

Nuove linee guida europee per la gestione delle dislipidemie

Le nuove linee guida per la gestione delle dislipidemie, prodotte congiuntamente dall'European Society of Cardiology (ESC) e dall'European Atherosclerosis Society (EAS), sono state pubblicate il 31 agosto scorso e presentate durante il congresso ESC a Parigi, in Francia. Esse forniscono nuove importanti raccomandazioni sulla gestione dei pazienti, che dovrebbero consentire ai clinici di ridurre in modo efficiente e sicuro il rischio cardiovascolare (CV) attraverso la modifica dei lipidi.

NOVITÀ DELLA VERSIONE 2019 DELLE LINEE GUIDA

Questo nuovo documento arriva a tre anni di distanza dalla pubblicazione delle linee guida EAS/ESC 2016. Nel frattempo, importanti studi clinici hanno dimostrato l'efficacia delle terapie con anticorpi monoclonali contro PCSK9 nel ridurre i livelli di colesterolo LDL (LDL-C) a valori inferiori rispetto a quelli raggiunti con un trattamento intensivo con statine, con conseguente riduzione significativa degli eventi cardiovascolari nei pazienti con malattia cardiovascolare su base aterosclerotica (ASCVD) e sindrome coronarica acuta (ACS). È importante ribadire che non esiste una soglia di LDL-C per il beneficio clinico. Una serie di analisi in sottogruppi degli studi Fourier e Odyssey Outcomes ha fornito spunti chiave per aiutare i clinici a indirizzare il trattamento in quei pazienti a più alto rischio cardiovascolare assoluto, che probabilmente trarranno maggiori benefici dall'aggiunta di un inibitore PCSK9. In particolare, i principali destinatari dell'uso degli inibitori del PCSK9 nella pratica clinica sono gli individui ad alto rischio con eventi ricorrenti, malattie cardiovascolari aterosclerotiche più clinicamente rilevanti o punteggio più alto di rischio cardiovascolare globale.

Inoltre, sono emersi ulteriori dati dallo studio Improve-It con ezetimibe, che hanno dimostrato un beneficio cardiovascolare maggiore nei soggetti ad alto rischio con diabete rispetto a soggetti non diabetici, riflettendo il rischio assoluto più elevato di questo gruppo.

Si è anche incrementata la conoscenza dell'impatto delle varianti genetiche che influenzano i livelli di LDL-C e il rischio di cardiopatia ischemica, guidata in gran parte dai risultati degli studi di randomizzazione mendeliana, suggerendo

ancora l'opportunità di ottenere maggiori benefici con un trattamento precoce dei soggetti a più alto rischio di complicanze cliniche di ASCVD.

OBIETTIVI LIPIDICI E STRATIFICAZIONE DEI PAZIENTI IN BASE AL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

I livelli di LDL-C devono essere ridotti il più possibile per prevenire le malattie cardiovascolari, specialmente nei pazienti a rischio alto e molto alto (tabella). Le raccomandazioni indicano, per i pazienti a rischio molto alto (sia in prevenzione primaria che in quella secondaria), l'obiettivo di <55 mg/dl (o <1,4 mmol/l) e almeno il 50% di riduzione dei livelli basali di LDL-C. Nei pazienti ad alto rischio, l'obiettivo di LDL-C è <70 mg/dl (o <1,8 mmol/l) e almeno il 50% di riduzione dai livelli basali di LDL-C. Questi obiettivi rispettano l'approccio secondo cui più basso è il livello di LDL-C, migliore è la prevenzione CV in questi pazienti ad alto rischio.

Una novità delle linee guida è il riconoscimento del fatto che i pazienti con ACS hanno un rischio molto elevato di eventi ricorrenti. Se i pazienti manifestano un secondo evento vascolare entro 2 anni (non necessariamente dello stesso tipo del primo evento) nonostante la terapia con statine alla massima dose tollerata, può essere considerato come obiettivo un livello di LDL-C <40 mg/dl (<1,0 mmol/l).

FOCUS SULLA TERAPIA DI COMBINAZIONE

Con la raccomandazione di questi nuovi obiettivi di LDL-C più bassi in pazienti a rischio molto elevato e ad alto rischio, i membri della task force hanno sottolineato l'importanza del trattamento di combinazione, prima con ezetimibe e poi con un inibitore di PCSK9, per raggiungere questi livelli. Nei pazienti con ACS, se l'obiettivo di LDL-C non viene raggiunto dopo 4-6 settimane nonostante la terapia con statine ed ezetimibe alla massima dose tollerata, si raccomanda un inibitore del PCSK9. In questi pazienti, qualora siano già massimamente trattati con statina ed ezetimibe al momento dell'evento, per il raggiungimento dell'obiettivo lipidico dovrebbe essere considerata l'aggiunta di un inibitore PCSK9 subito dopo l'evento (se possibile, durante il ricovero).

ACIDI GRASSI OMEGA-3 NELL'IPERTRIGLICERIDEMIA

Mentre il trattamento con statine rimane la prima scelta per la gestione dell'ipertrigliceride-

I livelli di colesterolo LDL-C devono essere ridotti il più possibile per prevenire le malattie cardiovascolari, specialmente nei pazienti a rischio alto e molto alto

BIBLIOGRAFIA

Catapano AL, Graham I, De Backer G et al. 2016 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J 2016; 37: 2999-3058.

Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2019, Epub ahead of print.

Rischio molto alto	ASCVD documentata, clinicamente o tramite imaging: sindrome coronarica acuta, angina stabile, rivascolarizzazione coronarica, ictus o attacco ischemico transitorio, patologia arteriosa periferica. Una ASCVD documentata tramite imaging include riscontri noti per essere associati allo sviluppo futuro di eventi clinici, come una placca rilevante all'angiografia coronarica, o alla TAC (malattia coronarica multivasale, con due arterie epicardiche principali con stenosi >50%) o all'ultrasonografia carotidea.
	Diabete mellito (DM) con danno d'organo (microalbuminuria, retinopatia, neuropatia) o almeno 3 fattori di rischio CV, o DM di tipo 1 comparso precocemente e presente da più di 20 anni.
	Nefropatia cronica severa (eGFR <30 ml/min/1,73 m ²).
	SCORE ≥10% per il rischio a 10 anni di CVD fatale.
	Ipercolesterolemia familiare con ASCVD o un altro fattore di rischio CV.

Rischio alto	Singoli fattori di rischio particolarmente elevati, come colesterolo totale >310 mg/dl (>8 mmol/l), LDL-C >190 mg/dl (>4,9 mmol/l) o pressione arteriosa ≥180/110 mmHg.
	Ipercolesterolemia familiare senza altri fattori di rischio CV.
	Diabete mellito senza danno d'organo, ma presente da almeno 10 anni o in concomitanza ad un altro fattore di rischio CV.
	Nefropatia cronica moderata (eGFR 30-59 ml/min/1,73 m ²).
	SCORE ≥5% e <10% per il rischio a 10 anni di CVD fatale.

Criteria per la classificazione dei pazienti a rischio alto o molto alto secondo le nuove linee guida europee 2019 per la gestione delle dislipidemie

mia (TG >200 mg/dl o 2,3 mmol/l), le nuove linee guida hanno tenuto conto delle evidenze emerse dal Reduce-It e raccomandano gli acidi grassi omega-3 in pazienti ad alto rischio CV e con TG persistentemente elevati (tra 135 e 499 mg/dl o 1,5 e 5,6 mmol/l) nonostante il trattamento con statine. In pazienti ad alto rischio, con LDL-C controllato e con TG >200 mg/dl (o >2,3 mmol/l), fenofibrato o bezafibrato possono essere considerati in combinazione con le statine.

IMPORTANZA DELLA LIPOPROTEINA (A)

Con un consistente e crescente numero di evidenze da studi di epidemiologia e di randomizzazione mendeliana a supporto del ruolo causale della lipoproteina(a) [Lp(a)] nella cardiopatia ischemica, le linee guida ESC/EAS raccomandano la misurazione della Lp(a) almeno una volta in tutti gli adulti. Le linee guida hanno sottolineato che gli individui con Lp(a) molto elevata, indicativa di un disturbo lipidico ereditario, hanno probabilmente un rischio ASCVD durante la vita simile a quello degli individui con ipercolesterolemia familiare eterozigote. La nuova enfasi su Lp(a) è importante alla luce del fatto che nuovi trattamenti specifici stanno ora entrando in studi clinici di fase III in pazienti ad alto e altissimo rischio. Le opzioni attuali per il trattamento di livelli alti di Lp(a) sono limitate agli inibitori di PCSK9, che hanno dimostrato di ridurre tali livelli del 25-30% in media, con o senza terapia statinica concomitante.

Manuela Casula, Alberico L. Catapano
Società Italiana di Terapia Clinica e Sperimentale

VACCINI. IL DIRITTO DI (NON) AVERE PAURA

Un caso che ha da insegnare più di quanto si potrebbe credere

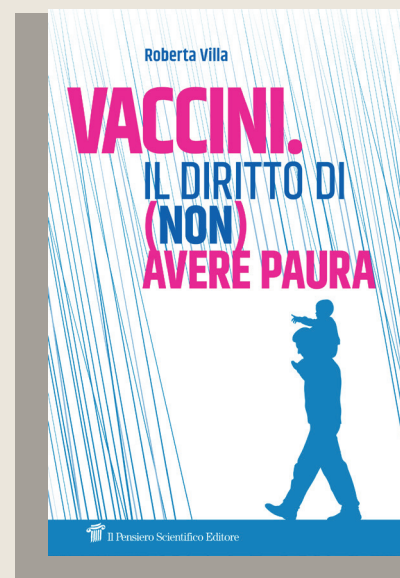
Seconda edizione

Di Roberta Villa

Giornalista scientifica e membro del NITAG (Gruppo Tecnico Consultivo Nazionale sulle Vaccinazioni)

Tutti abbiamo il diritto di avere paura. Accanto a questo diritto, abbiamo però anche il dovere di informarci, riflettere e fare poi le scelte più vantaggiose per noi stessi e per i nostri figli. Per questo Roberta Villa, giornalista scientifica laureata in medicina, oltre a passare in rassegna i punti critici più spesso chiamati in causa nel dibattito sui vaccini, si dedica con attenzione alla ricostruzione e all'analisi del fenomeno antivaccinista.

Ponendo le basi per un dialogo con gli incerti. Perché se è vero che la diffidenza verso i vaccini è basata anche sulla scarsa conoscenza, le strategie per superarla devono saper comprendere le ragioni di questa ostilità.



Il Pensiero Scientifico Editore

Numero verde 800-259620