ECG da sforzo dopo bypass coronarico? Dipende

Data 25 luglio 2025
Categoria cardiovascolare

Dopo un bypass coronarico va richiesto un ECG da sforzo?

Ieri al bar dell'ospedale ho incontrato una collega medica di famiglia. Ci siamo messi a discutere di casi clinici e a un certo punto mi ha chiesto un parere. Un suo paziente di 72 anni, sottoposto circa 6 anni fa a bypass coronarico, ha appena eseguito un controllo cardiologico e lo specialista non ha ritenuto opportuno prescrivere un ECG da sforzo perchè in quel caso non era consigliato dalle linee guida. La collega mi ha chiesto se era vero. Ho voluto sapere un po' di più del quadro clinico. Il paziente sta bene, non ha sintomi, non è diabetico e non ha mai fumato. Un ecocardiogramma eseguito un po' di tempo fa mostrava una frazione di eiezione del 56%. Quasi ogni giorno il paziente cammina a passo veloce per circa 7 km, ha una PA mediamente di 120/70 e una frequenza cardiaca variabile da 55 a 70 bpm a seconda del momento della giornata. Assunse ASA, atorvastatina 80 mg, ramipril 5 mg e lansoprazolo 15mg.
Non sapevo rispondere sul momento se il cardiologo fosse o meno nel giusto, ma avevo con me uno smartphone neppure troppo recente. In due minuti ho avuto la soluzione. Come? Semplicemente chiedendo a un chatbot di Intelligenza Artificiale. E
Ecco la sua risposta, molto argomentata.

Il cardiologo ha ragione. Le linee guida internazionali ed italiane attuali, incluse quelle della Società Europea di Cardiologia (ESC) e quelle italiane (come quelle di ANMCO/SICI-GISE), tendono a non raccomandare routinariamente l'ECG da sforzo o altri test di stress in pazienti asintomatici dopo un bypass coronarico (CABG) o angioplastica (PCI), soprattutto se il paziente sta bene e non presenta sintomi suggestivi di ischemia.

Ecco i punti chiave che supportano l'affermazione del cardiologo:

1. Basso rendimento diagnostico in pazienti asintomatici: La ricerca ha dimostrato che il test da stress di routine in pazienti asintomatici dopo CABG ha un basso valore diagnostico e può portare a test aggiuntivi non necessari e, potenzialmente, a procedure invasive non giustificate.

2. Focus sulla gestione dei sintomi: Le linee guida si concentrano sulla gestione dei sintomi. Se un paziente è asintomatico e ha una buona capacità funzionale (come nel caso descritto, con 7 km di camminata 5 volte a settimana), non c'è una chiara indicazione per un test da sforzo di routine.

3. Importanza della terapia medica ottimale e del controllo dei fattori di rischio: L'enfasi è posta sulla continuazione di una terapia medica ottimale (come l'atorvastatina, l'ASA, il ramipril che il paziente già assume) e sulla rigorosa gestione dei fattori di rischio cardiovascolare (il paziente ha PA 120/70, non è diabetico e non ha mai fumato, il che è eccellente).

4. Monitoraggio clinico: Un attento follow-up clinico con anamnesi ed esame obiettivo è considerato più prezioso per monitorare questi pazienti. Il test da sforzo viene riservato per i pazienti che sviluppano sintomi ricorrenti suggestivi di ischemia (come dolore al petto, affanno sotto sforzo o affaticamento inspiegabile).

Studi a supporto: Studi come l'ISCHEMIA trial e il POST-PCI RCT hanno mostrato che non c'è beneficio nel test da stress di routine in pazienti asintomatici.

In sintesi, il paziente ha un quadro clinico molto favorevole: assenza di sintomi, buona capacità funzionale, fattori di rischio ben controllati e terapia farmacologica appropriata. In questa situazione, le linee guida supportano la decisione del cardiologo di non eseguire un ECG da sforzo di routine, riservandolo solo in caso di comparsa di nuovi sintomi o peggioramento di quelli esistenti.

Renato Rossi in collaborazione di Google Gemini

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 23/11/2026 alle ore 18:56 | Pagina 1 di 1