

Manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute nel diabete

La malattia coronarica è abbastanza diffusa tra i diabetici in tutte le fasce d'età. Le manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute sono più comuni delle manifestazioni tipiche e quindi richiedono un alto indice di sospetto

La malattia coronarica è abbastanza comune nel diabete mellito. È interessante notare che le manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute (SCA) sono più comuni delle manifestazioni tipiche e quindi richiedono un alto indice di sospetto. Gli infarti miocardici silenti non sono rari nei diabetici anziani. Le terapie guidate dalle linee guida per raggiungere gli obiettivi di comuni comorbidità come l'ipertensione, la dislipidemia e le politiche zero-tabacco sono fondamentali per evitare le complicanze del DM. Nonostante una gestione ottimale, il rischio di complicanze è maggiore, richiedendo più terapie e sorveglianza. È documentato che l'innesto di bypass coronarico ha esiti a lungo termine migliori rispetto alla rivascularizzazione medica nella malattia coronarica multivasale, in particolare con la stenosi dell'arteria discendente anteriore sinistra prossimale.

Uno studio recente ha dimostrato che i pazienti diabetici presentano più spesso dolori toracici atipici, e quindi hanno maggiori probabilità di sperimentare un ritardo nella diagnosi e nel trattamento. Le presentazioni atipiche e il decorso della malattia sono

Keyword

1. La malattia coronarica è abbastanza comune tra i diabetici in tutte le fasce d'età.
2. Presentazioni atipiche come la malattia da reflusso gastroesofageo e l'infarto miocardico silenzioso richiedono un alto indice di sospetto.
3. È necessaria una maggiore attenzione alle terapie orientate alle linee guida per raggiungere gli obiettivi di glicemia, pressione sanguigna e lipidi.
4. Uso più frequente di ticagrelor e statine ad alte dosi più ezetimibe, inibitori della trombina ed icosapentile sono necessari in sottogruppi ad alto rischio.
5. Essere consapevoli del rischio più elevato di complicanze a breve e lungo termine come i principali eventi cardiaci avversi.

notevolmente influenzati dalle comorbidità come ipertensione, dislipidemie e complicanze del DM come la neuropatia autonoma, una soglia del dolore alterata e l'età di insorgenza dei sintomi di una CAD.

SCA dolorosa

Il dolore toracico può essere molto diverso per posizione, gravità e sintomi di accompagnamento.

Qualsiasi medico può facilmente interpretare erroneamente i primi sintomi e segni, ritardando così una gestione tempestiva. A volte, questo può avere gravi conseguenze tra cui la morte.

Di solito, la gravità del dolore/disagio è inferiore a quella descritta dai pazienti senza DM. La posizione del dolore può essere atipica, ad esempio, localizzata solo sul lato destro del torace, sulla nuca, sulla mascella o sulle spalle, o sulla parte superiore della schiena o nella regione epigastrica. Il disagio/dolore epigastrico assomiglia comunemente alla GERD, portando a una diagnosi errata che può essere un grave errore. Se il disagio/dolore epigastrico migliora e la condizione generale non si deteriora, la diagnosi viene persa. La SCA può essere scoperta solo incidentalmente su un ECG a 12 derivazioni condotto prima delle valutazioni mediche di routine, ad esempio a fini assicurativi o al follow-up per altre malattie CV e non cardiovascolari.

Il dolore/disagio della SCA a volte si maschera da artrite acuta della spalla, spondilite cervicale, dolori alla mascella o dentali e dolori muscolari. Sintomi di accompagnamento come palpitazione, dispnea e sincope, posso-

no o non possono essere presenti. Tuttavia, la sudorazione è di solito meno evidente.

SCA sintomatica ma indolore

Il dolore/disagio può essere sorprendentemente assente o così lieve da essere facilmente trascurato o dominato da altri sintomi come indigestione acuta, acidità nello stomaco, dispnea, vertigini, sincope, palpitazioni e sudorazione. In uno studio condotto nel Regno Unito, circa il 20% dei pazienti presentava tali sintomi con una mortalità più elevata rispetto ai pazienti che presentavano dolore toracico ad un mese e ad un anno di follow-up. L'insorgenza acuta di respiro sibilante dovuto a edema polmonare acuto potrebbe essere facilmente confusa con asma bronchiale acuta.

Pertanto, la prima insorgenza di asma bronchiale acuta oltre i 30 anni di età dovrebbe sollevare un forte sospetto per SCA. Oltre alla sincope, gli anziani possono presentare uno stato confusionale acuto o un deterioramento inspiegabile e acuto delle condizioni fisiche e mentali generali, tra cui affaticamento ed esaurimento con o senza altri sintomi di accompagnamento comuni. Gli esiti sono negativi per questi pazienti. Un alto indice di sospetto è imperativo per diagnosticare tali pazienti in tempo utile.

Infarto miocardico silente o SCA silenziosa

Quando (molte volte) i sintomi sono così atipici, vaghi, lievi o di breve durata, i pazienti possono non consultare un medico o possono relegare i sintomi a malattie pre-

sistenti come GERD, spondilosi cervicale, artrite della spalla, affaticamento dovuto allo sforzo o persino affanno o respiro sibilante a causa del peggioramento della BPCO. Spesso, una SCA si sviluppa durante il sonno e alcuni pazienti muoiono. Una SCA silente è più comune nei pazienti con DM e ipertensione, nonché nelle donne e negli individui anziani. Un alto indice di sospetto è indispensabile per governare una SCA: nello studio MACE, l'infarto miocardico silenzioso è stato riscontrato nell'8,2% dei pazienti e ha avuto una mortalità maggiore di 3 volte e grandi eventi avversi CV (*ACC Cardiovasc Imaging 2018; 11: 1773-81*).

In un altro studio, la prevalenza dell'infarto miocardico silente era del 28,5% nei diabetici e del 21,5% nei non diabetici, con una dimensione media dell'infarto dell'11,8% del ventricolo sinistro (*Am J Med 2013; 126: 515-22*).

In uno studio multietnico dagli Stati Uniti, in campioni basati sulla comunità di risonanza magnetica cardiaca, la prevalenza di cicatrici miocardiche suggestive di infarto miocardico pregresso era del 7,9%, in un'età media di 68 anni. È interessante notare che il 78% non era riconosciuto all'ECG e alla valutazione clinica e non aveva una storia di SCA (*JAMA 2015; 314: 1945-54*).

È possibile che molti pazienti, in particolare quelli con infarti più importanti, possano essere morti non diagnosticati. Solo quelli con attacchi cardiaci minori e non complicati avrebbero potuto sopravvivere per essere identificati in seguito, in particolare con cambiamenti caratteristici dell'ECG (per lo più dell'onda Q) suggestivi di vecchi infarti del miocardio.

Sembra che SCA silente sia comunemente sotto-sospettata e sotto-diagnosticata, rendendo necessario un indice molto alto di sospetto nei soggetti suscettibili ad alto rischio. È importante diagnosticarli in tempo per evitare complicazioni, tra cui una maggiore mortalità prematura a lungo termine.

Presentazioni atipiche nella malattia coronarica cronica stabile

■ L'ischemia miocardica silente (SMI) è molto comune ed è maggiormente grave e più frequente e duratura nei diabetici. La SMI è più comune negli uomini e nei pazienti con retinopatia diabetica. Poiché il dolore è tipicamente assente, il paziente può continuare a esercitare fino a sviluppare una o più complicanze dell'ischemia come SCA, edema polmonare acuto o caratteristiche suggestive di riduzione della gittata cardiaca come marcata debolezza, esaurimento, vertigini, sudorazione fredda e persino sincope.

■ Pattern ischemici sintomatici: oltre al dolore toracico o al disagio durante lo sforzo, a volte si sviluppa dopo i pasti e/o l'esposizione al freddo. Il dolore/disagio può essere localizzato nell'epigastrio ed essere interpretato erroneamente come GERD dopo i pasti, lo sforzo o l'esposizione al freddo. Episodi di ischemia sintomatica e silenziosa si verificano comunemente nello stesso paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Gupta N, Elnour AA, Sadeq A, Gupta R. Diabetes and the heart: coronary artery disease. *e-Journal of Cardiology Practice* 2022; Vol. 22, n. 10 - 27 Apr 2022.