

Introduzione

La dislipidemia è ampiamente noto essere uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolari. Molto si è scritto in letteratura negli ultimi anni a proposito della riduzione di questo rischio attraverso una terapia adeguata farmacologica e non. Recentemente un interessante dibattito nella Comunità Scientifica Internazionale è nato attorno a qualche differente visione dell'approccio globale al trattamento farmacologico della dislipidemia, fra clinici e opinion leaders statunitensi ed europei.

L'American Heart Association (AHA) e l'American College of Cardiology (ACC) hanno recentemente pubblicato tre documenti riguardanti le linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari (CVD) (Goff *et al.* 2013 Eckel *et al.* 2013; Stone *et al.* 2013): un documento sulla gestione dello stile di vita, uno su sovrappeso e obesità e uno su *Il trattamento del colesterolo plasmatico per ridurre il rischio cardiovascolare aterosclerotico negli adulti*. È apprezzabile che siano ora disponibili per gli Stati Uniti delle linee guida aggiornate sul trattamento del colesterolo. In accordo con le linee guida pubblicate dalla European Atherosclerosis Society (EAS) e dalla European Society of Cardiology (ESC) nel 2011 per il trattamento delle dislipidemie (ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias 2011), le raccomandazioni AHA/ACC enfatizzano l'importanza della riduzione del colesterolo LDL (c-LDL) nella prevenzione cardiovascolare, sia primaria sia secondaria. Entrambe le linee guida europee e americane sottolineano l'importanza della stratificazione del rischio. Nel nuovo documento americano sono stati identificati quattro gruppi che potrebbero beneficiare del trattamento con statine:

- individui con evidenze cliniche di malattia cardiovascolare aterosclerotica (*atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD*);
- individui con aumento primario del c-LDL oltre 190 mg/dL (4,9 mmol/L);
- individui con diabete, nella fascia di età 40-75 anni e con c-LDL 70-189 mg/dL (1,8-4,9 mmol/L) senza evidenze cliniche di ASCVD;
- individui senza ASCVD o diabete, con c-LDL 70-189 mg/dL (1,8-4,9 mmol/L) e rischio stimato di ASCVD a 10 anni $\geq 7,5\%$.

Nelle linee guida EAS/ESC, la stratificazione del rischio delineava quattro gruppi in base al rischio CV totale: rischio molto alto, alto, moderato e basso. La prevenzione è quin-

di adattata alla stima del rischio CV totale. Le linee guida EAS/ESC raccomandano di considerare il trattamento farmacologico del c-LDL nel contesto della prevenzione primaria quando il rischio CV totale è elevato o molto elevato e/o in soggetti con un rischio moderato se c-LDL \geq 100 mg/dL (2,5 mmol/L) nonostante i cambiamenti dello stile di vita. Nelle nuove linee guida ACC/AHA, il trattamento con statine è raccomandato per la prevenzione primaria in soggetti con un rischio di evento ASCVD maggiore di 7,5%, a prescindere dal livello di c-LDL, che corrisponderebbe a un rischio del 2,5% di morte cardiovascolare a 10 anni secondo il modello SCORE.

L'impatto della strategia ACC/AHA dovrebbe essere considerato alla luce del gran numero di soggetti nella popolazione che sarebbero destinati al trattamento con statine per tutta la vita a partire dall'età di 40 anni. L'approccio al trattamento dei gruppi di rischio nelle linee guida ACC/AHA è identificato in sole due opzioni: trattamento con statine ad alta efficacia o a efficacia moderata; la scelta finale della strategia è spesso lasciata al giudizio clinico del medico. Non viene suggerito nessun target di trattamento in mmol/L di c-LDL, anche se è accettata la possibilità di stabilire obiettivi terapeutici. Si può certamente essere d'accordo sul fatto che gli obiettivi del trattamento sono arbitrari, spesso basati su estrapolazioni dai dati disponibili e su interpretazioni delle evidenze. Gli obiettivi del trattamento sono ampiamente utilizzati in diverse situazioni cliniche, come per il trattamento dell'ipertensione arteriosa o del diabete di tipo 2; sono uno strumento fondamentale nella pratica quotidiana, aiutando la comunicazione medico-paziente e ottimizzando l'aderenza alla terapia. Inoltre la riduzione del rischio in generale deve essere personalizzata per ogni paziente e questa pratica può essere più specifica se vengono definiti degli obiettivi.

Nel monitoraggio della terapia con statine, le linee guida ACC/AHA suggeriscono che una riduzione attesa del 50% del c-LDL nei soggetti in trattamento con statine ad alta efficacia dovrebbe essere usata come controllo dell'aderenza; non si esclude la possibilità nei pazienti ad alto rischio di aumentare la dose o considerare una terapia aggiuntiva riservando tali decisioni al giudizio clinico del medico. Anche nelle linee guida EAS/ESC una riduzione del 50% dal livello basale è indicata come un obiettivo facoltativo in soggetti ad altissimo rischio totale se il target di c-LDL $<$ 70 mg/dL (1,8 mmol/L) non può essere raggiunto.

Quando si confrontano queste linee guida si deve considerare che le linee guida EAS/ESC hanno un approccio più ampio sulla dislipidemia in generale, mentre le linee guida ACC/AHA sono focalizzate sul trattamento con statine nella prevenzione cardiovascolare. Pertanto, nelle linee guida EAS/ESC, gruppi specifici, come le persone con ipercolesterolemia familiare, iperlipidemia combinata e diabete e pazienti colpiti da ictus, sono discussi più in dettaglio. Le linee guida EAS/ESC includono anche una più approfondita discussione e opzioni su trattamenti farmacologici diversi dalle statine. Le linee guida EAS/ESC hanno funzionato bene in Europa. Sono state ampiamente accettate e adottate e, sulla base della discussione di cui sopra, EAS e ESC le raccomandano come più adatte per l'Europa. Le due linee guida differiscono nel loro approccio alla riduzione del colesterolo: questo non deve, però, far dimenticare l'enfasi condivisa sull'importanza di ridurre il c-LDL nella prevenzione cardiovascolare e un punto di vista molto simile su quali dovrebbero essere gli obiettivi per il trattamento farmacologico nei gruppi ad alto rischio.

Il progetto ABC (Achieved Best Cholesterol) nasce proprio con l'obiettivo di approfondire questa discussione tra specialisti, con particolare riguardo ai temi della prevenzione, della appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza al trattamento, attraverso la raccolta di esperienze dirette di pratica clinica quotidiana.

Bibliografia

- Goff D.C. Jr. *et al.* (2013), *ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*, «Circulation», doi: 10.1161/01.cir.0000437741.48606.98.
- Eckel R.H. *et al.* (2013), *AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk*, «Journal of the American College of Cardiology», doi: 10.1016/j.jacc.2013.11.003.
- ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)*, «Atherosclerosis», 217S (2011) S1-S44, doi:10.1016/j.atherosclerosis.2011.06.012.
- Stone N.J. *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*, «Circulation», doi: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a.



Metodo di lavoro

Il progetto che ha consentito di realizzare questa pubblicazione è nato dall'esigenza di studiare i percorsi diagnostico-terapeutici di medici specialisti nella cura di pazienti affetti da dislipidemia.

La condivisione delle esperienze cliniche è infatti un elemento essenziale per la crescita delle professionalità mediche; tuttavia, spesso, questa pratica è ostacolata dalla difficoltà di trovare nella routine quotidiana spazi e tempi per la loro codificazione.


In quest'ottica è stato scelto un metodo di lavoro che ha consentito ai partecipanti di minimizzare gli sforzi da dedicare al racconto delle proprie esperienze guidandoli in una griglia di domande scelte dal comitato scientifico.

Per questo è stato allestito un ambiente online dedicato all'inserimento dei dati dei casi. L'ambiente, raggiungibile da qualsiasi computer connesso a Internet, ha consentito, previa autenticazione mediante username e password, la lavorazione dei casi attraverso un form di inserimento dati. Il partecipante ha potuto scegliere il suo ritmo di lavoro essendo possibile inserire il proprio caso in un'unica sessione di lavoro oppure compilarlo in tempi diversi salvando il lavoro via via fatto.

12 Progetto ABC.Achieved Best Cholesterol

HOME PAGE PRESENTAZIONE PROGETTO BOARD SCIENTIFICO CONTATTI

ABC
ACHIEVED BEST
CHOLESTEROL

Set collegato come User 

Home > abc > Casi Clinici > 1° Caso Clinico

1° Caso Clinico

Paziente Maschio con età dai 45 anni in su:
con dislipidemia e diabete mellito di tipo 2, target di colesterolo LDL difficili da raggiungere anche per ridotta tolleranza alla terapia con statina.

Pagina 1 di 4

PRESENTAZIONE E DIAGNOSI

*1 In questa area ti chiediamo di descrivere brevemente (min 5 max 20 righe) il caso proposto

<p>vnhg</p>

*2 Età del paziente

55

*3 In che anno è stata fatta la prima diagnosi di dislipidemia?

98

*4 Riportare il valore del Colesterolo Totale rilevato alla prima diagnosi di dislipidemia. [mg%]

2264

*5 Riportare il valore del Colesterolo HDL rilevato alla prima diagnosi di dislipidemia. [mg%]

664

HOME PAGE PRESENTAZIONE PROGETTO BOARD SCIENTIFICO CONTATTI

ABC
ACHIEVED BEST
CHOLESTEROL

Set collegato come User 

Home > abc > Casi Clinici > 2° Caso Clinico

2° Caso Clinico

Paziente Donna Anziana con età dai 65 anni in su:
con dislipidemie e insufficienza renale cronica di entità lieve/moderata e necessità di terapia adeguata per normalizzare i valori di LDL.

Pagina 1 di 4

PRESENTAZIONE E DIAGNOSI

*1 In questa area ti chiediamo di descrivere brevemente (min 5 max 20 righe) il caso proposto

Famiglia con: Dimensione car: Paragrafo



f

Percorso p

*2 Età del paziente

34

*3 In che anno è stata fatta la prima diagnosi di dislipidemia?

343

*4 Riportare il valore del Colesterolo Totale rilevato alla prima diagnosi di dislipidemia. [mg%]