



# CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

a cura di

**Matteo Betti**<sup>1,2</sup>

*Medico in formazione specialistica in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare*

<sup>1</sup> *Centro Cardiologico Monzino, IRCCS, Milan, Italy.*

<sup>2</sup> *Università degli Studi di Milano.*

## Introduzione e cenni fisiopatologici

La cardiopatia ischemica è la principale causa singola di mortalità e morbilità a livello globale. In Italia, si stima che la sola cardiopatia ischemica sia responsabile di circa il 35% dei decessi dovuti a malattie cardiovascolari.

Il meccanismo fisiopatologico più frequente è rappresentato da un processo patologico di accumulazione di placca aterosclerotica nei principali vasi coronarici epicardici, che avviene progressivamente e cronicamente anche se per via della sua natura dinamica si può tradurre in varie presentazioni cliniche che possono essere classificate come sindromi coronariche acute o sindromi coronariche croniche. In queste ultime, anche se meno frequentemente, l'ischemica non è indotta dall'aterosclerosi direttamente bensì da spasmo coronarico o da disfunzione del microcircolo.

## Cenni clinici

La sindrome coronarica cronica (CCS), definita anche cardiopatia ischemica cronica fino al 2019, viene definita sulla base di un'anamnesi classica di angina pectoris in presenza di fattori di rischio o di malattia cardiovascolare aterosclerotica nota. L'angina pectoris si configura generalmente come un dolore classicamente costrittivo, localizzato al petto con o senza irradiazione ed è dovuta ad un mismatch tra la richiesta di ossigeno da parte del miocardio ed il suo apporto. Nella manifestazione clinica più frequente, l'angina cronica stabile, il sintomo si presenta in modo prevedibile e riproducibile ad un certo livello di sforzo e si allevia con il riposo o la nitroglicerina. A volte invece la soglia anginosa è variabile e ciò può dipendere dalla presenza di stenosi coronariche dinamiche oppure da variazioni del tono vasale a livello del microcircolo o anche di vasi coronarici collaterali. Inoltre, alcuni pazienti potrebbero non riferire i classici sintomi anginosi, infatti il dolore toracico è talvolta "atipico" o persino assente, specialmente nei pazienti diabetici, oppure ancora possono manifestare principalmente ridotta tolleranza allo sforzo e dispnea. Talvolta il quadro clinico di una sospetta coronaropatia può essere quello di una nuova insorgenza di scompenso cardiaco o disfunzione ventricolare sinistra. In

questi pazienti, la diagnosi di sindrome coronarica cronica può essere confermata dai test di ischemia o, se questi sono ambivalenti, da una valutazione anatomica delle arterie coronarie, sia con un'angiografia coronarica a tomografia computerizzata (CTA) che con una coronarografia.

Molto importante nella gestione dell'iter diagnostico-terapeutico di questi pazienti e spesso dirimente nella scelta di un approccio più invasivo è il grado di limitazione funzionale indotto dalla malattia, poiché esso rispecchia la gravità del danno anatomico ed ha anche implicazioni prognostiche. Secondo la Canadian Cardiovascular Society distinguiamo quattro gradi di angina pectoris:

Grado I: l'angina si verifica in caso di esercizio fisico impegnativo o prolungato; l'attività fisica ordinaria non causa angina

Grado II: l'angina è causata da esercizio fisico moderato e si hanno leggere limitazioni delle attività quotidiane quando esse vengono eseguite rapidamente, al freddo, dopo i pasti o sotto stress emotivo; si ha dunque una lieve limitazione dell'attività ordinaria, ad esempio camminare per più di due isolati in piano e salire più di una rampa di scale a un ritmo normale e in condizioni normali

Grado III: l'angina è causata da esercizio fisico leggero come camminare per uno o due isolati in piano o salire una rampa di scale in condizioni normali e a passo normale; si ha dunque una marcata limitazione dell'attività fisica ordinaria

Grado IV: l'angina può essere presente anche a riposo; si ha dunque incapacità di svolgere qualsiasi attività fisica senza angina

La malattia può avere lunghi periodi stabili, ma può anche diventare instabile in qualsiasi momento, in genere a causa di un evento aterotrombotico acuto causato dalla rottura o dall'erosione della placca, di qui l'importanza di un intervento precoce atto a modificarne il decorso.

## **Il ruolo della prevenzione nella cardiopatia ischemica cronica**

Gli obiettivi principali nella cura dei pazienti con sindrome coronarica cronica sono effettuare una diagnosi precoce, valutare l'estensione della malattia, alleviare i sintomi e prevenire futuri eventi cardiaci: infatti i pazienti con cardiopatia ischemica conclamata hanno un elevato rischio di eventi cardiovascolari successivi, tra cui infarto miocardico, ictus e morte. Per questo è necessario in prevenzione secondaria un controllo ottimale dei fattori di rischio cardiovascolare accanto all'impiego di una terapia antianginosa.

Anche molti individui senza malattia cardiovascolare conclamata sono ad altissimo rischio, come quelli con sindrome metabolica, fattori di rischio multipli, diabete o malattia renale cronica. Per tutti questi pazienti è focale concentrarsi su una strategia di prevenzione primaria efficace incentrata in primis su cambiamenti dello stile di vita che includano l'aumento dell'attività fisica, la modifica della dieta, la perdita di peso e la cessazione del fumo, poiché questi sono di comprovato beneficio e migliorano gli outcome già nel breve termine. È doveroso, dunque, da parte della nostra comunità scientifica incentivare campagne di sensibilizzazione della popolazione nei confronti di questi fattori di rischio,

in quanto la chiave di volta nel processo di riduzione del burden delle malattie cardiovascolari risiede proprio nella loro prevenzione.

Se pensiamo al fumo di sigaretta, i dati ci sottolineano che un fumatore a vita ha il 50% di probabilità di morire a causa del fumo e in media perderà 10 anni di vita, e che il rischio di malattie cardiovascolari nei fumatori di età inferiore ai 50 anni è cinque volte superiore a quello dei non fumatori.

Tra i classici fattori di rischio, anche l'obesità ricopre un ruolo centrale, poiché esiste una relazione lineare tra BMI e mortalità nei non fumatori e una relazione "J-shaped" nei fumatori abituali: per questo le linee guida raccomandano la dieta mediterranea, povera di grassi saturi e ricca in cereali, frutta, verdura e pesce, unitamente ad almeno 150-300 minuti a settimana di attività fisica moderata o 75-150 minuti a settimana di attività intensa.

Ancora, grande importanza riveste il controllo dei valori di pressione arteriosa con l'obiettivo primario di ottenere valori inferiori a 140/90 mmHg in tutti i pazienti e successivamente adattare il target all'età e alle comorbidità specifiche; in particolare in questo contesto i farmaci inibitori del RAAS e i beta-bloccanti possiedono noti effetti benefici nei pazienti cardiopatici ischemici cronici con ipertensione, diabete mellito, e frazione di eiezione ventricolare sinistra ridotta.

Per quanto riguarda l'assetto lipidico, le ultime linee guida sulla prevenzione cardiovascolare raccomandano sia nei soggetti sani a rischio cardiovascolare molto alto con età < 70 anni sia nei soggetti con malattia aterosclerotica documentata inizialmente la riduzione dei valori di LDL <70 mg/dL ed eventualmente un secondo step di riduzione di almeno il 50% rispetto al basale con un cut-off di 55 mg/dL.

Infine, da non dimenticare uno stretto controllo glicemico nei pazienti con diabete mellito, con la possibilità di introdurre gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2) e gli agonisti del recettore del peptide glucagone-simile 1 (GLP-1 RA) come terapia aggiuntiva accanto ai trattamenti di prima linea.

## Bibliografia essenziale

1. Knuuti J et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425. Erratum in: *Eur Heart J*. 2020 Nov 21;41(44):4242. PMID: 31504439.
2. Visseren FLJ et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol*. 2022 Feb 19;29(1):5-115. doi: 10.1093/eurjpc/zwab154. PMID: 34558602.
3. Ford TJ et al. Stable coronary syndromes: pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. *Heart*. 2018 Feb;104(4):284-292. doi: 10.1136/heartjnl-2017-311446. Epub 2017 Oct 13. PMID: 29030424; PMCID: PMC5861393.
4. Ferraro R et al. Evaluation and Management of Patients With Stable Angina: Beyond the Ischemia Paradigm: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Nov 10;76(19):2252-2266. doi: 10.1016/j.jacc.2020.08.078. PMID: 33153586.
5. Crea F et al. Aspetti anatomo-clinici della cardiopatia ischemica. *Giornale Italiano dell'Arteriosclerosi*. 2013;4(4): 3-22