Nuove linee guida sul trattamento dell'ipercolesterolemia: tramontano i target di colesterolo LDL

Data 24 novembre 2013
Categoria cardiovascolare

Sono state pubblicate le nuove linee guida sul trattamento dell'ipercolesterolemia da parte dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology.

Questa testata ha più volte espresso dubbi sulla strategia di trattamento dell'ipercolesterolemia che prevede il raggiungimento di determinati target di colesterolo LDL.

Le perplessità nascono soprattutto dal fatto che nessuno studio è mai stato disegnato per valutare l'impatto di vari target di colesterolo LDL su eventi clinicamente importanti: i vari RCT, infatti, o hanno confrontato fra loro dosi diverse di una stessa statina oppure diverse statine tra di loro.

Per esempio le linee guida NICE affermano che in prevenzione primaria se il rischio cardiovascolare a 10 anni è > al 20% occorre prescrivere una statina a dosaggio pieno senza preoccuparsi del target e senza monitorare l'LDL-C .

Ora anche l'American Heart Association e l'American College of Cardiology abbracciano questa impostazione. Sono state infatti pubblicate le nuove linee guida che sostituiscono quelle ATP 3 del 2004 che prevedevano specifici target di colesterolo LDL in varie sottopopolazioni di pazienti. In queste linee guida si sottolinea che i vari target di colesterolo LDL non sono più contemplati e che il monitoraggio del profilo lipidico durante il trattamento deve essere effettuato al solo scopo di controllare l'aderenza del paziente.

Il box sottostante riassume le raccomandazioni delle linee guida.

1. Prevenzione secondaria: i pazienti con malattia cardiovascolare nota dovrebbero iniziare una statina ad alto dosaggio (a dosaggio moderato per chi ha 75 o più anni).

2. I pazienti diabetici di 40-75 anni e con colesterolo LDL compreso tra 70 e 189 mg/dl senza evidenza di malattia cardiovascolare dovrebbero essere trattati con una statina a medio dosaggio se hanno un rischio cardiovascolare a 10 anni inferiore al 7,5%, se uguale o superiore al 7,5% una statina a dosaggio elevato.

3. Prevenzione primaria (pazienti non diabetici e senza malattia cardiovascolare nota e con età compresa tra 40 e 75 anni): se colesterolo LDL >/= 190 dovrebbero essere trattati con una statina ad alto dosaggio; se colesterolo LDL compreso tra 70 e 189 mg/dl e rischio cardiovascolare a 10 anni >/= 7,5% si dovrebbe usare una statina a dosaggio medio o elevato.

Statine ad altodosaggio: atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg
Statine a dosaggio moderato: atorvastatina 10-20 mg, rosuvastatina 5-10 mg, simvastatina 20-40 mg, pravastatina 40-80 mg, altre statine.

Per il calcolo del rischio cardiovascolare si consiglia di usare un nuovo software.
Secondo un articolo publicato dal New York Times il nuovo calcolatore, però, sovrastimerebbe il rischio.

Chedire?

Se da un lato queste nuove linee guida prendono atto che non vi sono evidenze circa i vari target di colesterolo LDL raccomandati in passato, dall'altro saranno sicuramente oggetto di discussione, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione primaria.

Si prenda, per esempio, un uomo di 62 anni di razza, bianca, non iperteso, non diabetico e non fumatore, senza precedenti cardiovascolari, con valori di colesterolo totale 190 mg/dl, colesterolo HDL 58 mg/dl, trigliceridi 140 mg/dl, colesterolo LDL 104 mg/dl e una pressione arteriosa sistolica di 120 mmHg. Secondo le nuove linee guida, avendo un rischio cardiovascolare a 10 anni dell'8,9% dovrebbe ricevere una terapia con statina a dosaggio medio o anche elevato.
Se, al contrario, il calcolo viene fatto usando il software del Progetto Cuore, lo stesso paziente avrebbe un rischio di un primo evento cardiovascolare a 10 anni del 5,1% e quindi non sarebbe meritevole di trattamento farmacologico.

Si prenda, per contro, un uomo di 40 anni, bianco, non fumatore, non diabetico, senza precedenti cardiovascolari, con colesterolo totale 260 mg/dl, colesterolo HDL 45 mg/dl, trigliceridi 100 mg/dl, colesterolo LDL 195 mg/dl, pressione arteriosa 125 mmHg. Il suo rischio cardiovascolare a 10 anni calcolato con il software dell'ACC/AHA sarebbe circa del 2%; nonostante questo dovrebbe essere trattato con una statina ad alto dosaggio avendo un colesterolo LDL superiore al cut off previsto.

Insomma, l'impressione è che queste nuove linee guida amplino la platea di soggetti meritevoli di una terapia farmacologica in prevenzione primaria. Come abbiamo più volte ripetuto, il problema principale è che tanto più basso è il rischio cardiovascocolare tanto maggiore è il numero di soggetti che è necessario trattare in un determinato lasso di tempo per evitare un evento. Per esempio se si decide di trattare per livelli di rischio del 10% a dieci anni è necessario informare il paziente che è bisogna trattare circa 150 pazienti per 5 anni per evitare un infarto e poco meno di 500 per evitare un ictus.

Dal canto nostro, pur avendo visto con favore gli studi che supportano l'uso delle statine in prevenzione primaria anche nei soggetti a rischio medio-basso, riteniamo che i vari algoritmi e le varie raccomandazioni delle linee guida siano un aiuto importante per il medico che potrà così orientarsi al meglio, senza però mai adottare rigidi schematismi, ma piuttosto valutando il da farsi usando il buon vecchio discernimento clinico.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3173

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5296

3. Stone NJ et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2013 Nov 12.

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5752

5. Kolata G. Risk Calculator for Cholesterol Appears Flawed.
NY Times. 17 novembre 2013.