

L'angio-TAC coronarica è ora da considerarsi come test diagnostico di scelta in pazienti con angina pectoris stabile? I risultati del follow-up a lungo termine dello studio SCOT-HEART.

Fonte: *N Engl J Med.* 2018 Sep 6;379(10):924-933

Durante lo scorso Congresso della Società Europea di Cardiologia, sono stati presentati, e contestualmente pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, gli interessanti risultati del follow-up a 5 anni dello studio SCOT-HEART.

In questo trial multicentrico, in aperto ed a gruppi paralleli, i cui primi risultati sono stati pubblicati nel 2015 sulla rivista *Lancet*, erano stati randomizzati 4146 pazienti ambulatoriali con sospetta angina stabile a gestione clinica standard più angio-tomografia computerizzata coronarica (CTCA) o sola gestione clinica standard, che comprendeva, a giudizio del clinico, eventuali successive indagini diagnostiche (imaging da stress o coronarografia invasiva) e terapia mirata in base al sospetto diagnostico. Scopo dello studio era stato quello di valutare gli effetti dell'impiego della CTCA sulla diagnosi, la gestione clinica e la prognosi. L'endpoint primario iniziale era costituito dalla certezza della diagnosi di angina secondaria a malattia coronarica (CAD) a 6 settimane, momento in cui il cardiologo sperimentatore rivalutava il paziente in base al risultato della CTCA (nel gruppo attivo) o in base all'evoluzione dei sintomi e allo score di rischio cardiovascolare ASSIGN (nel gruppo di controllo). A 6 settimane, la CTCA consentiva di riclassificare la diagnosi di angina dovuta a CAD in 481 (23%) pazienti, con una differenza significativa rispetto alla gestione clinica standard con cui venivano riclassificati rispettivamente solo 22 (1%) pazienti ($p < 0.0001$). La presenza di CAD da probabile o improbabile diveniva certa in 102 pazienti (5%), mentre veniva esclusa in 228 pazienti (11%). Ciò si traduceva in una variazione degli accertamenti pianificati con cancellazione di 121 stress test inizialmente raccomandati e in un aumento delle coronarografie (29 cancellate ma 94 nuovamente indicate). Nel gruppo con CTCA venivano anche messe in atto terapie preventive ed anti-anginose, con un aumento del tasso di rivascolarizzazioni coronariche. Il principale risultato a 6 settimane era stato la dimostrazione che la CTCA, grazie alla buona accuratezza nell'escludere o accertare la presenza di una CAD ostruttiva, è utile nello screening di pazienti con angina stabile, consentendo di modificare significativamente la gestione diagnostica e terapeutica.

Mentre però l'esclusione di una CAD ostruttiva può virtuosamente determinare una riduzione di coronarografie invasive aumentando il ricorso a terapia medica preventiva, la sua documentazione alla CTCA può aumentare il numero delle coronarografie invasive, riducendo il ricorso a stress imaging. Ciò sarebbe utile solo se si traducesse in rivascolarizzazioni appropriate, ovvero in presenza di una significativa ischemia inducibile, come attualmente raccomandato dalle linee guida.

Si attendevano dunque i dati a un follow-up più prolungato per meglio comprendere se i benefici della CTCA in termini di accuratezza diagnostica si traducevano in un vantaggio anche in termini prognostici. I risultati a 5 anni hanno dimostrato che le differenze precedentemente osservate nei tassi di esecuzione di coronarografie (HR 1.00; 95% CI 0.88-1.13) e procedure di rivascolarizzazione coronarica (HR 1.07; 95% CI 0.91-1.27) sparivano, c'era un maggior ricorso a terapie preventive nel gruppo CTCA, e soprattutto l'incidenza di morte per malattia coronarica o infarto miocardico non fatale risultava significativamente più basso nel gruppo CTCA rispetto al gruppo di controllo (2.3% contro 3.9%; HR 0.59; 95% CI 0.41-0.84; $P = 0.004$), differenza guidata prevalentemente da un minor numero di infarti non fatali. Questi risultati suggeriscono quindi che l'utilizzo della CTCA, comportando un miglioramento delle diagnosi di CAD, si traduca in un minor tasso di eventi avversi di natura cardiovascolare.

Da qui la domanda provocatoria di David Newby, nel concludere la sua presentazione dello studio: "La CTCA dev'essere considerata ora il gold-standard nei pazienti con sospetta angina?". La domanda è lecita, ma ancora senza risposta: ulteriori studi dovranno confermare l'ipotesi, e soprattutto identificare se siano più importanti ai fini prognostici le caratteristiche della placca, identificabili con tecniche di imaging anatomico, o le loro capacità di indurre ischemia, valutate con tecniche di imaging funzionale.