



Linea guida che provi, risultato che trovi - Parte seconda

Data 10 maggio 2015
Categoria cardiovascolare

In questa seconda parte vedremo cosa succede applicando tre linee guida per la prescrizione di statine in prevenzione cardiovascolare primaria su tre differenti casi specifici.

In una pillola precedente (<http://www.pillole.org/public/aspnake/news.asp?id=6304>) abbiamo esaminato alcune criticità delle linee guida. In questa seconda parte ci occuperemo di un caso specifico: la prescrizione di una statina in prevenzione cardiovascolare primaria. Lo faremo esaminando casi concreti e confrontando le raccomandazioni di tre linee guida: le linee guida americane dell'ACC/AHA, le linee guida del NICE inglese e quelle della nota 13 AIFA che si basano a loro volta sulle raccomandazioni della società europea di cardiologia (ESC).

Riassumiamo nel box sottostante le raccomandazioni di queste società scientifiche.

[b]ACC/AHA[/b]

Prevenzione primaria (pazienti non diabetici e senza malattia cardiovascolare nota di età compresa tra 40 e 75 anni): se colesterolo LDL \geq 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 \geq 7,5% si dovrebbe usare una statina a dosaggio medio o elevato.

Per il calcolo del rischio cardiovascolare si deve usare un apposito software reperibile al link: <http://tinyurl.com/mjfnrn3>

[b]NICE[/b]

In prevenzione primaria è indicata una statina quando il rischio cardiovascolare a 10 anni è \geq 10%. Per il calcolo del rischio si deve usare il QRISK2 reperibile al link: <http://www.qrisk.org/>.

[b]Nota 13 AIFA[/b]

In prevenzione primaria è prescrivibile una statina quando il rischio cardiovascolare calcolato con le carte messe a punto dalla ESC è \geq 2% a 10 anni. Le carte sono allegate alla nota e tengono conto dei seguenti parametri: sesso, età, fumo, valori di pressione sistolica e di colesterolemia totale

Proviamo ad applicare ognuna di queste tre linee guida a tre casi concreti, come esemplificato nel box sottostante.

[b]Donna di 62 anni, razza bianca[/b]

Fumo: NO

Diabete NO

Colesterolo totale: 220 mg/dL

Colesterolo HDL: 60 mg/dL

Colesterolo LDL: 125 mg/dL

Trigliceridi: 180 mg/dL

Rapporto colesterolo totale/HDL: 3,6

Pressione arteriosa sistolica 140 mmHg

Trattamento antipertensivo in atto: SI

Anamnesi familiare: il padre ha iniziato a soffrire di angina pectoris a 58 anni ed è deceduto per infarto



miocardico a 72 anni

Linee guida ACC/AHA: il rischio cardiovascolare a 10 anni calcolato con lo specifico software è del 6,6% per cui non si prevede l'uso di una statina

Linee guida NICE: il rischio cardiovascolare a 10 anni calcolato con lo specifico software è del 12,1% per cui si prevede la prescrizione di una statina

Nota 13 AIFA: il rischio a 10 anni calcolato con le carte allegate alla nota è dell'1% per cui non si prevede l'uso di una statina

[b]Uomo di 40, razza bianca[/b]

Fumo: NO
Diabete NO
Colesterolo totale: 260 mg/dL
Colesterolo HDL: 45 mg/dL
Colesterolo LDL: 195 mg/dL
Trigliceridi: 100 mg/dL
Rapporto colesterolo totale/HDL: 5,7
Pressione arteriosa sistolica 125 mmHg
Trattamento antipertensivo in atto: NO
Anamnesi familiare: NEGATIVA

Linee guida ACC/AHA: prevedono l'uso della statina in quanto il valore del colesterolo LDL è superiore al valore soglia di 190 mg/dL

Linee guida NICE: non prevedono la prescrizione di una statina in quanto il rischio cardiovascolare a 10 anni è del 1,7%

Nota 13 AIFA: non prevedono l'uso di una statina in quanto il rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni è zero.

[b]Uomo di 60 anni, razza bianca[/b]

Fumo: NO
Diabete NO
Colesterolo totale: 200 mg/dL
Colesterolo HDL: 55 mg/dL
Colesterolo LDL: 135 mg/dL
Trigliceridi: 50 mg/dL
Rapporto colesterolo totale/HDL: 3,6
Pressione arteriosa sistolica 120 mmHg
Trattamento antipertensivo in atto: NO
Anamnesi familiare: NEGATIVA

Linee guida ACC/AHA: non prevedono la prescrizione di una statina in quanto il rischio cardiovascolare a 10 anni è di 7,2%

Linee guida NICE: non prevedono la prescrizione di una statina in quanto il rischio cardiovascolare a 10 anni è di 8,4%

Nota 13 AIFA: il rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni è del 2% per cui si prevede l'uso di una statina.

Come si possono spiegare raccomandazioni così divergenti?

In parte dipendono dal fatto che le varie linee guida propongono soglie diverse di rischio per consigliare il trattamento con una statina.

In realtà ormai è abbastanza accettato che le statine riducono il rischio cardiovascolare in prevenzione primaria anche nei soggetti a basso rischio, tuttavia a prezzo di un aumento del numero di soggetti da trattare per evitare un evento (NNT) rispetto a quando si tratta soggetti con rischio più alto. Decidere però qual sia l'NNT cut-off per discriminare i



soggetti meritevoli di trattamento rispetto a quelli che non lo sono è materia opinabile e su questa decisione conta molto anche la preferenza del paziente (ovviamente informato in maniera esauriente).

Inoltre raccomandazioni diverse si hanno anche perchè una linea guida usa un modo diverso di calcolare il rischio cardiovascolare, basandosi su studi di popolazione diversi e anche su parametri diversi. Per esempio le linee guida americane basano la decisione soprattutto sul valore del colesterolo LDL, oltre che su quello del colesterolo totale e del colesterolo HDL.

Le linee guida NICE, invece, danno molta enfasi al colesterolo non-HDL e al rapporto colesterolo totale/HDL. Inoltre tengono conto anche di altre condizioni (per esempio familiarità precoce per cardiopatia ischemica) che non sono previste dalle altre due linee guida.

La nota 13 AIFA si basa soprattutto, per il calcolo del rischio, sui valori del colesterolo totale e non tiene conto di altri parametri, per esempio se il paziente assume o meno farmaci antipertensivi, cosa invece considerata dalle altre due linee guida.

Che dire? Quale linea guida scegliere? Quale soglia di rischio adottare per decidere se usare o meno una statina in prevenzione primaria? E con quale metodo calcolare il rischio cardiovascolare a 10 anni? La risposta non è semplice.

Considerato comunque che vi è un certo margine di discrezionalità, chi scrive propone la sua opinione, che non pretende di essere quella migliore, riportando in auge il calcolo del rischio elaborato con il software messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità con il Progetto Cuore (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>). Questo software ha il vantaggio, a nostro parere, di adattarsi bene alla popolazione italiana in quanto è stato elaborato su studi epidemiologici nazionali.

Come soglia del rischio per decidere la prescrizione di una statina, a parere di chi scrive, può essere ragionevole proporre una soglia $\geq 10\%$. A questa soglia, sempre a nostro avviso, si può, comunque derogare, qualora nel paziente in esame siano presenti fattori di rischio aggiuntivi che non vengono considerati dal software (per esempio, obesità, familiarità per cardiopatia ischemica, etc.).

Un caso particolare è, infine, il paziente che desidera un trattamento anche se con un rischio cardiovascolare al di sotto della soglia prevista dalla nota 13 AIFA. Se si decide per il trattamento è necessario informare che la prescrizione non potrà essere a carico del SSN.

Renato Rossi