Prevenzione cardiovascolare: linee guida 2018

Data 02 dicembre 2018
Categoria cardiovascolare

Le nuove linee guida americane sulla prevenzione cardiovascolare cercano di introdurre una personalizzazione del trattamento, anche se vi è il rischio di rendere più complessa la loro implementazione nella pratica ambulatoriale.

Sono state pubblicate **le linee guida 2018 sul trattamento dell'ipercolesterolemia e sulla prevenzione cardiovascolare** da parte dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology .

Come si vedrà meglio in seguito la novità maggiore di queste linee guida è la personalizzazione della terapia, sia in prevenzione cardiovascolare primaria che secondaria.

Possiano anzitutto **stratificare i pazienti** in tre grandi gruppi: prevenzione primaria, prevenzione secondaria e diabetici. Per ognuno di questi gruppi le linee guida suggeriscono un iter ragionato di comportamento sulla base di vari fattori come per esempio l'età, il valore del colesterolo LDL, la presenza di fattori di rischio aggiuntivi, etc.

In tutti i casi le linee guida raccomandano di enfatizzare i benefici che si possono ottenere **migliorando lo stile di vita** : abolizione del fumo, attività fisica, alimentazione corretta.

Come premessa vale la pena di ricordare cosa intendono le linee guida per statine a dosaggio elevato, intermedio, basso:

a) **statine a dosaggio elevato** : rosuvastatina 20-40 mg, atorvastatina 40-80 mg

b) **statine a dosaggio intermedio** : rosuvastatina 5-10 mg, atorvastatina 10-20 mg, simvastatina 20-40 mg, pravastatina 40-80 mg, lovastatina 40-80 mg, fluvastatina 40 mg BID, pitavastatina 1-4 mg

c) **statine a basso dosaggio** : simvastatina 10 mg, pravastatina 10-20 mg, lovastatina 20 mg, fluvastatina 20-40 mg.

Prevenzioneprimaria

Anzitutto per i soggetti con **colesterolo LDL persistentemente >/= 190 mg/dL** le linee guida consigliano di prescrivere una statina ad alto dosaggio senza procedere alla valutazione del rischio cardiovascolare.

Successivamente le linee guida passano a stratificare i pazienti in tre fasce d'età.

Per i soggetti **fino ai 19 anni** è consigliabile una terapia con statina in caso di presenza di ipercolesterolemia familiare.

Nei pazienti di età compresa tra **20 e 39 anni** si consiglia di valutare la prescrizione di una statina in caso il colesterolo LDL sia persistentemente >/= 160 mg/dL

e vi sia una storia di malattia aterosclerotica familiare precoce (prima dei 55 anni negli uomini e prima del 65 anni nelle donne).

Nei soggetti di età compresa tra **40 e 75 anni** si deve **valutare il rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni** .
Oltre a questo si devono considerare fattori di rischio aggiuntivi : anammesi familiare positiva per eventi cardiovascolari precoci, colesterolo LDL persistentemente >/= 160 mg/dL, nefropatia cronica, anamnesi di pre-eclampsia, menopausa precoce, artrite reumatoide, psoriasi, HIV, etnia (sud Asia), trigliceridi >/= 175 mg/dL, PCR ad alta sensibilità >/= 2,0 mg/L, Lp (a) > 50 mg/dL, apo b >/= 130 mg/dL, ABI index inferiore a 0,9.

La valutazione di questi fattori di rischio aggiuntivi diventa **importante per i soggetti con rischio compreso tra 5% e 7,5% (rischio border-line) e soprattutto in quelli a rischio intermedio (7,5%-19,9%)** perchè possono rendere indicata la prescrizione di una statina (a dosi moderate nel caso di rischio border-line e a dosi moderate-elevate nel caso di rischio intermedio), dopo discussione con il paziente su benefici e rischi della terapia farmacologica. Le dosi di statina dovrebbero essere tarate con il fine di ridurre il colesterolo LDL del 30-49% dei valori basali.
Nel caso rimangano dubbi circa l'opportunità della terapia farmacologica (sia da parte del medico che del paziente) può essere utile eseguire una TC coronarica per valutare la presenza di **calcificazionicoronariche** . Se non ci sono calcificazioni coronariche la statina può non essere prescritta (a meno che non sia presente diabete, fumo o anamnesi familiare di eventi cardiovascolari precoci). Nel caso lo score di calcificazioni coronariche sia compreso tra 1 e 99 può essere ragionevole prescrivere una statina, per score >/= 100 la prescrizione diventa più cogente.
La TC coronarica dovrebbe essere eseguita in istituti che garantiscono una tecnica con basse emissioni radiologiche.

Nel caso la valutazione del **rischio cardiovascolare a 10 anni sia >/= 20%** è indicata una statina a dosi tali da ridurre il colesterolo LDL di almeno il 50%.
Eventualmente valutare l'aggiunta di un farmaco non statinico (ezetimibe, sequestrante gli acidi biliari) nel caso non si raggiunga il target desiderato e non siano tollerate dosi elevate di statina.

Per i soggetti di **età >/= 75 anni e colesterolo LDL compreso tra 79 e 189 mg/dL** può essere ragionevole prescrivere una statina a dosi moderate, che tuttavia andrà sospesa o non iniziata in caso di gravi patologie associate, ridotta aspettativa di vita, fragilità, etc.

Prevenzionesecondaria

Rientrano nella prevenzione secondaria i soggetti con **pregressa sindrome coronarica acuta, infarto miocardico, angina stabile o instabile, intervento di rivascolartizzazione coronarica o di altre arterie, ictus, TIA, arteriopatia periferica, aneurisma aortico** .

Le linee guida stratificano ulteriormente i pazienti in prevenzione secondaria in due categorie: soggetti non ad elevatissimi rischio e soggetti ad elevatissimo rischio.
I **soggetti ad elevatissimo rischio** si caratterizzano per avere avuto multipli eventi cardiovascolari oppure un evento cardiovascolare maggiore associato a fattori di rischio multipli (per esempio: fumo, diabete, ipertensione, nefropatia cronica, storia di scompenso cardiaco, età >/= 65 anni, pregresso intervento di bypass o PCI).

Nel caso di **soggetti di età fino ai 75 anni non a rischio elevatissimo** è indicata una statina ad alto dosaggio in modo da ridurre il colesterolo LDL di almeno il 50% (se le dosi non sono tollerate usare una statina a dosaggio intermedio in modo da ridurre il colesterolo LDL del 30-49%). Invece nei **soggetti fino a 75 anni considerati a rischio elevatissimo** si deve considerare l'opportunità di aggiungere alla statina l'ezetimibe ed eventualmente un PCSK9 inibitore nel caso il colesterolo LDL sia >/= 70 mg/dL e/o il colesterolo non HDL sia > 100 mg/dL.

Nei soggetti di **età maggiore di 75 anni** si dovrebbe prescrivere una statina a dosaggio elevato o intermedio considerando anche gli effetti collaterali dei farmaci, le interazioni con altri farmaci assunti, la fragilità, l'aspettativa di vita, le patologie associate e le preferenze del paziente.
Nel caso di valori di colesterolo LDL > 70 mg/dL può essere utile aggiungere l'ezetimibe.

Diabete

In questo caso le linee guida adottano una stratificazione dei pazienti basata soprattutto sull'età.

Per i soggetti di **età compresa tra 20 e 39 anni** può essere utile iniziare una statina in presenza di alcuni fattori di rischio: diabete tipo 2 che dura da almeno 10 anni o tipo 1 che dura da almeno 20 anni, albuminuria, VGF inferiore a 60 ml/min/1,73 m2, retinopatia, neuropatia o ABI index inferiore a 0,9.

Per i soggetti di **età compresa tra i 40 e i 75 anni** si consiglia di iniziare una statina a dosaggio intermedio indipendentemente dal calcolo del rischio cardiovascolare.
Se sono presenti fattori di rischi multipli è consigliabile una statina a dosaggio elevato in modo da ridurre il colesterolo LDL almeno del 50%. Nel caso il rischio a 10 anni sia >/= 20% si può valutare l'aggiunta di ezetimibe per ridurre il colesterolo LDL di almeno il 50%.

Nei **soggetti di età superiore ai 75 anni** è ragionevole iniziare una statina o continuarla se il paziente la sta già assumendo, ovviamente dopo una discussione su rischi e benefici della terapia.

Conclusioni

Come si è già detto in apertura, la novità maggiore di queste linee guida ci sembra il tentativo di **personalizzare** la terapia introducendo molte variabili. Che però può portare al rischio di rendere più complessa la loro implementazione nella pratica ambulatoriale.

Per esempio in prevenzione secondaria oltre all'età del paziente si prevede di considerare due fasce di rischio: rischio elevatissimo e rischio non elevatissimo, in parte introducendo un concetto già da tempo usato per la prevenzione primaria.

Per quest'ultima la novità maggiore è la introduzione di fattori di rischio aggiuntivi da usare soprattutto nei pazienti con rischio intermedio. Tra questi fattori aggiuntivi si prevede addiruttura la valutazione della presenza di calcificazioni coronariche tramite l'esecuzione di una TC coronarica, un suggerimento che francamente ci sembra eccessivo se deve servire, alla fine, per decidere se prescrivere o meno

unastatina.

Per quanto riguarda il diabete possiamo dire che le linee guida lo considerano a rischio cardiovascolare elevato, come è ovvio, e raccomandano una statina indipendentemente dal calcolo del rischio. Tuttavia introducono un'ulteriore suddivisione in base alla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare: in questo caso si raccomanda di usare statine a dosi elevate ed eventualmente ezetimibe. Al contrario nei diabetici considerati a minor rischio può essere sufficiente una statina a dosaggio intermedio.

Da notare, infine, che viene in qualche modo riportato in auge il target di colesterolo LDL, non più come valore fisso da raggiungere ma come percentuale di riduzione da
ottenere, diversa a seconda delle dosi di statina usata.

RenatoRossi

Bibliografia

1. 2018 AHA, ACC et al. Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary. A Report of the American College of cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation e Journal of American College of Cardiology. Pubblicato online il 10 novembre 2018.