

Infarto miocardico e arteriopatia periferica: trattamento e prognosi a lungo termine

L'arteriopatia periferica (PAD) è una delle più rilevanti manifestazioni dell'aterosclerosi: in molte regioni del mondo è la malattia cardiovascolare più comune e globalmente si riscontra in circa il 20% degli individui di età superiore a 60 anni. Pur presentando un rischio equivalente a quello della coronaropatia (CAD), i dati epidemiologici suggeriscono la presenza di un gap consistente tra le raccomandazioni fornite delle linee guida e la pratica clinica del trattamento dei pazienti con PAD. Infatti, mentre l'incidenza di infarto miocardico (IM) e angina è in continua riduzione, quella di PAD è aumentata del 23% nell'ultimo decennio. Anche i dati di mortalità suggeriscono nel primo caso un trend in diminuzione, quando nel secondo si osserva una sostanziale stabilità negli ultimi 30 anni. Questi dati sono particolarmente evidenti nel sesso femminile, dove la diagnosi e il trattamento della CAD sono ormai equiparabili a quello del genere maschile, mentre la presenza di PAD è largamente sottovalutata.

In uno studio svedese gli autori hanno analizzato i dati provenienti da un registro nazionale, con l'intento di confrontare comorbidità, eventi cardiovascolari, mortalità e gestione terapeutica tra i pazienti ricoverati con diagnosi di IM o PAD, focalizzandosi sulle differenze di genere.

L'analisi finale è stata effettuata su 91808 pazienti con IM e 52408 pazienti con PAD. Nei due gruppi, rispettivamente IM e PAD, sono stati confrontati i seguenti aspetti:

- mortalità cardiovascolare a 12, 24, 36 mesi: 12.3%, 19.3%, 25.4% vs. 15.5%, 23.4%, 31.0%.
- prescrizione di aspirina alla dimissione: 89% vs. 65%
- prescrizione di statina alla dimissione: 74% vs. 53%

Per quanto riguarda il sottogruppo di pazienti con PAD, i soggetti di genere femminile rispetto alla controparte hanno presentato una minor presenza di comorbidità ed incidenza di eventi cardiovascolari (HR aggiustato per età 0.81, 95% CI 0.79–0.84), mortalità per causa cardiovascolare (0.78, 0.75–0.82) o per tutte le cause (0.78, 0.76–0.80).

Questi dati offrono diversi spunti di riflessione. Innanzitutto, la PAD sembra essere una condizione associata a un rischio di morte consistente, superiore a quello dell'IM. Sicuramente questo è in parte dovuto alla complessità clinica di questa popolazione, che presentava una maggior prevalenza di comorbidità come diabete, fibrillazione atriale, storia di ictus, insufficienza renale. In effetti anche la mortalità per cause non cardiovascolari era superiore rispetto alla popolazione con IM (per esempio quella secondaria a neoplasia per polmonare era del 24% vs 14%).

Tuttavia, anche se nei pazienti con IM la causa prevalente di mortalità resta sempre quella cardiovascolare (58% dei casi), la sua incidenza è inferiore rispetto a quella dei pazienti con PAD. Questo dato trova probabilmente riscontro nell'osservazione di una scarsa aderenza alle raccomandazioni di farmacoterapia preventiva in quest'ultima popolazione. In effetti, gli autori citano un recente lavoro svedese che mostra come il 40% della riduzione di mortalità osservata dopo IM nell'ultimo decennio sia attribuibile per almeno due terzi a valori inferiori di colesterolo, pressione arteriosa e riduzione dell'abitudine tabagica, tutti interventi che probabilmente modificherebbero anche la storia naturale della PAD. Una delle possibili spiegazioni di questo sotto-trattamento potrebbe essere riferibile alla difficoltà di indentificare una figura di riferimento per questo tipo di pazienti, spesso valutati da diversi specialisti che vanno dal chirurgo vascolare, al cardiologo, all'internista. Un altro dato interessante è che per entrambe le patologie la rivascularizzazione rappresenti in qualche modo un elemento facilitante la prescrizione di terapie farmacologiche preventive. Anche se questo può essere interpretato come conseguenza di una generale minor medicalizzazione di una popolazione verosimilmente più anziana e fragile, è necessario mantenere sempre alto il livello di attenzione sulla prevenzione di eventi a prescindere dalla strategia terapeutica invasiva.

Per quanto riguarda l'analisi di genere, il dato più rilevante riguarda l'osservazione che mentre le donne del gruppo IM avevano un maggior carico di comorbidità rispetto agli uomini, quelle del gruppo PAD, pur essendo più anziane, presentavano meno frequentemente aterosclerosi in altri distretti vascolari. Questo suggerisce come nel sesso femminile l'arteriopatia periferica, soprattutto a livello degli arti inferiori, possa essere uno dei primi distretti colpiti e che quindi meriti attenzione particolare nella valutazione del rischio cardiovascolare.

In conclusione, questo studio, pur con i limiti di un database basato sui codici di dimissione, allarga la prospettiva dell'estensione della malattia aterosclerotica e ha il merito di riportare l'attenzione sulla PAD, una manifestazione comune, ma sicuramente ancora sotto-diagnosticata e sotto-trattata rispetto al distretto coronarico e associata a un impatto prognostico negativo ancora significativamente elevato. Il riconoscimento di questa lacuna rappresenta il primo passo per aumentare l'aspettativa di vita di questo gruppo di pazienti, attraverso l'impostazione di programmi di screening personalizzati in base a sesso e comorbidità e soprattutto attraverso la stretta aderenza alle raccomandazioni comportamentali e terapeutiche di prevenzione primaria e secondaria.

Bibliografia

Sigvant, B., Hasvold, P., Thuresson, M., Jernberg, T., Janzon, M., & Nordanstig, J. (2019). Myocardial infarction and peripheral arterial disease: Treatment patterns and long-term outcome in men and women results from a Swedish nationwide study. *European Journal of Preventive Cardiology*. <https://doi.org/10.1177/2047487319893046>