

6 LUGLIO 2021

WEBINAR

ROADSHOW

TROPONINA CARDIACA

FOCUS PUGLIA

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Gli eventi ischemici di carattere miocardico rappresentano ancora oggi la prima causa di morte e morbilità nei paesi industrializzati, nonostante negli anni recenti vi sia stato un sostanziale miglioramento dei dati di mortalità e di outcome dei pazienti affetti da questa patologia. Numerosi studi hanno confermato l'importanza della prevenzione primaria nel migliorare l'outcome delle patologie cardiache, anche attraverso un'accurata stratificazione del rischio cardiovascolare nella popolazione e un sempre più appropriato intervento clinico per mitigare la progressione della malattia. La diagnosi di ischemia cardiaca acuta e cronica è basata prevalentemente su un giudizio clinico che tiene conto della storia (anamnesi), dell'esame fisico e di indagini appropriate strumentali e di laboratorio. Ad oggi più di cento biomarkers sono stati studiati per verificarne l'utilità nella diagnosi, nella prognosi e nella stratificazione del rischio nei soggetti con o senza segni e/o sintomi di patologia cardiovascolare. La disponibilità di test come la troponina cardiaca I ad elevata sensibilità ha permesso lo sviluppo di numerosi studi sul ruolo di questo biomarker per una diagnosi più precisa di patologia miocardica acuta e per individuare e stratificare i soggetti apparentemente sani che potrebbero sviluppare nel tempo eventi cardiovascolari. Il potere predittivo di questo biomarker cardiospecifico può trovare applicazione nella stratificazione del rischio cardiovascolare, non solo nella popolazione generale sana ma anche nei soggetti affetti da diabete, ipertensione, obesità, nel monitorare i pazienti oncologici e i soggetti guariti dal Covid-19, tutti ambiti clinici in cui a breve o lungo termine potrebbero svilupparsi futuri danni cardiovascolari.

COSTI DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI IN ITALIA

I costi diretti per il SSN sono circa 16 miliardi di euro l'anno ai quali vanno aggiunti circa 5 miliardi di euro di costi indiretti calcolati principalmente come perdita di produttività, ma anche spese sostenute dal sistema previdenziale responsabile di fornire prestazioni assistenziali a tutte le persone affette da patologie e che eroga pensioni di inabilità ed assegni di invalidità. Si deve quindi superare la visione del costo a breve termine, prediligendo, quando a disposizione, l'investimento su test diagnostici e/o predittivi, che permettano, a medio-lungo termine, un risparmio sia in termini economici per la collettività che in termini personali per chi verrebbe afflitto da una patologia, con il rimandare, se non impedire, l'insorgenza di patologie con impatto rilevante sul sistema.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE CON LA TROPONINA I NELLA POPOLAZIONE APPARENTEMENTE SANA: I DONATORI DI SANGUE

Le caratteristiche del test della Troponina I ad elevata sensibilità consentono di rilevare anche piccole concentrazioni di troponina nella popolazione sana, con relativa classificazione del rischio cardiovascolare suddivisa per genere. Questo, in una prima sperimentazione su una popolazione costituita da donatori di sangue, ha portato immediatamente alla luce i soggetti ad elevato e medio rischio cardiovascolare. Un'identificazione precoce e una presa in carico da parte dello specialista cardiologo ha consentito l'identificazione di patologie ben prima di un evento grave o della comparsa di sintomi importanti. Questo primo studio ha coinvolto 4800 donatori riuscendo ad identificare ben 74 persone a rischio. Considerando la popolazione adulta italiana, circa 50mln di persone, si potrebbero monitorare 944000 soggetti prima del possibile evento cardiaco. Questo comporterebbe, oltre che enormi vantaggi in termini di salute per la popolazione, un grande risparmio economico.

UN NUOVO ALLEATO NELLA LOTTA ALLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI: TROPONINA I AD ELEVATA SENSIBILITA' PER LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

La Troponina cardiaca è presente nel sangue in quantità molto piccole. Quando si verifica un danno alle cellule del muscolo cardiaco, queste proteine vengono rilasciate nel circolo ematico: maggiore è il danno, più alta è la concentrazione nel sangue. L'utilizzo della Troponina come biomarcatore di lesione miocardica si è affermato negli anni come ausilio nella diagnosi di infarto e delle sindromi cliniche da ischemia e/o stress del muscolo cardiaco in ambito ospedaliero, soprattutto in pazienti afferenti al pronto soccorso o comunque in situazioni cliniche critiche. Il progresso tecnologico ha portato alla possibilità di determinare minime quantità di Troponina circolanti anche in soggetti apparentemente sani e senza sintomi o segni clinici di sofferenza cardiaca (metodi cosiddetti ad elevata sensibilità). Pertanto, il campo di applicazione della Troponina sta gradualmente spostandosi verso la popolazione extra-ospedaliera, ad uso della medicina di base e della prevenzione delle malattie cardiache e cardiovascolari in generale. La possibilità di rilevare lievi aumenti della Troponina consente, infatti, di poter stratificare i soggetti apparentemente sani o con uno o più fattori di rischio sulla base della probabilità di sviluppare in futuro eventi cardiovascolari.

Strumenti per la stratificazione del rischio:

- Framingham 2008 – Età, sesso, fumatore, colesterolo totale, HDL, pressione arteriosa sistolica, DM, terapia per pressione arteriosa.
- SCORE, ACC/AHA – Valutazione multi-variabile simile.
- Profilo lipidico – Colesterolo, HDL, LDL.
- HsCRP – Proteina C-reattiva a elevata sensibilità, biomarcatore dell'infiammazione cronica.

Limitazioni degli strumenti attuali:

- Correlazione generale con il rischio di malattie cardiache – Gli attuali strumenti si concentrano sui lipidi, sulla valutazione della pressione sanguigna, ecc., che indicano un rischio generale per il corpo e non necessariamente un rischio specifico per il cuore.
- Previsione imprecisa del rischio – Alcuni strumenti possono sovrastimare o sottostimare il rischio cardiaco e non tenere conto delle variabilità etniche.
- CUT-OFF che mettono la maggioranza a rischio "moderato" – Con alcuni strumenti, ad esempio l'hs-CRP una percentuale eccessivamente ampia della popolazione può essere classificata a \geq rischio moderato.
- Forte dipendenza dall'età – L'età può influenzare in modo inappropriato lo stato di rischio di un soggetto utilizzando gli strumenti attuali.

L'IMPORTANZA DELLA TROPONINA COME BIOMARCATORE PER IL MMG

- Per il MMG diventa semplice confrontare il valore della troponina nello stesso soggetto. Va quindi verificato se sia preferibile valutare la crescita del valore piuttosto che confrontarlo con un cut-off ottenuto nella popolazione di riferimento, che ha una variabilità maggiore.
- Riscontrare livelli crescenti di troponina, anche se ancora nell'intervallo di normalità, permette al MMG di pensare a prognosi peggiore non solo nei pazienti con insufficienza cardiaca, ma anche in soggetti a rischio, che non presentano ancora i sintomi.
- Poter valutare la troponina come valore prognostico additivo ed indipendente dagli altri fattori di rischio consente al MMG di aumentare la sua capacità di prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle loro complicanze.
- L'utilizzo del BNP e della troponina permettono al MMG di evidenziare il prima possibile la presenza sia di una disfunzione che di un danno.

CONCLUSIONI

Le patologie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di mortalità nei paesi industrializzati e la loro prevalenza è destinata a crescere costantemente con l'invecchiamento della popolazione. Le strategie di prevenzione si basano sull'identificazione e correzione dei fattori di rischio individuali congiuntamente alla capacità di prevedere un futuro evento cardiovascolare in persone apparentemente sane. Esiste la possibilità di misurare, con metodologia ad elevata sensibilità, valori significativi di un biomarcatore cardio-specifico rilasciato in caso di danno miocardico subclinico, denominato Troponina I ad elevata sensibilità. Si tratta di un esame del sangue semplice che, insieme ai risultati clinici e diagnostici, consente di intervenire precocemente sui pazienti ad alto rischio e potrebbe evitare esami non necessari in pazienti a basso rischio.

IL PANEL CONDIVIDE

- La troponina comporterà cambiamento radicale nella diagnosi precoce del paziente cronico.
- La stratificazione del rischio è fondamentale per riuscire a invertire il trend, in costante aumento, della mortalità per malattie cardiovascolari.
- La diagnostica con troponina può essere estremamente utile in oncologia per tenere sotto controllo i pazienti che assumono farmaci ad elevata tossicità a livello cardiaco.
- Obiettivo della medicina territoriale è creare un percorso di follow-up condiviso per i pazienti che hanno cardiopatie.
- Il ruolo delle Associazioni dovrà essere quello di informare e sensibilizzare la popolazione sui nuovi strumenti diagnostici a disposizione della Regione.
- Per utilizzare al meglio tecnologie di diagnosi bisogna favorire la comunicazione tra i vari attori del sistema.

ACTION POINTS

1. Trovare giusto inquadramento dei fattori predittivi all'interno del quadro diagnostico cardiologico.
2. Gli strumenti attualmente utilizzati per la stratificazione del rischio hanno delle forti limitazioni: bisogna scegliere i biomarcatori e i fattori di rischio più efficaci.
3. La nuova diagnostica con troponina può essere inserita all'interno dei PDTA per molte malattie croniche che molto spesso vengono accompagnate da eventi cardiaci assai gravi.
4. Grazie a questi nuovi strumenti diagnostici, i MMG possono cambiare il loro modo di agire passando da una medicina di attesa ad una medicina d'iniziativa.
5. Per garantire sostenibilità serve una riorganizzazione dei processi che permetta alle nuove tecnologie di emergere e di essere utilizzate in maniera semplificata ma al tempo stesso è indispensabile dismettere le tecnologie obsolete.

Sono intervenuti (i nomi riportati sono in ordine alfabetico):

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico

Fabiana Anastasio, Vice Presidente Federazione Associazioni Nazionali dei Diabetici (FAND)

Nadia Aspromonte, Fondazione Policlinico A.Gemelli, IRCCS Roma

Patrizia Carta, Dirigente Medicina Trasfusionale Centro qualificazione Biologica AO Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, Palermo

Sebastiano Cicco, Dirigente Medico UO Bacelli, Centro Ipertensione AOU Policlinico Bari

Giovanni Dirienzo, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Patologia Clinica ASL Bari

Daniela Santoro, Cardiologia Universitaria Policlinico di Bari

Angelo Testa, Presidente Sindacato Nazionale Autonomo dei Medici Italiani (SNAMI)

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Puglia***

Con il contributo non condizionante di:

