

# Nuove linee guida americane 2013 ACC/AHA sul trattamento del colesterolo plasmatico per ridurre il rischio cardiovascolare aterosclerotico: confronto con le raccomandazioni ESC/EAS per la gestione delle dislipidemie

Alberico L. Catapano<sup>1</sup>, Maurizio Averna<sup>2</sup>, Pompilio Faggiano<sup>3</sup>, Salvatore Novo<sup>3</sup>, a nome della Federazione Italiana di Cardiologia e della Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi, con l'endorsement della European Society of Atherosclerosis e della European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation

<sup>1</sup>Past President della Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi e Presidente della European Society of Atherosclerosis

<sup>2</sup>Presidente della Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi

<sup>3</sup>Coordinatori Nazionali per la Prevenzione Cardiovascolare, European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, European Society of Cardiology

G Ital Cardiol 2014;15(1):19-20

L'American College of Cardiology (ACC) e l'American Heart Association (AHA) hanno recentemente pubblicato tre documenti riguardanti le linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari<sup>1-3</sup>: un documento sulla gestione dello stile di vita, uno su sovrappeso e obesità e uno sul 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 Società Europea di Cardiologia (ESC) e dalla Società Europea dell'Arteriosclerosi (EAS) nel 2011 per il trattamento delle dislipidemie<sup>4</sup>, le raccomandazioni ACC/AHA enfatizzano l'importanza della riduzione del colesterolo LDL nella prevenzione cardiovascolare, sia primaria che 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:

1. individui con evidenze cliniche di malattia cardiovascolare aterosclerotica;
2. individui con aumento primario del colesterolo LDL oltre 190 mg/dl (4.9 mmol/l);
3. individui con diabete, nella fascia di età 40-75 anni e con colesterolo LDL 70-189 mg/dl (1.8-4.9 mmol/l) senza evidenze cliniche di malattia cardiovascolare aterosclerotica;
4. individui senza malattia cardiovascolare aterosclerotica o diabete, con colesterolo LDL 70-189 mg/dl (1.8-4.9 mmol/l) e rischio stimato di malattia cardiovascolare aterosclerotica a 10 anni  $\geq 7.5\%$ .

Nelle linee guida ESC/EAS, la stratificazione del rischio definiva quattro gruppi in base al rischio cardiovascolare totale: rischio molto alto, alto, moderato e basso. La prevenzione è quindi adattata alla stima del rischio cardiovascolare totale. Le linee guida ESC/EAS raccomandano di considerare il trattamento farmacologico del colesterolo LDL nel contesto della prevenzione primaria quando il rischio cardiovascolare totale è elevato o molto elevato e/o in soggetti con un rischio moderato ma con valori di colesterolo 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 cardiovascolare aterosclerotico  $>7.5\%$ , a prescindere dal livello di colesterolo 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.** Se tale ampia porzione della popolazione venisse trattata con statine, dovrebbero essere valutati i potenziali effetti collaterali.

Nelle linee guida ACC/AHA è stato sviluppato un nuovo modello per la stima del rischio totale di malattia cardiovascolare (*pooled cohort equations*). Dai documenti disponibili non è possibile valutare come questo modello si rapporti al modello SCORE europeo. Con tali modelli, è essenziale che la popolazione da cui il modello è derivato sia il più possibile simile alla popolazione osservata nella pratica clinica. **Pertanto, per la popolazione europea si continua a raccomandare l'utilizzo delle tabelle SCORE o di tabelle nazionali calibrate sullo SCORE.**

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 me-

© 2014 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 23.12.2013.

Per la corrispondenza:

**Prof. Salvatore Novo** Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefrourologiche, AOUP "Paolo Giaccone", Università degli Studi, Via del Vespro 127, 90127 Palermo  
e-mail: salvatore.novo@unipa.it

**Tabella 1.** Somiglianze e differenze nella terapia farmacologica tra il documento 2011 ESC/EAS sul trattamento delle dislipidemie e quello 2013 ACC/AHA sul trattamento del colesterolo plasmatico per ridurre il rischio cardiovascolare aterosclerotico.

	ESC/EAS	ACC/AHA
Prevenzione secondaria	Target C-LDL <70 mg/dl (<1.8 mmol/l) o almeno una riduzione del 50%. Se il target non può essere raggiunto con la statina, può essere considerata una combinazione di farmaci.	Terapia intensiva con statine. Se non si raggiunge una riduzione del 50%, può essere considerata una combinazione di farmaci.
Intolleranza alle statine in prevenzione secondaria	Ridurre la dose di statina, considerare la terapia di combinazione.	Statina a dose bassa o moderata, considerare la terapia di combinazione.
Prevenzione primaria in soggetti con C-LDL >190 mg/dl (4.9 mmol/l)	Target C-LDL <100 mg/dl (<2.5 mmol/l). Se il target non può essere raggiunto, perseguire la massima riduzione del C-LDL utilizzando appropriate combinazioni di farmaci a dosi tollerate.	Terapia intensiva con statine, per raggiungere almeno una riduzione del C-LDL del 50%. Se non si riesce a raggiungere una riduzione del 50%, considerare una terapia aggiuntiva.
Prevenzione primaria in soggetti diabetici	Diabete con altri fattori di rischio o danno d'organo: target C-LDL <70 mg/dl (<1.8 mmol/l) o almeno una riduzione del 50%. Diabete non complicato: target C-LDL <100 mg/dl (<2.5 mmol/l)	Diabete e alto rischio: terapia intensiva con statine. Diabete e basso rischio: terapia con statine a moderata intensità.
Prevenzione primaria in soggetti ad alto rischio	Rischio di MCV fatale, SCORE $\geq$ 5%: target C-LDL <100 mg/dl (<2.5 mmol/l)	Rischio totale di eventi cardiovascolari >7.5%: terapia con statine a intensità moderata-alta. Rischio di eventi cardiovascolari 5-7.5%: terapia con statine a intensità moderata.

C-LDL, colesterolo LDL; MCV, malattia cardiovascolare.

dico. Non viene suggerito nessun target di trattamento in mmol/l di colesterolo 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. L'approccio pragmatico di disegnare le strategie di prevenzione cardiovascolare basandosi solo sui criteri utilizzati in studi controllati e randomizzati, può limitarne l'efficacia.***

Nel monitoraggio della terapia con statine, le linee guida ACC/AHA suggeriscono che una riduzione attesa del 50% del colesterolo 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 ESC/EAS una riduzione del 50% dal livello basale è indi-

cata come un obiettivo facoltativo in soggetti ad altissimo rischio totale se il target di colesterolo 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 ESC/EAS 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 ESC/EAS, 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 ESC/EAS includono anche una più approfondita discussione e opzioni su trattamenti farmacologici diversi dalle statine.

***Le linee guida ESC/EAS hanno funzionato bene in Europa. Sono state ampiamente accettate e adottate e, sulla base della discussione di cui sopra, ESC ed EAS 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 colesterolo 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. Esempi di somiglianze e differenze nella terapia farmacologica tra le due linee guida sono riportati nella Tabella 1.

## BIBLIOGRAFIA

1. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, 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* 2013 Nov 12 [Epub ahead of print].
2. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report

- of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013 Nov 7 [Epub ahead of print].
3. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, 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* 2013 Nov 12 [Epub ahead of print].
4. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, et al. 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* 2011;217(Suppl 1): S1-S44.