

Coronary artery calcium score (CAC) migliora la stratificazione del rischio cardiovascolare e l'indicazione alla terapia statinica

A cura di Ivana Pariggiano

Mahabadi AA, Mohlenkamp S, Lehmann N, et al. CAC score improves coronary and CV risk assessment above statin indication by ESC and AHA/ACC primary prevention guidelines. JACC: Cardiovasc Imaging 2016; DOI:10.1016/j.jcmg.2016.03.022. Abstract

Negli ultimi anni le conoscenze riguardo alla fisiopatologia dell'aterosclerosi hanno permesso una migliore caratterizzazione della placca aterosclerotica e la definizione del suo ruolo nella patologia cardiovascolare. Tra le diverse metodiche non invasive, il *coronary calcium score* (CAC), basato sulla quantificazione del calcio presente nell'albero coronarico attraverso la TC multistrato (MSCT), rappresenta uno strumento potenzialmente di grande utilità nel campo della prevenzione cardiovascolare.

Secondo uno studio pubblicato a settembre 2016 su JACC Cardiovascular Imaging, il CAC, insieme alle raccomandazioni delle linee guida, permette di migliorare la stratificazione del rischio di eventi coronarici, soprattutto in soggetti a rischio intermedio, e consente una migliore gestione della terapia ipolipemizzante in prevenzione primaria.

Mahabadi e colleghi hanno condotto uno studio che ha coinvolto 3745 individui reclutati tra il 2000 e il 2003. Hanno definito CAC come punto centrale di almeno 4 pixel contigui con una densità CT superiore a 130 unità Hounsfield. Il punteggio basale CAC era in doppio cieco.

Obiettivo dello studio è stato quello di quantificare le differenze tra i partecipanti nell'indicazione alla terapia statinica, secondo le raccomandazioni delle linee guida della American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) e quelle della Società Europea di Cardiologia (ESC).

Dei 3745 soggetti (età media 59,8, 53% donne) senza terapia ipolipemizzante o nota malattia cardiovascolare, 1288 (34,4%) soddisfacevano i criteri per la terapia con statine secondo le linee guida ESC, mentre 2101 (56,1%) rientravano in quelli delle linee guida AHA/ACC. Sono stati registrati 131 infarti (fatali o non fatali) durante un follow-up medio di 10,4 anni (tasso di eventi 3,5%), mentre si sono verificati 241 eventi cardiovascolari maggiori (tasso di eventi 6,43%). 60 partecipanti che presentarono eventi coronarici non rientravano nell'indicazione alla statina sotto le linee guida ESC, mentre solo 19 eventi si sono verificati tra i partecipanti senza indicazione a terapia statinica secondo l'AHA/ACC.

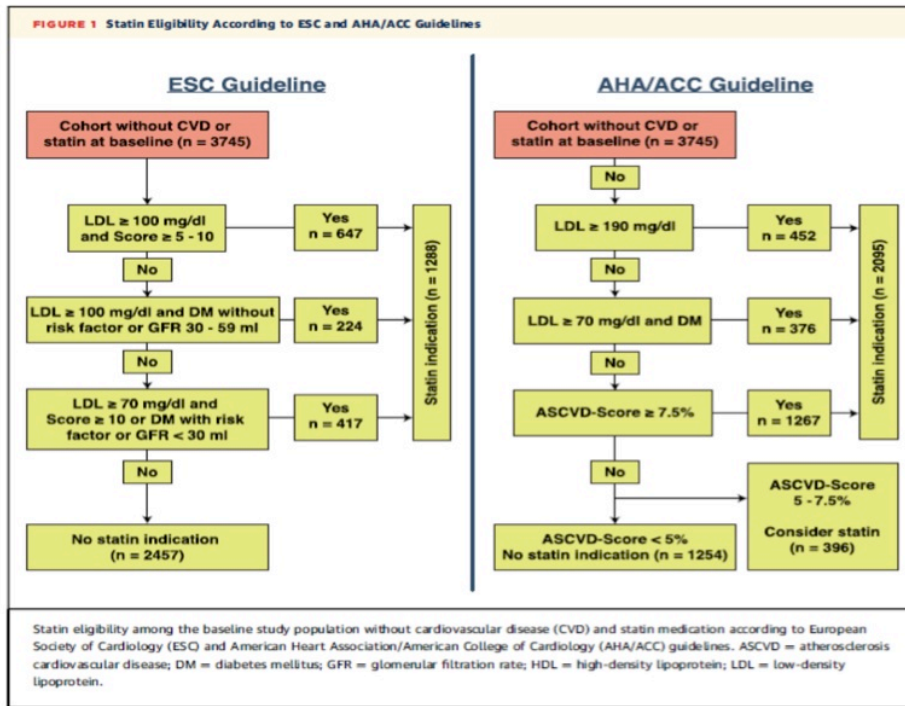
I ricercatori hanno rilevato che i partecipanti con CAC uguale o superiore a 400 hanno sperimentato una percentuale di eventi 10 volte maggiore rispetto ai partecipanti con un punteggio CAC pari a zero (tasso di eventi 12,6% vs 1,3%). La frequenza degli eventi è stata bassa (3,3% o inferiore) nei partecipanti il cui punteggio CAC era inferiore a 100.

I risultati dimostrano che, se il punteggio CAC viene applicato a sottogruppi specifici, può portare a un significativo miglioramento della previsione del rischio, e quindi a un'indicazione alla terapia ipolipemizzante adeguata.

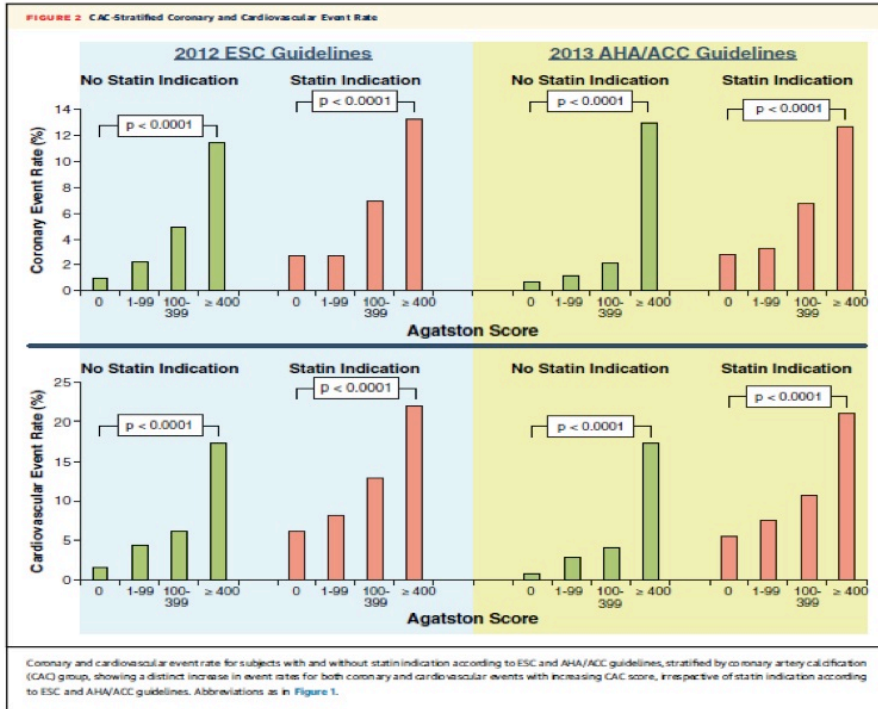
Il CAC può riclassificare il rischio cardiovascolare e diventare complementare ai tradizionali fattori di rischio coronarici, permettendo l'identificazione dei pazienti che sono veramente a basso rischio, pur avendo un'indicazione a terapia statinica secondo le nuove linee guida di prevenzione.

Dall'altro lato, un CAC score elevato nei soggetti con rischio cardiovascolare intermedio può prevedere una terapia con ipocolesterolemizzanti più aggressiva. Infine la possibilità di

monitorizzazione dei depositi calcifici coronarici potrebbe permettere di quantificare la progressione nel tempo della malattia aterosclerotica e di verificare l'efficacia della terapia ipocolesterolemizzante.



Mahabadi AA et al. JACC Cardiovasc Imaging 2016;



Mahabadi AA et al. JACC Cardiovasc Imaging 2016;