo, soprattutto per il follow-up dell'ischemia residua. Per la gestione diabetologica, si opta per un controllo a 6 mesi nei pazienti a target, ma ciò è difficilmente applicabile nella pratica clinica per le lunghe liste d'attesa ed il paziente spesso viene rimandato ad un controllo a 12 mesi; i pazienti scompensati vanno controllati più spesso. Dal punto di vista cardiologico, nei primi 6 mesi solitamente c'è un follow-up cardiologico molto stretto quando il paziente dopo un evento acuto entra in un percorso di riabilitazione cardiologica, poi viene rivisto dal cardiologo dopo un anno. In assenza di riabilitazione, va fatta comunque una visita entro un mese post-rivascolarizzazione, seguita da rivalutazione semestrale o annuale. Nella gestione a lungo termine, il paziente stabile ed asintomatico viene rimandato al medico di medicina generale che decide quando e se inviarlo dal cardiologo nel follow-up. Il test da sforzo dopo angioplastica non è più indicato.

Quali step affrontare?

Quali esami diagnostici?

	Quali <u>step</u> affrontare?	Quali esami diagnostici?
GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DM DI TIPO 2 E MALATTIA CV CONCLAMATA	1. Rivalutazione del rischio cardiovascolare e obiettivi di cura	1. Rivalutazione fattori di rischio: <u>glicata</u> , assetto lipidico, fumo, PA, sedentarietà, stile di vita, alimentazione
	2. Trattamento	2. Metformina + GLP1 agonista recettoriale se scompenso o malattia renale SGLT2 I, rivascolarizzazione, terapia ottimizzata (statina, ASA, ACE, terapia antianginosa)
	3. Follow up cardiologico e diabetologico	3. A 6/12 mesi Follow up diabetologico Riabilitazione cardiologica o a visita 1 mese post evento, o semestrali o annuali