

NOTIZIE DA CONGRESSI INTERNAZIONALI

ESC 2024

MANUELA CASULA

*SEFAP - Servizio di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva,
Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari, Università degli Studi di Milano*

Nel mese di agosto 2024, si è tenuto a Londra il meeting annuale della European Society of Cardiology (ESC).

Un parametro OCT traccia la progressione dell'aterosclerosi

Lo stato istopatologico di una placca aterosclerotica può essere non solo quantificato, ma anche monitorato nel tempo grazie a un parametro calcolato dalle immagini della tomografia a coerenza ottica (OCT).

L'indice di attenuazione della placca (IPA) è una misura delle proprietà ottiche di un tessuto. Utilizzando l'IPA, i ricercatori sono stati in grado di identificare stadi patologici crescenti delle placche aterosclerotiche, da quelle fibrose e fibrocalcifiche ai fibro-ateromi a cappuccio spesso e sottile. Sono stati anche in grado di determinare la probabile stabilità delle placche.

Lo studio si basa sulle conoscenze precedenti secondo cui l'OCT è in grado di differenziare le strutture e l'organizzazione del tessuto, che si riflettono nelle sue proprietà ottiche o nel coefficiente di attenuazione. Questi cambiamenti potrebbero non essere visibili con le tec-

niche di imaging convenzionali. Un coefficiente di attenuazione più elevato indica instabilità del tessuto, aree con cellule morte (nuclei necrotici) e infiltrazione di macrofagi. Al contrario, valori di attenuazione più bassi indicano calcificazione e tessuto fibroso.

Per quantificare e caratterizzare in modo completo le placche aterosclerotiche coronarie utilizzando l'OCT, il team del Chinese PLA General Hospital ha utilizzato 10 cuori umani sottoposti ad autopsia. I risultati hanno mostrato che il valore IPA era significativamente correlato con la stadiazione patologica delle placche, con un valore IPA di 10 che è risultato il più ottimale per rilevare le placche avanzate. L'area sotto la curva ROC era pari a 0,844 ($p < 0,001$).

La combinazione dell'IPA10 con la percentuale di stenosi osservata nel campione di arteria coronaria ha permesso un'identificazione ancora più accurata delle placche avanzate, con un valore AUROC di 0,088 ($p < 0,001$) e corrispondenti valori di sensibilità e specificità del

Indirizzo per la corrispondenza

Manuela Casula
manuela.casula@unimi.it

91,4% e 80,8%, rispettivamente, nonché valori predittivi positivi e negativi del 79,1% e 92,2%, rispettivamente.

Le nuove linee guida sulla pressione arteriosa abbassano gli obiettivi di trattamento

Obiettivi semplificati e più aggressivi sono tra le modifiche significative apportate alle linee guida aggiornate sull'ipertensione pubblicate dalla Società Europea di Cardiologia.

Per la maggior parte dei pazienti trattati, il nuovo obiettivo di pressione arteriosa sistolica è un valore compreso tra 120 mm Hg e 129 mm Hg, che rappresenta un allontanamento dalle precedenti linee guida europee, che in genere raccomandavano di trattare i pazienti con l'obiettivo di ridurre la pressione al di sotto di 140/90 mm Hg e, solo dopo aver raggiunto questo obiettivo, con un obiettivo inferiore a 130/80 mm Hg.

Sebbene le linee guida aggiornate, presentate al Congresso ESC, continuino a definire l'ipertensione come una pressione sistolica di almeno 140 mm Hg e una pressione diastolica di almeno 90 mm Hg, è stata introdotta una nuova categoria: la pressione elevata. Questa è definita come una pressione sistolica compresa tra 120 mm Hg e 139 mm Hg o una pressione diastolica compresa tra 70 mm Hg e 89 mm Hg; in questi soggetti si consiglia la valutazione del rischio cardiovascolare per guidare il trattamento.

Le linee guida introducono anche nuove raccomandazioni sullo stile di vita per aiutare a ridurre la pressione arteriosa, tra cui modifiche ai consigli sull'esercizio fisico e l'aggiunta di un'integrazione di potassio. Per la prima volta, inoltre, le linee guida ESC forniscono raccomandazioni sull'uso della denervazione renale per il trattamento dell'ipertensione in determinate circostanze.

L'importante cambiamento dell'obiettivo pressorio in queste linee guida è basato su nuovi dati che confermano che pressioni più basse portano a tassi di eventi cardiovascolari più

bassi. Tuttavia, questa raccomandazione presenta diverse avvertenze, tra cui il requisito che il trattamento sia ben tollerato; obiettivi più indulgenti possono essere presi in considerazione nelle persone con ipotensione ortostatica sintomatica, negli anziani di 85 anni e in quelli con fragilità moderata o grave o con un'aspettativa di vita limitata. Per questi pazienti, le linee guida raccomandano un obiettivo "che sia il più basso ragionevolmente raggiungibile".

Le nuove linee guida europee sono ora più in linea con quelle americane. Entrambe le linee guida raccomandano ora un obiettivo di pressione inferiore a 130/80 mm Hg per la maggior parte delle persone.

Nessun beneficio dell'anticoagulazione dopo la rivascolarizzazione dello STEMI: il trial RIGHT

Non sembra esserci alcun vantaggio nel continuare il trattamento anticoagulante dopo un intervento coronarico percutaneo primario (PCI) per infarto miocardico con innalzamento del tratto ST (STEMI), secondo i risultati di un ampio studio randomizzato e controllato.

I dati aggiornati dello studio RIGHT hanno dimostrato che a 1 anno non vi è alcuna differenza tra la prosecuzione dell'anticoagulazione e l'assenza di anticoagulazione per quanto riguarda gli esiti ischemici o emorragici. I dati suggeriscono inoltre che potrebbe esistere una differenza tra gli anticoagulanti a 30 giorni e a 1 anno, risultati che richiedono una conferma in studi futuri.

Lo studio RIGHT è stato un trial avviato da ricercatori del gruppo China Research Allies for Thrombosis & Embolism in collaborazione con esperti del gruppo di studio ACTION in Francia. Hanno partecipato 53 siti in Cina. L'obiettivo era dimostrare la superiorità in termini di efficacia e sicurezza dell'uso di un'anticoagulazione prolungata rispetto all'assenza di anticoagulazione dopo PCI primario per i pazienti con diagnosi di STEMI. Tutti i 2989 pazienti

che hanno partecipato allo studio sono stati inizialmente trattati con bivalirudina durante e fino a 4 ore dopo le procedure. I pazienti sono stati poi randomizzati a un gruppo “anticoagulazione prolungata” (n = 1494) o a un gruppo placebo “senza anticoagulazione” (n = 1495).

I risultati dell'endpoint primario, MACE e sanguinamento maggiore a 30 giorni, già presentati al Congresso ESC del 2023 e recentemente pubblicati su *Circulation*, hanno mostrato che i MACE si sono verificati in una percentuale uguale di pazienti sia nel gruppo con anticoagulazione prolungata che in quello senza anticoagulazione (entrambi 2,5%; hazard ratio [HR] 1,0; p=0,988). Anche le emorragie maggiori si sono verificate in percentuali simili di pazienti in entrambi i gruppi, rispettivamente 0,5% vs 0,7% (HR 0,74; p=0,51).

Secondo i risultati aggiornati, il 99,2% dei pazienti ha completato 1 anno di follow-up (1482 in entrambi i gruppi). La percentuale di pazienti con MACE è aumentata al 4,2% nel gruppo con anticoagulazione prolungata e al 4,9% nel gruppo senza anticoagulazione, ma la differenza non è significativa (HR 0,86; p=0,38). Analogamente, non vi è stata alcuna differenza tra i gruppi per quanto riguarda il sanguinamento maggiore (HR 0,87; p=0,67).

Esiti avversi dopo l'interruzione dei beta-bloccanti: lo studio ABYSS

Per i pazienti con una storia di infarto miocardico e una funzione ventricolare sinistra conservata potrebbe non essere consigliabile interrompere la terapia a lungo termine con beta-bloccanti.

Nello studio randomizzato ABYSS, sebbene non vi sia stata alcuna differenza in termini di morte, infarto o ictus tra i pazienti che hanno interrotto e quelli che hanno continuato ad assumere i beta-bloccanti, coloro che hanno smesso di assumere i farmaci hanno avuto un tasso più elevato di ospedalizzazione cardiovascolare. L'interruzione era inoltre associata a un au-

mento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, senza alcun miglioramento della qualità di vita.

Lo studio ABYSS, in aperto, di non inferiorità, ha randomizzato 3698 pazienti con una storia di IMA all'interruzione o alla continuazione del trattamento con beta-bloccanti. Tutti i partecipanti allo studio avevano una frazione di eiezione ventricolare sinistra di almeno il 40%, erano in trattamento con beta-bloccanti a lungo termine e non avevano avuto eventi cardiovascolari nei 6 mesi precedenti.

A un follow-up mediano di 3 anni, l'endpoint primario - un composito di morte, IMA, ictus e ospedalizzazione per motivi cardiovascolari - si è verificato più spesso nel gruppo che ha interrotto il trattamento rispetto a quello che lo ha continuato (23,8% vs 21,1%; HR 1,16; IC 95% 1,01-1,33). Ciò non ha soddisfatto i criteri di non inferiorità dell'interruzione, rispetto alla continuazione, della terapia con beta-bloccanti.

La differenza nei tassi di eventi tra i due gruppi è stata determinata dalle ospedalizzazioni cardiovascolari, che si sono verificate più spesso nel gruppo ad interruzione rispetto al gruppo di continuazione (18,9% vs 16,6%). Inoltre, 6 mesi dopo la randomizzazione, si sono verificati aumenti della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca nel gruppo ad interruzione. La pressione arteriosa sistolica è aumentata di 3,7 mm Hg e quella diastolica di 3,9 mm Hg. La frequenza cardiaca a riposo è aumentata di 9,8 battiti al minuto.

I risultati dell'ABYSS sembrano inizialmente differire da quelli del recente studio REDUCE-AMI, che non ha dimostrato la superiorità della terapia con beta-bloccanti, rispetto al non trattamento, nei pazienti con MI acuto con frazione di eiezione conservata. Tuttavia, l'endpoint primario del REDUCE-AMI era un composito di morte per qualsiasi causa o nuovo infarto miocardico; non includeva l'ospedalizzazione cardiovascolare, che era il principale fattore di differenza negli esiti dello studio ABYSS.