Profilo lipidico routinario non a digiuno

Data 05 giugno 2016
Categoria metabolismo

Un documento di consenso della Società Europea dell'Aterosclerosi e della Federazione Europea di Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio raccomanda l'uso routinario del prelievo non a digiuno per la valutazione del profilo lipidico.

Lo stato post-prandiale è predominante per la maggioranza delle persone, tra pasti principali e spuntini, e dunque riflette maggiormente la condizione lipidica abituale. Robusti dati osservazionali hanno paragonato profili lipidici non-fasting e fasting ed evidenziato che le variazioni medie massime tra le due modalità, dopo 1-6 ore dai pasti, non sono clinicamente significative, con lievi aumenti per trigliceridi (+ 26 mg/dL) e colesterolo remnant (+ 8 mg/dL) e lievi riduzioni per colesterolo totale (- 8 mg/dL), LDL (- 8 mg/dL) e non-HDL (- 8 mg/dL). Nessuna differenza per HDL, apoA1, apoB e lipoproteina (a). La predittività nei confronti delle malattie cardiovascolari è risultata simile. Almeno tre trial sulla terapia statinica (Heart Protection Study, Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial, Study of the Effectiveness of Additional Reductions in Cholesterol and Homocysteine) hanno utilizzato la metodica non-fasting, in Danimarca di routine dal 2009. L'American College of Cardiology/American Heart Association nel 2013 hanno raccomandato il dosaggio fasting solo per la valutazione iniziale del rischio cardiovascolare e in caso di colesterolo non-HDL >= 220 mg/dL o di trigliceridi >= 500 mg/dL. Dal 2014 anche le linee guida NICE raccomandano il dosaggio non-fasting in prevenzione primaria.
In un recente documento congiunto la Società Europea dell'Aterosclerosi e la Federazione Europea di Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio raccomandano l'uso routinario del prelievo non-fasting per la valutazione del profilo lipidico, mentre il metodo classico fasting sarebbe indicato in situazioni particolari, quali trigliceridemia non-fasting > di 440 mg/dL, gravi ipertrigliceridemie, pancreatiti ipertrigliceridemiche, terapie che possono causare gravi ipertrigliceridemie (ad esempio steroidi, estrogeni, acido retinoico), in concomitanza con altri parametri che richiedono digiuno, ad esempio glicemia (non la HbA1C).
Gli autori riportano anche i valori di cut-off per i livelli patologici:
trigliceridi >= 175 mg/dL, colesterolo totale >= 190 mg/dL, LDL ≥ 115 mg/dL, colesterolo remnant >= 35 mg/dL, colesterolo non-HDL >= 150 mg/dL, HDL <= 40 mg/dL, apoA1 <= 125 mg/dL, apoB >= 100 mg/dL, Lp (a) >= 50 mg/dL.
Nei casi seguenti sarebbe fortemente indicata la consulenza specialistica:
trigliceridi > 880 mg/dL (rischio di pancreatite acuta); LDL > 500 mg/dL (sospetto di ipercolesterolemia familiare omozigote); LDL > 190 mg/dL (sospetto di ipercolesterolemia familiare eterozigote) e Lp (a) > 150 mg/dL (rischio molto alto di infarto miocardico acuto e stenosi valvolare aortica).
Il vantaggio del dosaggio non-fasting è ovviamente quello di facilitare le condizioni per il prelievo, con indubbi benefici per diabetici, bambini e in generale persone che hanno poco tempo disponibile e non sopportano le code per il classico prelievo mattutino. I limiti sono quelli di determinare una lieve riduzione del colesterolo LDL e quindi una potenziale sottostima del rischio cardiovascolare, soprattutto nei diabetici. La riduzione, dovuta ad emodiluizione, potrebbe essere prevenuta consigliando una restrizione idrica il giorno dell'esame. La metodica può inoltre limitare la differenziazione di alcune forme di dislipidemia, in presenza di ipertrigliceridemia non-fasting. In questi casi il laboratorio deve offrire la possibilità di effettuare il dosaggio fasting.

A cura di Giampaolo Collecchia

Riferimentobibliografico

Nordestgaard BG et al, for the European Atherosclerosis Society (EAS) and the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM). Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cut-points-a joint consensus statement from the European Atherosclerosis Society and the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. European Heart Journal: doi: 10.1093/eurheartj/ehw152

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 6:37 | Pagina 1 di 1