Le nuove linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare

Data 07 ottobre 2012
Categoria cardiovascolare

La Società Europea di Cardiologia e altre nove società scientifiche hanno aggiornato le precedenti linee guida sulla prevenzione cardiovascolare, risalenti al 2007.

Le nuove raccomandazioni si basano sulle conoscenze acquisite nel corso degli ultimi anni, analizzate in maniera rigorosa . Tra le società scientifiche coinvolte figura, come nelle precedenti, la Società Europea della Medicina Generale (WONCA). Oltre alle abituali classi di raccomandazione e livelli di evidenza, spesso di non agevole adattamento alla pratica quotidiana, è prevista una sintesi delle evidenze che comprende due sole categorie, debole o forte.
In questa sede vengono elencati alcuni degli aggiornamenti più pertinenti alla Medicina Generale. Per un maggiore approfondimento si rimanda al testo originale, al momento disponibile solo in inglese.

Nella stratificazione del rischio viene confermato il modesto contributo di PCR e omocisteina mentre vengono presi in considerazione come fattori di rischio cardiovascolare alcune condizioni a diversa prevalenza e rilevanza clinica:

 malattia renale cronica
 sindrome delle apnee ostruttive
 disfunzione erettile
 malattie autoimmuni (artrite reumatoide, lupus e psoriasi grave)
 parodontopatie
 pregressa radioterapia (linfomi, neoplasie mammarie, tumori di testa- collo)
 trapianto di cuore

A proposito dei classici fattori di rischio, si ribadisce l'associazione tra sovrappeso/obesità e mortalità, cardiovascolare e per tutte le cause. Peraltro viene riportato il cosiddetto "paradosso dell'obesità", cioè la protezione di questa nei confronti di una prognosi avversa nei pazienti affetti da coronaropatie. Viene inoltre sottolineata la mancata dimostrazione del vantaggio predittivo delle misure di adiposità locale (circonferenza vita, rapporto vita-fianchi) rispetto alBMI.

Viene confermata la scarsa indipendenza predittiva dei trigliceridi, la cui associazione con il rischio cardiovascolare non persiste dopo aggiustamento per altri fattori di rischio, soprattutto il colesterolo HDL. I trigliceridi postprandiali ("non fasting") avrebbero una maggiore associazione ma la loro misurazione non è standardizzata. Per i trigliceridi, e anche per il colesterolo HDL, non sono disponibili valori target di riferimento. Il colesterolo non HDL (colesterolo totale – colesterolo HDL) ha un valore predittivo simile o anche migliore del colesterolo LDL ed è dosabile anche in presenza di elevati valori dei trigliceridi (> 400 mg/dL).

Notevole importanza viene attribuita ai fattori psicosociali: basso stato socio-economico, isolamento sociale, stress, depressione, stato di ansia, atteggiamento ostile e personalità di tipo D ("distressed"). Queste condizioni, spesso variamente associate, sono considerate fattori di rischio e dovrebbero essere valutate con metodologia appropriata e gestite con interventi specifici in collaborazione con personale specializzato.

Da segnalare la puntualizzazione sull'inizio della terapia anti-ipertensiva negli ipertesi di grado 1: anche se viene ammessa la scarsa evidenza fornita dai trial, nei soggetti a rischio moderato o basso la terapia farmacologica, in caso di persistenza dei valori aumentati dopo monitoraggio rispettivamente per settimane o mesi, viene considerata utile per evitare lo svilupparsi del danno d'organo (o di eventi clinici) e dover quindi trattare una condizione di rischio alto o molto alto.

A causa del rischio emorragico le linee guida non ritengono indicata la terapia con ASA in prevenzione primaria, anche neidiabetici.

Commento di Giampaolo Collecchia

Un aspetto innovativo è l'enfasi sui fattori psicosociali, anche se al momento, nella maggior parte delle nostre realtà, è difficilmente realizzabile una gestione complessa come quella proposta. Peraltro il MMG è a conoscenza della presenza o meno di una rete sociale di supporto (nucleo familiare, parenti, badanti, amici), delle caratteristiche socio-demografiche (indigenza, abitazione scadente, disoccupazione, scarsa igiene personale) e degli aspetti psicologici negativi (depressione, ostilità, livello di stress) dei propri assistiti. E'pertanto possibile accogliere la raccomandazione di considerare tali condizioni, nella valutazione almeno qualitativa del rischio cardiovascolare, come veri e propri fattori di rischio e cominciare ad acquisire competenze professionali e organizzative specifiche.

Le puntualizzazioni sulle misure della circonferenza vita tranquillizzano tutti coloro che hanno difficoltà ad ottenerle nella pratica quotidiana. Si inseriscono in un ridimensionamento dell'importanza della sindrome metabolica che, da quando

l'AIFA ha disposto il divieto di vendita del rimonabant per gravi disturbi di tipo psichiatrico (depressione con aumento del rischio di suicidio, ansia, disturbi del sonno, aggressività), riceve un'attenzione molto minore, tanto da far rievocare i giudizi impietosi della rivista francese Prescrire: "Syndrome métabolique: une construction artificielle inutile" e di GM Reaven, padre del concetto di Sindrome X : "The metabolic syndrome: requiescat in pace" .

A proposito della terapia anti-ipertensiva le problematiche relative al grado 1 sono già state trattate anche recentemente in questa sede . Nelle forme a rischio basso-moderato la raccomandazione proposta, definita prudente dagli autori, è soprattutto "opinion based". Trattare una ipertensione quando si è sviluppato un danno d'organo è sicuramente tardi, il rischio infatti rimane alto a causa della mancata regressione completa delle alterazioni subcliniche. D'altra parte, non si può nemmeno subire la suggestione della polypill e trattare tutti . Per rispondere scientificamente alla domanda occorrerebbero trial controllati con placebo la cui realizzazione pratica è improbabile.

Commento di Alessandro Battaggia

Una linea guida ben fatta deve basarsi su una revisione sistematica della letteratura (vedasi ad esempio NICE, SIGN etc). Il documento ESC non fa cenno alcuno alla metodologia con cui sono state trovate e selezionate le evidenze su cui sono state costruite le singole raccomandazioni, per cui in nessun modo è
possibile verificare se la ricerca è stata esaustiva e se la selezione delle evidenze è stata obiettiva. Al link a cui il lettore viene rimandato nel documento, viene genericamente consigliato che la ricerca bibliografica "deve essere più estensiva possibile " : tuttavia il lettore non è messo nelle condizioni, come dovrebbe, di poterne ripercorrere le tappe . Ciò non giova alla trasparenza delle informazioni contenute nella Linea Guida.
La qualità delle evidenze (comunque selezionate) è stata valutata con la metodica descritta nel testo e anche con il metodo GRADE. Nessun commento viene però dedicato alla tipologia delle letteratura di volta in volta citata a sostegno delle singole raccomandazioni, che andrebbe invece discussa nei dettagli (Vedi NICE, vedi SIGN). A pagina 164 gli autori dichiarano che gli esperti che hanno formulato le raccomandazioni hanno considerato il rapporto rischio-beneficio delle stesse ma l' argomento non viene dettagliato in modo sistematico per le singole raccomandazioni .Al link a cui il lettore viene rimandato si afferma che la linea guida dopo la produzione viene visionata da revisori esterni (nessun cenno sulle modalità). Nessun cenno specifico è rinvenibile nel documento sulla procedura seguita per un eventuale aggiornamento. Al link a cui si rimanda, genericamente, si parla della necessità di aggiornare ogni linea guida ogni 4 anni
La Linea guida non esplicita i conflitti di interesse dei redattori. Il documento fornisce un link che rimanda a un altro documento ESC sui metodi di costruzione delle linee guida ESC. In tale documento si sostiene che il gruppo di lavoro non può essere finanziato da organismi estranei a ESC e che le spese sostenute sono tutte finanziate da ESC. Tuttavia ESC è finanziata a propria volta dall' Industria farmaceutica (vedi Eur Heart J (2012) 33(5): 666-674). A pagina 2 il documento sostiene che nel sito ESC sono disponibili queste informazioni (aggiornate) per il "writing panel" , ma in realtà non si trova nulla.

Referenze

1) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. http://goo.gl/G9VGU

2) Syndrome métabolique: une construction artificielle inutile. Rev Prescrire 2006; 26: 444-7

3) The metabolic syndrome: requiescat in pace. Reaven GM. Clin Chem 2005; 51: 930-931

4) http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5576

5) http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=5558