Nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare secondaria

Data 31 marzo 2012
Categoria cardiovascolare

L'American College of Cardiology (ACC) e l'American Heart Association (AHA) hanno pubblicato le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare secondaria, da applicare ai pazienti con cardiopatia ischemica o altre malattie aterosclerotiche, comprese le arteriopatie periferiche.
Le precedenti risalivano al 2006.

Nel box sottostante sono riassunte le principali raccomandazioni.

Bisogna raccomandare al paziente di smettere di fumare e di evitare il fumo passivo e consigliare uno stile di vita sano: ridotta assunzione di sodio, controllo del peso, aumento dell'attività fisica (almeno 30 minuti per 5 giorni alla settimana - meglio se 7 giorni - di attività fisica moderata come per esempio camminata veloce), uso moderato di alcolici, aumento della assunzione di frutta e verdura fresche e di prodotti a basso contenuto di grassi.

Il target di pressione arteriosa è fissato a valori inferiori a 140/90 mmHg; i farmaci consigliati sono, in primis, betabloccanti e farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina (a cui eventualmente aggiungere altri ipotensivi necessari per arrivare al target pressorio).
Un antialdosteronico è consigliato nei pazienti con pregresso infarto già in terapia con un aceinibitore e betabloccante, nei pazienti con diabete, funzione ventricolare sinistra inferiore o uguale al 40%, scompenso cardiaco.

Il colesterolo LDL deve essere inferiore a 100 mg/dL (inferiore a 70 mg/dL se rischio molto elevato). Se trigliceridi >/= 200 mg/dL arrivare a valori di colesterolo non HDL inferiore a 130 mg/dL (inferiore a 100 mg/dL se rischio molto elevato).
I farmaci consigliati sono in primis le statine a una dose tale da arrivare a colesterolo LDL < 100 mg/dL e a una riduzione di almeno il 30% del valore di colesterolo LDL. Se trigliceridi >/= 200 mg/dL: una statina alla dose tale da arrivare a valori di colesterolo non HDL inferiori a 130 mg/dL. Se trigliceridi >/= 500 mg/dl aggiungere alla statina un fibrato per evitare una pancreatite acuta.
Se la statina non suffuciente è ragionevole aggiungere un sequestrante gli acidi biliari oppure niacina. Nel caso di intolleranza alla statina si possono usare un sequestrante gli acidi biliari e/o la niacina. Se terapia con statina/sequestrante gli acidi biliari/niacina non tollerata e/o non sufficiente ragionevole usare ezetimibe.
In tutti i pazienti ragionevole consigliare l'assunzione di omega 3 (1g/die).

Nel caso sia presente un diabete può essere consigliato un target di emoglobina glicata inferiore o uguale al 7%. Tuttavia valori meno stringenti possono essere considerati in pazienti con storia di gravi crisi ipoglicemiche, ridotta aspettativa di vita, importante comorbilità, complicanze micro e macrovascolari già presenti, difficoltà a arrivare al target desiderato nonostante una terapia ipoglicemizzante intensiva.

In tutti i pazienti deve essere usato un antiaggregante: ASA alla dose di 75-162 mg/die (se non tollerato o controindicato: clopidogrel 75 mg/die).
Nei pazienti con stent metallico o medicato: ASA associato ad un antagonista del recettore P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) per almeno 12 mesi.
Nei pazienti con ictus ischemico o TIA: ASA, clopidogrel o associazione ASA + dipiridamolo a rilascio modificato.
Nei pazienti con bypass coronarico: ASA (clopidogrel se ASA non tollerato o controindicato).
Nei pazienti con arteriopatia periferica: ASA o clopidogrel.
Se vi sono indicazioni obbligate alla terapia anticoagulante (fibrillazione atriale, protesi valvolari, tromboembolismo venoso): warfarin associato a basse dosi di ASA (75-81 mg/die).
L'associazione ASA (75-162 mg/die) e clopdidogrel (75 mg/die) può essere presa in considerazione nei pazienti con malattia coronarica stabile.

Ogni anno è consigliata la vaccinazione antinfluenzale.

Nei pazienti con recente infarto o bypass coronarico è utile eseguire uno screening della depressione. I farmaci antidepressivi non migliorano gli esiti cardiovascolari, ma è il loro uso è utile per i benefici su altri esiti clinici.

Opportuno programmare una riabilitazione cardiaca dopo un ricovero per sindrome coronarica acuta, PCI o bypass coronarico. Utile anche in caso di angina cronica e arteriopatia periferica.

Fonte:

Smith S, Benjamin E, Bonow R, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. Circulation. 2011; DOI:10.1161/CIR.0b013e318235eb4d

Commento di Renato Rossi

Come si può vedere dalla breve sintesi presentata in questa pillola non ci sono novità eclatanti.
Le maggiori ci sembrano:
1) l' aver recepito i risultati di alcuni studi recenti circa l'uso di nuovi antiaggreganti come il prasugrel e il ticagrelor
2) l' aver ricordato al medico che spesso il paziente, dopo un evento cardiaco, può presentare un quadro depressivo che può essere misconosciuto se non ricercato
3) l' aver introdotto nelle linee guida un paragrafo sulla riabilitazione cardiaca.

Le raccomandazioni sono presentate in una forma ben comprensibile e permettono al medico di avere un quadro riassuntivo delle principali misure da prendere nei pazienti con cardiopatia ischemica, pregresso ictus o altre malattie aterosclerotiche. Sono semplici da usare, scritte con un linguaggio adatto al medico pratico che ha poco tempo per aggiornarsi e non può, ovviamente, dedicarsi alla lettura di pagine e pagine di testo.

Ad ogni raccomandazione viene attribuito un determinato livello di evidenza e vengono richiamate le voci bibliografiche che la supportano.
Il medico potrà così discernere quali sono i provvedimenti che si basano su dati di letteratura robusti come per esempio RCT di buona qualità o metanalisi di RCT (livello di evidenza A) e quali quelli che sono consigliati per esempio sulla base del consenso tra esperti (livello di evidenza C).
Inoltre per ogni raccomandazione viene specificata la classe. Così una raccomandazione di classe I è una raccomandazione forte che dovrebbe senza dubbio essere messa in pratica, una raccomandazione di classe IIa è meno forte, ma è ragionevole implementarla, una di classe IIb è ancora più debole ma può venir presa in considerazione. Infine una raccomandazione di grado III significa che l'intervento è inutile o dannoso.
Per esempio il target di colesterolo LDL inferiore a 70 mg/dL nei pazienti a rischio molto elevato è una raccomandazione di classe IIa con grado di evidenza C.
Per questi motivi riteniamo utile che i lettori facciano riferimento alle linee guida originali.
La consultazione è libera e gratuita e non richiede particolari procedure nè registrazioni.

Commento di Luca Puccetti

Ancora una volta si sottolinea il valore del raggiungimento dei target di colesterolo, nonostante le ultime evidenze sul rischio di insorgenza di nuovi casi di diabete in soggetti trattati con dosi elevate di statine.
Il problema è che la relazione tra colesterolemia LDL e mortalità è dubbio che sia log-lineare, come evidenziato da A. Battaggia. Non sono bastate numerose metanalisi e revisioni sistematiche per chiarire questo aspetto. Anche ammesso che così sia non ci sono prove che abbassare la colesterolemia senza le statine porti a vantaggi in termini di eventi. Si è sempre accettato che se la colesterolemia è in relazione loglineare con la mortalità cardiovascolare allora abbassando la colesterolemia si riduca la mortalità. A parte i rari esempi di studi in cui si sia raggiunto un significativo e duraturo dimagrimento, in cui oltre alla riduzione del colesterolo cambiano molti altri parametri, la stragrande maggioranza degli studi di intervento ha usato le statine per abbassare la colesterolemia. Le statine oltre che sul colesterolo esercitano molti altri effetti, che, quando conveniva a taluni, sono stati anche stressati per poi essere poi abbandonati a favore della totemizzazione dell'effetto sul colesterolo. Alla luce dei dati analizzati recentemente dalla FDA (1) emerge che le statine, specie ad a dosi elevate, sembrano indurre un aumento dell'insorgenza di nuovi casi di diabete. Anche se il rapporto rischio beneficio delle statine in prevenzione secondaria è certamente favorevole, tuttavia sarebbe opportuna maggiore cautela nell'indicare obiettivi di riduzione di colesterolemia così importanti, giacchè, quasi sempre essi sono ottenibili solo con dosi elevate di statine. Pur non sapendo quali siano le conseguenze a lungo termine in termini di mortalità e morbilità relativamente ai nuovi casi di diabete in corso di trattamento con statine, tuttavia ci sembra di poter richiamare ad una maggiore cautela nel trattare aggressivamente, con elevate dosi di statine, anche i pazienti in prevenzione cardiovascolare secondaria e non solo quelli in pfrevenzione primaria. Non è chiaro, ad esempio, se un trattamento con statine a dosi meno elevate possa avere un profilo globale più favorevole, come risultante dell'azione sul colesterolo, degli effetti pleiotropi e dell'insorgenza dei nuovi casi di diabete.

Riferimenti

1) FDA Drug Safety Communication: Important safety label changes to cholesterol-lowering statin drugs. Safety Announcement 28 febbraio 2012.