

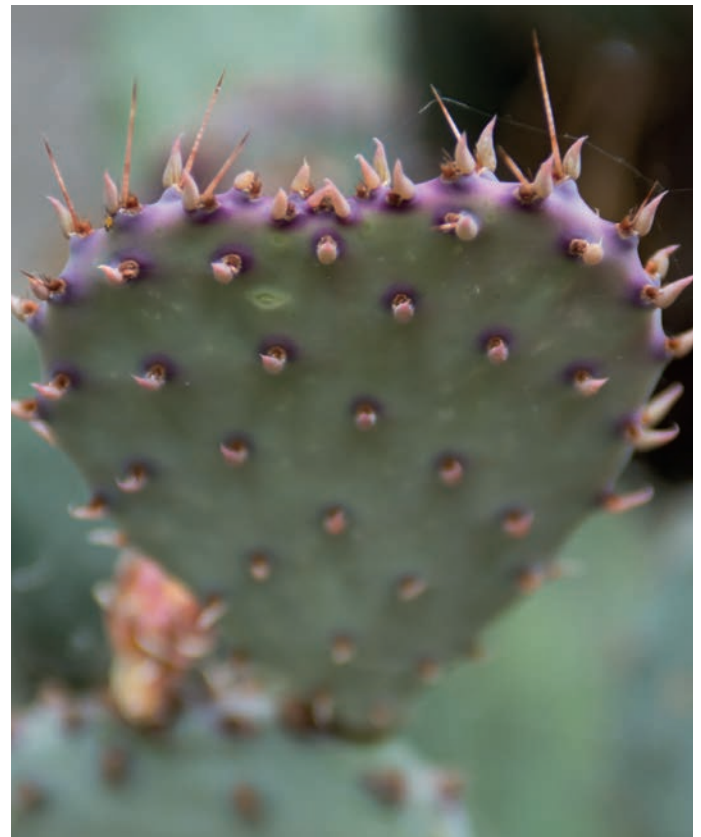
Le nuove linee guida europee per il trattamento delle dislipidemie. L'importanza della valutazione del rischio cardiovascolare totale

Le malattie cardiovascolari (CVD) uccidono oltre 4 milioni di persone in Europa ogni anno. Colpiscono maggiormente le donne (2,2 milioni) rispetto agli uomini (1,8 milioni), anche se le morti per cause cardiovascolari prima dell'età di 65 anni sono più comuni negli uomini (490.000 contro 193.000). Questi numeri rendono urgente l'implementazione di misure di prevenzione adeguate, a livello del singolo e a livello della popolazione generale.

La prevenzione è definita come un insieme coordinato di azioni allo scopo di eradicare, eliminare o ridurre al minimo l'impatto delle malattie cardiovascolari e le morbidità e disabilità correlate. Le CVD rimangono infatti una delle principali cause di morbidità e mortalità, nonostante i progressi terapeutici degli ultimi anni. Più pazienti sopravvivono al primo evento cardiovascolare e sono ad alto rischio di recidive. Inoltre, la prevalenza di alcuni fattori di rischio, in particolare diabete e obesità, è in continuo aumento.

L'importanza della prevenzione delle CVD rimane indiscussa e deve essere perseguita a diversi livelli: (i) nella popolazione generale, promuovendo comportamenti e stili di vita sani e (ii) a livello individuale, in soggetti a moderato e ad alto rischio di malattia cardiovascolare o in pazienti con CVD conclamata, affrontando uno stile di vita poco sano (ad esempio, combattendo la scarsa qualità della dieta, l'inattività fisica e il fumo) e minimizzando l'impatto dei fattori di rischio cardiovascolare quali i livelli lipidici o la pressione arteriosa. La prevenzione è uno strumento efficace nel ridurre l'incidenza delle malattie cardiovascolari: l'eliminazione dei comportamenti a rischio sanitario consentirebbe di evitare almeno l'80% di CVD e addirittura il 40% dei tumori, evidenziando così benefici anche per altre malattie croniche.

Recentemente sono state pubblicate, su *European Heart Journal* e su *Atherosclerosis*, le linee guida di una Task Force della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea per l'Aterosclerosi (EAS) sulle dislipidemie. Tramite la valutazione delle evidenze attualmente disponibili e l'identificazione delle lacune di conoscenza nella gestione della prevenzione delle dislipidemie, la Task Force ha formulato raccomandazioni per orientare azioni volte a prevenire le malattie cardiovascolari nella pratica clinica attraverso il controllo dei livelli lipidici. Il documento è indirizzato agli operatori sanitari ed è stato sviluppato per facilitare una comunicazione informata alle persone circa il loro rischio cardiovascolare e i vantaggi di adottare e sostenere uno stile di vita sano e di modificare precocemente il quadro dei fattori di rischio. Inoltre, le linee guida forniscono strumenti per gli operatori sanitari per promuovere strategie di intervento, integrarle nei quadri nazionali o regionali di prevenzione e tradurle in servizi di



assistenza sanitaria erogati a livello locale, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) sulle malattie non trasmissibili.

L'inquadramento del paziente deve partire dalla stima del rischio cardiovascolare. Questa non rappresenta solo un'indicazione al medico per la scelta dell'approccio terapeutico più corretto, ma costituisce un utile strumento nel processo di comunicazione del rischio al paziente, essenziale per sensibilizzare e consapevolizzare in merito all'importanza degli interventi preventivi.

Tutte le attuali linee guida sulla prevenzione delle CVD nella pratica clinica raccomandano la valutazione del rischio totale di eventi cardiovascolari o coronarici, perché l'aterosclerosi cardiovascolare è di solito il prodotto di una serie di fattori di rischio e la prevenzione delle malattie cardiovascolari in una determinata persona deve essere adattata al suo rischio cardiovascolare totale: più alto è il rischio, più intensa dovrebbe essere l'azione. A questo scopo, si raccomanda l'utilizzo delle carte del progetto SCORE, che stimano il rischio a 10 anni di incorrere in un evento fatale di natura cardiovascolare. Secondo il modello SCORE, si definiscono a rischio elevato i soggetti che hanno una probabilità di eventi fatali di almeno il 5%. Uno dei vantaggi del sistema SCORE è che può essere calibrato per l'uso in diverse popolazioni, aggiustando i parametri in base ai trend temporali nazionali della mortalità per CVD e della prevalenza dei fattori di rischio. Le carte di rischio come quelle SCORE hanno lo scopo di facilitare la stima del rischio nelle persone apparentemente sane senza CVD documentata. I pazienti che hanno avuto un evento clinico, come una sindrome coronarica acuta o un ictus, sono a rischio molto alto di un ulteriore evento e si qualificano automaticamente per la valutazione e la gestione intensiva dei fattori di rischio. Allo stesso modo, devono essere considerati a rischio molto alto i soggetti con diabete (di tipo I o di tipo II), con patologie renali croniche o con livelli particolarmente elevati di singoli fattori di rischio.

Le carte SCORE sono disponibili sia per il colesterolo totale che per il rapporto colesterolo totale/colesterolo HDL. Tuttavia, analisi sul database SCORE hanno dimostrato che le HDL possono contribuire maggiormente alla valutazione del rischio rispetto a quanto non faccia

il rapporto tra i due parametri lipidici. Questo effetto è particolarmente importante a livelli di rischio appena sotto la soglia del 5%: molti di questi soggetti si qualificano per l'intervento intensivo se il loro livello di HDL è basso. D'altra parte, il colesterolo HDL ha un effetto modesto in alcune popolazioni a basso rischio, in particolare con livelli medi di HDL relativamente alti. Ad ogni modo, sono stati inseriti grafici che illustrano come i livelli di HDL modifichino la stima del rischio, a parità degli altri fattori considerati dallo SCORE.

Le linee guida affrontano anche la questione della stima del rischio nel paziente anziano. In alcune categorie di età, la maggior parte dei soggetti (in particolare degli uomini) mostrerebbe un rischio stimato superiore a 5-10% solo in virtù dell'età, anche quando gli altri livelli dei fattori di rischio sono relativamente bassi. Questo potrebbe portare a un uso eccessivo di farmaci negli anziani e deve essere attentamente valutato dal medico. Studi recenti hanno dimostrato che sistemi come lo SCORE sovrastimano il rischio in soggetti oltre i 55 anni. Le carte SCORE permettono la valutazione del rischio fino ai 65 anni di età; tuttavia, sebbene siano indubbi i benefici derivati dall'interruzione del fumo e dal controllo dell'ipertensione e della iperlipidemia, la decisione di iniziare una terapia farmacologica nell'anziano deve dipendere da un attento giudizio da parte del medico.

Un problema è quello che riguarda i giovani con alti livelli di singoli fattori di rischio, in quanto un basso rischio assoluto può nascondere un altissimo rischio relativo che richiede drastiche modifiche dello stile di vita. Per motivare i giovani a non ritardare questi cambiamenti, può essere utile illustrare la stima del loro rischio relativo, mostrando che i cambiamenti nello stile di vita possono ridurre sostanzialmente il rischio relativo. Perciò, un uomo di 40 anni, non fumatore, con livelli di colesterolo nella norma ma con livelli pressori sistolici di almeno 180 mmHg avrebbe un rischio assoluto di evento cardiovascolare fatale a 10 anni inferiore all'1%. Tuttavia, rispetto a un soggetto normoteso (rischio relativo), avrebbe un rischio 3 volte maggiore, solo in virtù del fattore ipertensione. Se si aggiungesse la condizione di fumatore, il suo rischio corrisponderebbe a 6 volte quello di un soggetto con livelli normali dei fattori di rischio. Un altro approccio alla comunicazione del ri-



Le malattie del pericardio. Diagnosi e terapia

di Massimo Imazio

Il libro, il primo in lingua italiana dedicato alle malattie del pericardio, è una guida pratica rivolta ai clinici e agli specialisti per la gestione diagnostica e terapeutica di queste patologie alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e delle linee guida disponibili.

L'obiettivo è rendere più semplice e razionale l'approccio clinico ma, al tempo stesso, rivolgersi anche ai pazienti, fornendo le informazioni fondamentali per ottenere un inquadramento generale sulla malattia pericardica.

Il testo è diviso in due parti: una parte introduttiva dedicata agli elementi di base di anatomia, fisiologia, epidemiologia ed eziologia e alla valutazione clinica di base e strumentale con cenni generali di terapia medica e chirurgica; una parte specifica sul trattamento delle sindromi pericardiche.

www.pensiero.it

numero verde 800-259620

schio e alla sensibilizzazione alla sua gestione nei giovani è usare il concetto di età rischio-corrispondente, cioè l'età di un soggetto con lo stesso punteggio di rischio ma con livelli ideali di fattori di rischio. Così, un soggetto quarantenne, iperteso, fumatore e con livelli di colesterolo tra 200 e 250 mg/dL ha lo stesso rischio di incorrere in un evento cardiovascolare fatale nei successivi 10 anni di un soggetto senza fattori di rischio ma di 60 anni di età. Questo è un modo intuitivo e facilmente comprensibile di illustrare la probabile riduzione della speranza di vita in un giovane con un basso rischio assoluto ma elevato rischio relativo di CVD se non vengono adottate tempestivamente misure preventive.

Come detto, lo SCORE stima il rischio di eventi fatali. Naturalmente, se si considerassero complessivamente eventi fatali e non fatali il rischio sarebbe più alto, e spesso i medici ne chiedono la quantificazione. I dati SCORE indicano che il rischio totale di un evento cardiovascolare è circa 3 volte superiore al rischio di CVD fatale per gli uomini, così un punteggio di 5% si traduce in un rischio cardiovascolare di circa il 15% di evento fatale o non fatale; il fattore di moltiplicazione è 4 nelle donne ed è più basso nelle persone anziane. Inoltre i medici spesso chiedono la definizione di soglie per attivare gli interventi preventivi o terapeutici (farmacologici e non). Questo è problematico, in quanto il rischio è una funzione continua e non esiste una soglia

in cui, per esempio, un farmaco possa essere indicato automaticamente. Questo è vero per tutti i fattori di rischio continui come il colesterolo plasmatico o la pressione sistolica. Pertanto, gli obiettivi proposti dalle linee guida devono essere letti tenendo in considerazione questo concetto.

Manuela Casula, Alberico L. Catapano

Società Italiana di Terapia Clinica e Sperimentale

BIBLIOGRAFIA

- Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Ž, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglul, Verschuren WM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL; Authors/Task Force Members; Additional Contributor. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016; pii: ehw272. [Epub ahead of print]
- Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Ž, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglul, Verschuren WM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2016; 253: 281-344.