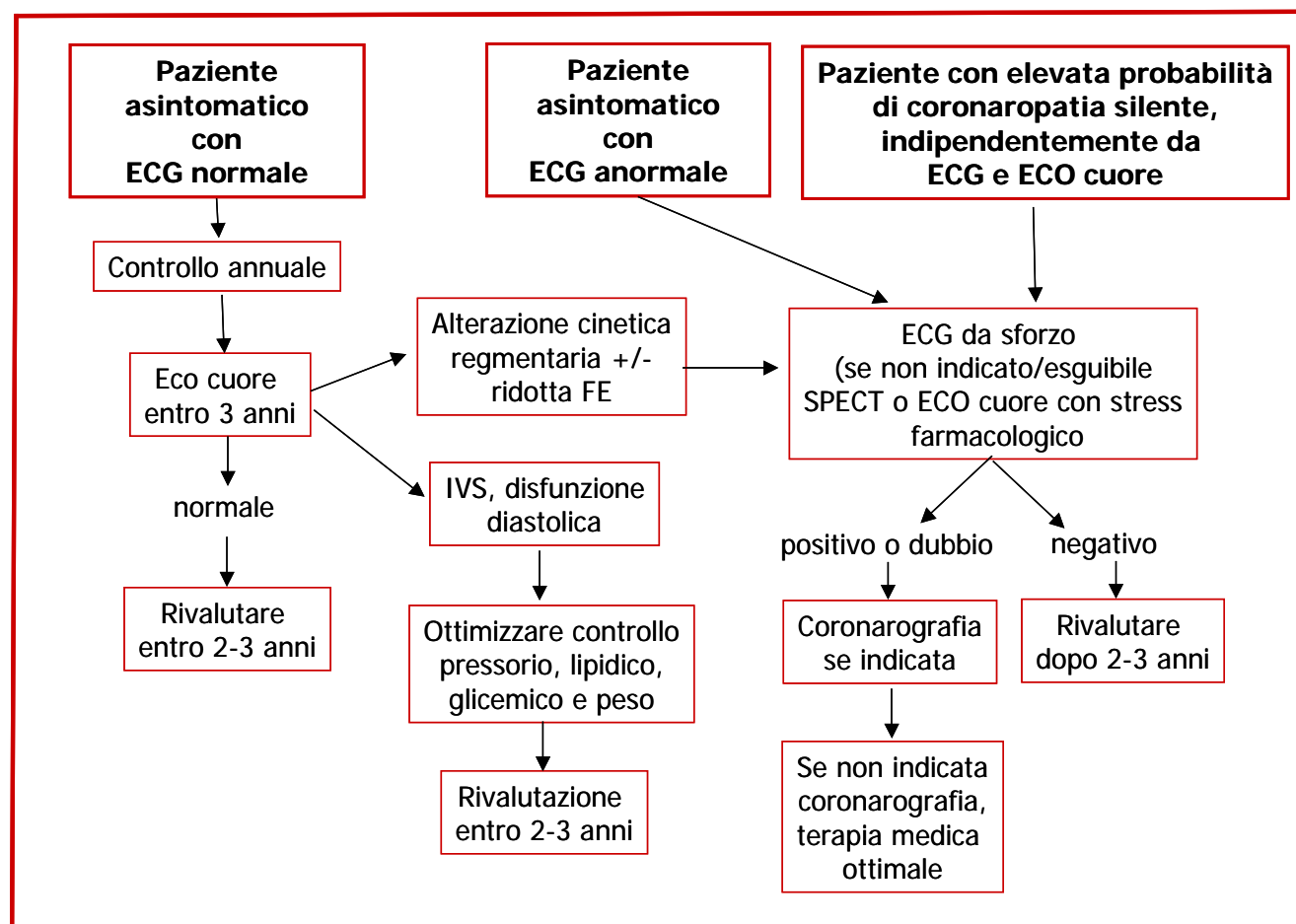


# SINTESI CONSENSUS

## “Screening e Terapia della Cardiopatia Ischemica nel Paziente Diabetico”

### 1) Screening diagnostico-strumentale per Cardiopatia Ischemia asintomatica nel paziente diabetico



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

<p><b>Macroangiopatia non coronarica avanzata/molto avanzata</b></p> <p><b>Sintomatica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precedenti eventi aterotrombotici</li> <li>• Interventi di rivascularizzazione</li> </ul> <p><b>Non sintomatica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arteriopatia periferica con ABI &lt; 0.9;</li> <li>• Stenosi carotidea asintomatica &gt; 50%,</li> <li>• Aneurisma aortico</li> </ul>	<p><b>Score di rischio coronarico (UKPDS) &gt; 20% a 10 aa + almeno <u>uno</u> dei seguenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Placche ateromasiche determinanti stenosi <math>\geq 20\%</math> del lume vasale in qualsiasi distretto</li> <li>-GFR &lt;30 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup></li> <li>-Neuropatia autonoma cardiaca</li> <li>-Disfunzione erettile</li> <li>-Familiarità di 1° grado positiva per cardiopatia ischemica in giovane età (&lt;55 aa maschi; &lt; 65 aa femmine)</li> </ul> <p><b>Score di rischio coronarico (UKPDS) &gt; 20% a 10 aa + almeno <u>due</u> dei seguenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-GFR &lt;60 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup></li> <li>-Micro- o macroalbuminuria</li> <li>-Retinopatia laser-trattata/proliferante</li> </ul>
<p><b>Score di rischio coronarico (UKPDS) &gt; 30% a 10 aa</b></p>	

## 2) Controllo ottimale dei fattori di rischio cardiovascolare

Come nel paziente diabetico senza complicanze così anche in quello con cardiopatia ischemica (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
- HbA<sub>1C</sub> < 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 coronaria 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 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).
- E' 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 rivascolarizzazione 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).
- E' 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 rivascularizzazione.**

- 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 rivascularizzazione (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:** PierMarco Piatti (Coordinatore), Angelo Avogaro, Giovanni Anfossi, Diego Ardigò, Saula Vigili de Kreuzenberg, Sandro Inchiostro, Angela Albarosa Rivellese, Mariella Trovati, Sabina Zambon, Ivana Zavaroni

**AMD:** Adolfo Arcangeli, Sandro Gentile

**ANMCO:** Maddalena Lettino, Antonio Mafri, Massimo Uguccioni

**ARCA:** Alfio Bianchi, Vincenzo Cavallaro, Igor Monducci

**SIC:** Christian Cadeddu, Giuseppe De Luca

**SISA:** Enzo Manzato