

PREVENZIONE DOPO UNA SINDROME CORONARICA ACUTA. LA FILOSOFIA DEL “LESS IS MORE”

P. L. Temporelli

**Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri,
IRCCS, Veruno - NO.**

Abstract

In ambito cardiologico, abbiamo assistito negli ultimi anni ad un incremento esponenziale dell'utilizzo della diagnostica strumentale sia invasiva che non invasiva. In particolare dopo una sindrome coronarica acuta gli esami strumentali, soprattutto quelli non invasivi, sono spesso prescritti in maniera inappropriata fino a sostituire quasi completamente la valutazione clinica. Il loro corretto utilizzo, al contrario, vorrebbe che la scelta di un test fosse indirizzata dal contesto epidemiologico e clinico del singolo paziente. La strategia della diagnosi precoce, ottenibile attraverso uno screening strumentale e mutuata dalle patologie oncologiche, è stata trasferita “tout court” in ambito cardiovascolare senza alcuna base scientifica, sostituendosi all'intervento farmacologico e non, inteso quest'ultimo come stile di vita appropriato, finalizzato alla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare.

Le Linee Guida delle principali società scientifiche definiscono i percorsi più appropriati nella gestione del paziente coronaropatico sia nella fase immediatamente post-acuta che in quella cronica. Sebbene le Linee Guida mostrino talvolta un'eccessiva semplificazione delle problematiche cliniche, in un'epoca nella quale il controllo della spesa sanitaria è divenuto prioritario, la correttezza delle indicazioni è un obiettivo irrinunciabile, essendo incontrovertibile e appropriato solo quando un esame strumentale è in grado di modificare il percorso diagnostico-terapeutico e l'outcome del paziente cardiopatico ischemico.

La gestione del paziente che ha superato la fase intraospedaliera di una Sindrome Coronarica Acuta (SCA) è un percorso complesso che richiede strutture organizzative flessibili e competenze specifiche in grado di determi-

nare un ottimale controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, di favorire la puntuale assunzione dei trattamenti farmacologici raccomandati e l'aderenza agli stessi e a stili di vita corretti nel medio-lungo termine, e di programmare un follow-up clinico-strumentale "personalizzato" sulla base del profilo di rischio individuale. Gli obiettivi di questo approccio sono rappresentati da un miglioramento della prognosi, con riduzione dell'incidenza di nuovi eventi cardiovascolari fatali e non, e di minore evoluzione verso lo scompenso cardiaco con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e dei costi sanitari.

I pazienti dimessi dopo una SCA dovrebbero essere dunque indirizzati a percorsi assistenziali, specie nel primo anno, tarati sul livello di rischio individuale e non in modo standardizzato e uguale per tutti. Per raggiungere questo obiettivo è necessario stabilire fin da subito una chiara gerarchia tra le variabili con documentato valore prognostico dopo una SCA. I fattori di rischio tradizionali conservano un indubbio valore, ma la loro capacità predittiva a lungo termine è inferiore rispetto ai parametri correlati con il danno subito dal ventricolo sinistro durante l'episodio acuto o con il rischio di nuovi eventi coronarici. In un recente documento nazionale, i punti cardine della stratificazione prognostica dopo una SCA sono stati identificati in primo luogo nella disfunzione ventricolare sinistra, nello scompenso cardiaco e nei suoi predittori e, in secondo luogo, nella valutazione accurata del rischio di recidive ischemiche, altrimenti detto "rischio trombotico"¹.

Di conseguenza, dopo averne correttamente inquadrato il profilo di rischio, il paziente andrebbe indirizzato al percorso a lui più appropriato. Un più recente documento nazionale intersocietario ha delineato un ideale follow-up clinico strumentale focalizzato sul primo anno dopo l'evento acuto². Per i pazienti ad alto rischio, cioè sottoposti a rivascolarizzazione percutanea (PCI) per SCA con frazione d'iezione ridotta (<45%) o con sintomi di insufficienza cardiaca, un percorso riabilitativo dovrebbe essere sempre considerato dopo la dimissione dalla fase acuta. Nei pazienti stabili, una visita cardiologica con ECG ed un ecocardiogramma dovrebbero essere comunque eseguiti almeno a 3 e 12 mesi, e in seguito in base all'evoluzione clinica. Nei pazienti diabetici con disfunzione ventricolare sinistra anche se clinicamente stabili può essere preso in considerazione un ecocardiogramma annuale. L'esecuzione di uno stress test deve essere sempre valutata sulla base delle caratteristiche cliniche/angiografiche. In pazienti rivascolarizzati per SCA senza disfunzione ventricolare sinistra e/o scompenso in fase acuta ma con diabete mellito, malattia multivasale, malattia del tronco comune e/o della discendente anteriore prossimale, o con rivascolarizzazione incompleta o subottimale, una visita cardiologica con ECG dovrebbe essere garantita a 6 mesi e ad 1 anno e poi annualmente. L'esame ecocardiografico di routine non è raccomandato nei pazienti asintomatici senza disfunzione ventricolare residua. Uno stress test a 3 mesi può essere indicato in caso di rivascolarizzazione incompleta o risultato PCI subottimale e dovrebbe essere ripetuto annualmente in seguito.

In pazienti con rivascolarizzazione completa, senza disfunzione ventricolare sinistra e senza rilevanti comorbilità, cioè a basso rischio, l'esame ecocardiografico di routine non è indicato. Se stabili, questi pazienti devono essere sottoposti solo a visita cardiologica con ECG entro 12 mesi (non raccomandati di routine in seguito). Uno stress test non è raccomandato entro il primo anno in pazienti stabili.

Fare di più non significa fare meglio

Negli ultimi anni si è osservato in campo medico e soprattutto cardiologico un crescente uso delle metodiche diagnostiche e degli interventi terapeutici. Una loro significativa quota appare però inappropriata, cioè potenzialmente ridondante, pericolosa, costosa e poco utile.

Il problema è trasversale a tutti i paesi industrializzati. Gli Stati Uniti, ad esempio, hanno il sistema di assistenza sanitaria tecnologicamente più avanzato al mondo. Sebbene spendano molto di più nell'assistenza sanitaria di qualsiasi altro paese, su indicatori quali l'aspettativa di vita e la mortalità infantile hanno risultati inferiori rispetto a Paesi che spendono molto meno. Nel cercare una risposta al perché il rendimento dei loro enormi investimenti nell'assistenza sanitaria non sia migliore è emerso come centinaia di miliardi di dollari vadano sprecati ogni anno in spese sanitarie che non contribuiscono al benessere dei pazienti³. Da ciò si è diffuso tra i medici un crescente riconoscimento che molti pazienti ricevono un'eccessiva (e costosa e per certi aspetti inutile) assistenza sanitaria. I trattamenti evitabili spesso sono legati a convinzioni che gli individui, inclusa la classe medica, tendono a mantenere nonostante prove che dovrebbero portare a convinzioni almeno contraddittorie o più sfumate. Alcuni esempi di tale modo errato di pensare sono le convinzioni secondo cui la tecnologia avanzata è sempre un bene, che le nuove tecnologie sono sempre meglio delle tecnologie più datate, e che l'incertezza in ambito medico è inaccettabile e va esclusa a qualsiasi costo.

A partire dall'inizio del nuovo millennio, una serie di documenti tra cui il *“Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter”*⁴, emesso nel 2002, il programma *“Putting the Charter into Practice”* dell'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation del 2009, e le serie di articoli di JAMA *“Less Is More”*⁵ hanno fornito ai medici alcune indicazioni per affrontare l'iperprescrizione nelle cure sanitarie. Nel 2010 è stata lanciata inoltre la campagna dell'ABIM Foundation *“Choosing Wisely”*⁶. Come parte di Choosing Wisely, ciascuna società scientifica partecipante ha creato liste *Things Physicians and Patients Should Question*, che forniscono raccomandazioni specifiche, basate sull'evidenza, che medici e pazienti dovrebbero discutere per compiere le loro scelte sulle cure individuali più appropriate. In Italia, Slow Medicine ha lanciato l'analoga campagna *“Fare di più non significa fare meglio”* cui ha aderito l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). Un gruppo di lavoro ad hoc ha preparato una lista di 5 procedure cardiologiche il cui uso routinario sembra inappropriato nel nostro Paese⁷. Non a caso, la gran parte di queste procedure inappropriato riguarda la cardiopatia ischemica cronica (tab. I). Le strategie di follow-up nel paziente con cardiopatia ischemica cronica sono infatti estremamente eterogenee e, purtroppo, molte volte anche scorrette. I pazienti a basso rischio sono spesso sottoposti a periodiche valutazioni cliniche ed esami non invasivi inutili, mentre paradossalmente i pazienti a più alto rischio hanno meno probabilità di accedere a seriati controlli clinico-strumentali appropriati^{8,9}. Di fatto anche in Italia, come del resto in molti Paesi dotati di alta tecnologia, molte indagini, soprattutto i test non invasivi, sono spesso prescritte in maniera inappropriata, fino a sostituire quasi completamente (e inopportuno) la valutazione clinica. Una recente analisi di dati amministrativi in 224 ospedali americani ha chiara-

Tabella 1 - Indagini diagnostiche non appropriate nel paziente cardiopatico cronico (adattata da voce bibliografica n. 7).

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.
2. Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.
3. Non richiedere registrazione Holter in 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.
4. Non richiedere test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.
5. Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.

mente documentato come ci sia un'ampia variabilità nell'uso di imaging cardiaco non invasivo in pazienti con sospetta ischemia⁸. Tuttavia, gli ospedali con un maggiore utilizzo di imaging non avevano un conseguente approccio terapeutico differente né percentuali più basse di nuovi ricoveri per SCA. In questo senso, le ultime Linee Guida Europee non aiutano a far chiarezza in quanto l'argomento viene solo marginalmente affrontato¹⁰.

Proprio nella logica di limitare le prescrizioni strumentali inappropriate nel nostro Paese, un documento dell'Area Prevenzione dell'ANMCO¹¹ e un documento di consenso cardiologico intersocietario nazionale¹² hanno fornito negli ultimi anni delle puntuali indicazioni sul timing delle indagini strumentali più richieste nel follow-up del paziente cardiopatico cronico, con l'obiettivo di evidenziare soprattutto ciò di cui possiamo fare a meno senza perdere in accuratezza diagnostico/terapeutica. In sintesi, per l'ecocardiografia a riposo, al di fuori della finestra temporale del primo anno dopo SCA, di cui si è già trattato in precedenza, e nella quale è utile ripetere l'ecocardiografia per monitorare la funzione sisto-diastolica e l'evoluzione del rimodellamento, la ripetizione dell'esame ecocardiografico (specie a cadenza annuale) non è utile in pazienti con cardiopatia ischemica cronica clinicamente stabili, senza storia di disfunzione ventricolare sinistra sistolica e diastolica e con ECG invariato. La ripetizione del test da sforzo di routine (<2 anni dal test precedente) non è indicata in pazienti senza modificazioni di sintomi. Dopo rivascolarizzazione con PCI non è utile ripetere il test di induzione di ischemia di routine (a meno di 2 anni dalla PCI) tranne nei casi in cui la rivascolarizzazione sia stata incompleta o di nuova comparsa di sintomi. Se il paziente con SCA fosse stato sottoposto a rivascolarizzazione con By-Pass Aorto-Coronarico (BPAC), non è indicato eseguire il test di induzione di ischemia di routine (a meno di 5 anni dalla rivascolarizzazione) tranne nei casi in cui la rivascolarizzazione sia stata incompleta o di nuova comparsa di sintomi. Le indicazioni nella tempistica dell'esecuzione dell'eco-stress o scintigrafia miocardica, sono le stesse del test da sforzo: in assenza di variazioni della sintomatologia, la ripetizione di routine dell'esame non andrebbe eseguita nel paziente stabile prima di 2 anni dalla precedente indagine, specie se il precedente test di induzione era negativo o debolmente positivo, né prima di 2 anni dalla PCI o prima di 5 anni dal BPAC con rivascolarizzazione completa. L'esecuzione dell'angio-TC coronarica non trova indicazione nel paziente con cardiopatia ischemica cronica,

stabile al follow-up. Non vi è utilità a ripetere l'angio-TC nel paziente precedentemente sottoposto a rivascolarizzazione con BPAC prima di 5 anni dall'intervento se asintomatico o nel paziente sottoposto a pregressa PCI con impianto di stent prima di 2 anni. In presenza di sintomi sospetti ischemici o equivalenti ischemici, invece, l'angio TC può essere impiegata per verificare la pervietà del graft. L'angio TC coronarica può trovare infine indicazione nel caso di precedente test di induzione di ischemia positivo o dubbio o insorgenza/peggioramento di sintomi e test da sforzo normale.

Il fascino intramontabile dell'angioplastica nell'angina stabile

In linea con i risultati di studi randomizzati¹³ e autorevoli meta-analisi¹⁴ che hanno dimostrato che un approccio aggressivo con PCI rispetto alla sola terapia medica ottimale nella cardiopatia ischemica cronica (CAD) stabile non riduce gli eventi avversi cardiaci e tantomeno la mortalità, le Linee Guida, hanno raccomandato giustamente la terapia medica ottimale come approccio iniziale per la gestione di questi pazienti¹⁰. Tuttavia, in contrasto con le aspettative, anche dopo la pubblicazione delle metanalisi e delle Linee Guida è stato evidenziato un ampio sottoutilizzo della terapia medica ottimale in pazienti con CAD stabile inviati alla PCI¹⁵. Non è facile capire perché esista una divergenza tra le prove scientifiche, anche recenti¹⁶, e la convinzione secondo cui la PCI è associata ad un grande beneficio in termini di riduzione di eventi e mortalità cardiovascolare nel paziente con CAD stabile. In uno studio americano è stato evidenziato come pochi cardiologi discutono con i loro pazienti i benefici basati sull'evidenza della coronarografia e della PCI nella CAD stabile e alcuni, implicitamente o esplicitamente, sovrastimano tali benefici¹⁷.

Conclusioni

Negli ultimi anni vi è stato un incremento esponenziale dell'utilizzo della diagnostica strumentale sia invasiva che non invasiva in ambito cardiologico, in particolare nella cardiopatia ischemica cronica. Gli esami strumentali, soprattutto quelli non invasivi, sono prescritti spesso in maniera inappropriata. Quando le indagini comportano esposizione a radiazioni ionizzanti, è importante tenere conto anche del rischio biologico reale per il paziente, che cresce esponenzialmente in caso di indagini multiple. D'altra parte, non vi è una dimostrazione univoca che l'utilizzo indiscriminato e ripetitivo delle indagini diagnostiche possa migliorare l'outcome, ovvero prevenire gli eventi cardiovascolari. Tra i pazienti sottoposti a test di imaging, circa un sesto dei casi non assume terapia adeguata e frequentemente non vengono apportate modifiche di terapia a conclusione dell'iter diagnostico. L'appropriatezza delle indicazioni appare dunque un obiettivo prioritario. È importante prendere atto delle indagini diagnostiche che, in prevenzione cardiovascolare secondaria, non apportano alcun contributo alla gestione del paziente al fine di ottimizzare le risorse disponibili, contenere la spesa e ridurre le indagini non appropriate potenziando invece i percorsi riconosciuti come più efficienti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Greco C, Bovenzi FM, Berti S, et al.* Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. *G Ital Cardiol* 2014; 15(1 Suppl 1):3S-27S
- 2) *Rossini R, Oltrona Visconti L, Musumeci G, et al.* A multidisciplinary consensus document on follow-up strategies for patients treated with percutaneous coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv* 2015; 85:E129-39
- 3) *Fineberg HV. Shattuck Lecture.* A successful and sustainable health system-how to get there from here. *N Engl J Med* 2012; 366:1020-7
- 4) *ABIM Foundation.* American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136:243-6
- 5) *Grady D, Redberg RF.* Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010; 170:749-50
- 6) *Cassel CK, Guest JA.* Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012; 307:1801-2
- 7) *Bobbio M, Abrignani MG, Caldarella P, et al.* Choosing wisely: the Top 5 list of the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO). *G Ital Cardiol* 2014; 15:244-52
- 8) *Safavi KC, Li S, Dharmarajan K, et al.* Hospital variation in the use of noninvasive cardiac imaging and its association with downstream testing, interventions, and outcomes. *JAMA Intern Med* 2014; 174:546-53
- 9) *Mudrick DW, Shah BR, McCoy LA, et al.* Patterns of stress testing and diagnostic catheterization after coronary stenting in 250,350 Medicare beneficiaries. *Circ Cardiovasc Imaging* 2013; 6:11-9
- 10) *Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al.* 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013; 34:2949-3003
- 11) *Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, et al.* Appropriateness of diagnostic tests in cardiovascular prevention: what can we skip? *G Ital Cardiol* 2014; 15:253-63
- 12) *Riccio C, Gulizia MM, Colivicchi F, et al.* ANMCO/GICR-IACPR/SICI-GISE Consensus document: Clinical management of patients with stable coronary artery disease. *G Ital Cardiol* 2016; 17:529-69
- 13) *Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al.* Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; 356:1503-16
- 14) *Stergiopoulos K, Boden WE, Hartigan P, et al.* Percutaneous coronary intervention outcomes in patients with stable obstructive coronary artery disease and myocardial ischemia: a collaborative meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. *JAMA Intern Med* 2014; 174:232-40
- 15) *Garg P, Wijeyesundera HC, Yun L, Cantor WJ, Ko DT.* Practice patterns and trends in the use of medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention in Ontario. *J Am Heart Assoc* 2014; 3
- 16) *Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, et al.* ORBITA investigators. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; 391:31-40
- 17) *Goff SL, Mazor KM, Ting HH, et al.* How cardiologists present the benefits of percutaneous coronary interventions to patients with stable angina: a qualitative analysis. *JAMA Intern Med* 2014; 174:1614-21