

# Linee guida ESC 2015 per la diagnosi e la terapia delle malattie pericardiche: cosa dovrebbe cambiare nel nostro approccio clinico?

Massimo Imazio<sup>1</sup>, Antonio Brucato<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Maria Vittoria, e Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi, Torino

<sup>2</sup>Medicina Interna, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo

G Ital Cardiol 2015;16(12):672-674

Le malattie pericardiche sono relativamente comuni nella pratica clinica e possono presentarsi come un processo patologico isolato o come parte di una malattia sistemica. Proprio per questo motivo sono spesso "al confine della cardiologia" per le competenze specifiche e sono spesso gestite in collaborazione da più specialisti (cardiologo, cardiocirurgo, medico internista, reumatologo, pneumologo, infettivologo, oncologo, nefrologo). La scarsità dei dati epidemiologici e dei trial clinici ha fatto sì che le malattie pericardiche fossero spesso gestite empiricamente e rappresentassero la "Cenerentola" della patologia cardiovascolare, spesso trascurate nei percorsi formativi universitari e post-universitari.

Fortunatamente sono tornate alla ribalta con la pubblicazione delle prime linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) nel 2004<sup>1</sup>. Dal 2004 a oggi sono stati pubblicati molti nuovi dati con i primi studi prospettici di coorte con oltre 100 pazienti, nonché i primi trial randomizzati<sup>2-25</sup>, e questo ha reso necessario non solo un processo di revisione delle precedenti linee guida ma la stesura di una vera e propria nuova edizione presentata quest'anno al Congresso ESC 2015 a Londra<sup>26</sup> e tradotta in italiano in questo stesso fascicolo del *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Le nuove linee guida hanno come scopo principale il miglioramento e la razionalizzazione della gestione clinica e sono "vere linee guida per la pratica clinica" che sarà probabilmente influenzata e modificata da quanto proposto. Scopo di questo editoriale è analizzare brevemente la struttura del documento e le principali novità, e come queste cambieranno la pratica clinica quotidiana.

## STRUTTURA

Le precedenti linee guida ESC del 2004<sup>1</sup> sono state elaborate in due versioni: un riassunto esecutivo di 24 pagine pubblicato su

*European Heart Journal* e una versione più estesa di 28 pagine disponibile solo online. Le precedenti linee guida contenevano una breve introduzione con lo scopo principale di elencare le possibili eziologie e proporre una classificazione delle malattie pericardiche. Seguiva una prima parte dedicata alle sindromi pericardiche ed una seconda alle forme specifiche. L'obiettivo principale delle linee guida ESC 2004 è stato la ricerca eziologica e la diagnosi eziologica "ad ogni costo", anche con esami invasivi con un potenziale limitato impatto clinico (es. pericardiocentesi estensiva e biopsia pericardica) ma non esenti da possibili complicanze soprattutto se eseguiti in centri con esperienza limitata.

Le nuove linee guida ESC 2015 sono composte esclusivamente da un'unica versione di 44 pagine con l'aggiunta di un'espansione online contenente ulteriori tabelle e figure per approfondire aspetti specifici dell'eziologia, diagnosi e terapia. La struttura è più complessa e riflette l'enorme mole di nuovi dati resi disponibili dopo il 2004, che consentono di affrontare su di una base più razionale e basata sull'evidenza la diagnosi e la terapia di queste patologie.

Le linee guida comprendono una breve introduzione con l'eziologia, i primi dati epidemiologici disponibili, le sindromi pericardiche principali (pericardite, versamento pericardico, tamponamento cardiaco e pericardite costrittiva), nuove sezioni sull'imaging integrato delle malattie pericardiche (ecocardiografia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica cardiaca, cateterismo cardiaco), la proposta di un iter diagnostico da applicare nella pratica clinica quotidiana e mirato all'identificazione delle principali eziologie che possono richiedere un trattamento specifico (tubercolosi, infezioni batteriche, neoplasie, malattie autoimmuni), le forme specifiche, nuove sezioni sulle peculiarità di diagnosi e trattamento nelle età della vita (bambini ed anziani) e durante gravidanza ed allattamento, le tecniche interventistiche e la cardiocirurgia. La parte finale è dedicata agli aspetti ancora "oscuri" e a quale sia la verosimile evoluzione delle conoscenze e degli studi nei prossimi anni. Vengono infine presentate le raccomandazioni essenziali, ossia cosa fare e non fare nelle condizioni più comuni e secondo le maggiori innovazioni. L'obiettivo principale di queste linee guida è offrire strumenti concreti per avviare il triage e selezionare i pazienti ad alto rischio da ricoverare e studiare in modo più estensivo rispetto alla grande maggioranza di individui a basso rischio che non richiedono ospedalizzazione e terapie specifiche. Il tutto è corredato da evidenze pubblicate e

© 2015 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 09.11.2015; accettato 16.11.2015.

Gli autori dichiarano di essere membri della Task Force ESC che ha redatto le linee guida 2015 per la diagnosi e la terapia delle malattie del pericardio.

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Per la corrispondenza:

**Dr. Massimo Imazio** Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Maria Vittoria, e Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Via Luigi Cibrario 72, 10141 Torino  
e-mail: massimo\_imazio@yahoo.it

## LINEE GUIDA ESC 2015 SULLE PATOLOGIE PERICARDICHE: COSA CAMBIA?

non solo dall'opinione degli esperti come nelle precedenti linee guida del 2004.

### PRINCIPALI NOVITÀ

Le nuove linee guida presentano i primi dati epidemiologici resi disponibili e definiscono le principali sindromi pericardiche fornendo chiari criteri diagnostici clinici per la diagnosi di pericardite. Vengono inoltre forniti strumenti clinici per l'identificazione e il triage della pericardite e del versamento pericardico in modo da ridurre le ospedalizzazioni e gli accertamenti diagnostici non necessari o con scarso impatto sulla successiva terapia. La terapia medica viene completamente rivista ed aggiornata alla luce dei trial clinici e degli studi osservazionali. Viene definita la durata della terapia, la possibilità di una graduale riduzione della posologia e il trattamento in situazioni particolari (bambini, gravidanza, anziani, pazienti con patologia renale od epatica). In sintesi le principali novità includono:

1. criteri diagnostici per pericardite acuta e ricorrente,
2. triage della pericardite,
3. nuovi schemi di terapia per la pericardite acuta e ricorrente e ruolo della terapia individualizzata,
4. ruolo della restrizione dell'attività fisica,
5. classificazione semi-quantitativa dei versamenti pericardici,

6. triage del versamento pericardico,
7. triage del tamponamento cardiaco,
8. concetto di pericardite costrittiva reversibile (se dovuta alla fase di infiammazione pericardica),
9. ruolo dell'imaging multimodale e proposta di un algoritmo diagnostico guidato dalla valutazione clinica con una ricerca diagnostica ed eziologica mirata,
10. schemi di terapia per bambini e donne in gravidanza e durante l'allattamento.

### COSA CAMBIA O POTREBBE CAMBIARE NELLA PRATICA CLINICA

Queste nuove linee guida consentono una gestione e un trattamento meno empirico delle patologie pericardiche, permettendo una maggiore standardizzazione delle definizioni e delle terapie. Viene inoltre ridotto il ricorso indiscriminato all'ospedalizzazione e all'utilizzo della diagnostica non guidata dal giudizio clinico. Ovviamente anche queste linee guida non rappresentano un punto finale di arrivo ma sono il punto di partenza per migliorare ulteriormente la diagnosi e la terapia di queste patologie sulla base di un approccio futuro più scientifico alla loro gestione clinica e meno basato sull'opinione degli esperti.

### BIBLIOGRAFIA

1. Maisch B, Seferovi PM, Risti AD, et al.; Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary; The Task Force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2004;25:587-610.
2. Imazio M, Cecchi E, Demichelis B, et al. Myopericarditis versus viral or idiopathic acute pericarditis. *Heart* 2008;94:498-501.
3. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, et al. Day-hospital treatment of acute pericarditis: a management program for outpatient therapy. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:1042-6.
4. Imazio M, Cecchi E, Demichelis B, et al. Indicators of poor prognosis of acute pericarditis. *Circulation* 2007;115:2739-44.
5. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, et al. Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis: results of the COLchicine for acute PERicarditis (COPE) trial. *Circulation* 2005;112:2012-6.
6. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al.; ICAP Investigators. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. *N Engl J Med* 2013;369:1522-8.
7. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, et al. Colchicine as first-choice therapy for recurrent pericarditis: results of the CORE (COLchicine for REcurrent pericarditis) trial. *Arch Intern Med* 2005;165:1987-91.
8. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al.; CORP (COLchicine for Recurrent Pericarditis) Investigators. Colchicine for recurrent pericarditis (CORP): a randomized trial. *Ann Intern Med* 2011;155:409-14.
9. Imazio M, Belli R, Brucato A, et al. Efficacy and safety of colchicine for treatment of multiple recurrences of pericarditis (CORP-2): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2014;383:2232-7.
10. Imazio M, Trincherò R, Brucato A, et al.; COPPS Investigators. COLchicine for the Prevention of the Post-pericardiotomy Syndrome (COPPS): a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Heart J* 2010;31:2749-54.
11. Imazio M, Brucato A, Ferrazzi P, et al.; COPPS-2 Investigators. Colchicine for prevention of postpericardiotomy syndrome and postoperative atrial fibrillation: the COPPS-2 randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312:1016-23.
12. Meurin P, Tabet JY, Thabut G, et al.; French Society of Cardiology. Nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment for postoperative pericardial effusion: a multicenter randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med* 2010;152:137-43.
13. Meurin P, Lelay-Kubas S, Pierre B, et al.; French Society of Cardiology. Colchicine for postoperative pericardial effusion: a multicentre, double-blind, randomised controlled trial. *Heart* 2015;101:1711-6.
14. Mayosi BM, Ntsekhe M, Bosch J, et al.; IMPI Trial Investigators. Prednisolone and Mycobacterium indicus pranii in tuberculous pericarditis. *N Engl J Med* 2014;371:1121-30.
15. Kytö V, Sipilä J, Rautava P. Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis. *Circulation* 2014;130:1601-6.
16. Shakti D, Hehn R, Gauvreau K, Sundel RP, Newburger JW. Idiopathic pericarditis and pericardial effusion in children: contemporary epidemiology and management. *J Am Heart Assoc* 2014;3:e001483.
17. Raatikka M, Pelkonen PM, Karjalainen J, Jokinen E. Recurrent pericarditis in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:759-764.
18. Gouriet F, Levy PY, Casalta JP, et al. Etiology of pericarditis in a prospective cohort of 1162 cases. *Am J Med* 2015;128:784.e1-8.
19. Imazio M, Brucato A, Barbieri A, et al. Good prognosis for pericarditis with and without myocardial involvement: results from a multicenter, prospective cohort study. *Circulation* 2013;128:42-9.
20. Imazio M, Brucato A, Cumetti D, et al. Corticosteroids for recurrent pericarditis: high versus low doses: a nonrandomized observation. *Circulation* 2008;118:667-71.
21. Imazio M, Brucato A, Maestroni S, et al. Prevalence of C-reactive protein elevation and time course of normalization in acute pericarditis: implications for the diagnosis, therapy, and prognosis of pericarditis. *Circulation* 2011;123:1092-7.
22. Imazio M, Brucato A, Maestroni S, et al. Risk of constrictive pericarditis after acute pericarditis. *Circulation* 2011;124:1270-5.
23. Imazio M, Brucato A, Adler Y, et al. Prognosis of idiopathic recurrent pericardi-

**M IMAZIO, A BRUCATO**

tis as determined from previously published reports. *Am J Cardiol* 2007;100:1026-8.

**24.** Imazio M, Lazaros G, Picardi E, et al. Incidence and prognostic significance of new onset atrial fibrillation/flutter in acute pericarditis. *Heart* 2015;101:1463-7.

**25.** Imazio M, Brucato A, Pluymaekers N, et al. Recurrent pericarditis in children and adolescents: etiology, presentation, therapies, and outcomes. A multicenter cohort study. *J Cardiovasc Med* 2015, in press.

**26.** Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and

management of pericardial diseases: the Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2015;36:2921-64.