



## Prevenzione cardiovascolare: la rivoluzione delle linee guida europee 2019

**Data** 22 settembre 2019  
**Categoria** cardiovascolare

Le nuove linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare cambiano radicalmente approccio rispetto alle precedenti.

La European Society of Cardiology (ESC) e la European Atherosclerosis Society (EAS) hanno pubblicato le **nuove linee guida** sul trattamento della dislipidemia e si tratta di una piccola rivoluzione .

Anzitutto le linee guida **riportano in auge i target di colesterolo LDL e il concetto "lower is better"** , soprattutto per i pazienti ad alto o ad elevatissimo rischio cardiovascolare.

Per i pazienti a rischio cardiovascolare elevato si consiglia un target di LDL inferiore a 55 mg/dL.

Per i pazienti a rischio cardiovascolare elevatissimo in cui ci siano stati multipli eventi recenti il target consigliato è inferiore a 40 mg/dL.

Ma questo non è tutto: oltre a consigliare questi target gli estensori delle linee guida raccomandano di raggiungere **contemporaneamente** una riduzione di almeno il 50% dei livelli basali di LDL.

Tanto per capirci proviamo a fare un esempio: supponiamo che un paziente ad alto rischio cardiovascolare abbia un livello di LDL pari a 70 mg/dL. Secondo queste nuove linee guida non è sufficiente che raggiunga un livello di 45 mg/dL, deve arrivare a 35 mg/dL (vale a dire al 50% dei suoi livelli basali).

I **pazienti ad alto rischio** sono definiti come soggetti che hanno un rischio di morte cardiovascolare a 10 anni  $\geq 10\%$ .

Quelli **rischioelevatissimo** sono soggetti che hanno avuto un secondo evento cardiovascolare entro due anni dal primo nonostante terapia con il dosaggio massimo di statina

Per i pazienti a rischio di morte cardiovascolare a 10 anni **compreso tra 5% e 10%** si raccomanda un target di LDL inferiore a 70 mg/dL e contemporaneamente una riduzione del 50% rispetto ai livelli basali.

Per i pazienti con rischio di decesso cardiovascolare a 10 anni **compreso tra 1% e 5%** si consiglia un target di LDL inferiore a 100 mg/dL.

Per i soggetti **con rischio inferiore a 1%** si raccomanda un target di LDL inferiore a 116 mg/dL.

Per quanto riguarda i **farmaci** da usare si consigliano le statine al massimo dosaggio tollerato; in caso di non raggiungimento dei target desiderati: aggiungere ezetimibe e un PCSK9 inibitore.

La **secondarivoluzione** delle linee guida europee è il venir meno della distinzione tra prevenzione primaria e secondaria: in entrambi i casi si deve calcolare il rischio di decesso cardiovascolare nella stessa maniera. Solo per i soggetti anziani ( $> 75$  anni) si consiglia di adottare un approccio meno aggressivo in prevenzione primaria.

Per la stratificazione del rischio cardiovascolare nei pazienti a rischio moderato si consiglia di usare anche la determinazione dello score del calcio coronarico e il dosaggio dell'APOB.

Infine, incorporando i risultati dello studio REDUCE-IT (già recensito da questa testata) le linee guida consigliano di usare **alte dosi di EPA** nei soggetti con livelli di trigliceridi superiori a 135 mg/dL nonostante trattamento con statine.

Chedire?

In realtà aver riportato in auge i target di LDL colesterolo **non si fonda su trials specificamente disegnati** per dimostrare che una soglia è preferibile ad un'altra perchè, al momento, studi del genere non esistono. Allora su cosa si sono basati gli estensori delle linee guida? Il ragionamento è questo: pur in mancanza di trials disegnati con questo scopo gli studi disponibili dimostrano in generale che maggiore è la riduzione del colesterolo LDL e maggiore è la riduzione del rischio.

Si tratta di un ragionamento "logico" ma soggetto a critiche che in passato non sono mancate al concetto "lower is better".

Il secondo aspetto che vogliamo sottolineare è la mancata distinzione tra prevenzione primaria e secondaria (con una parziale eccezione dei soggetti anziani). Questo approccio può essere anche condivisibile: se un paziente, pur senza eventi cardiovascolari, ha un rischio molto elevato un trattamento più intensivo può aver senso.

In **conclusione**, come si vede, le nuove linee guida europee sono molto più aggressive rispetto alle precedenti e a quelle USA. Di sicuro non mancheranno polemiche e critiche.



Sarebbero auspicabili, in realtà, studi disegnati ad hoc, per dirimere una volta per tutte la questione dei target preferibili da raggiungere nei vari pazienti, ma si faranno mai?

**RenatoRossi**

### **Bibliografia**

1. Mach F et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. Pubblicato online il 31 agosto 2019.