Come usare l'ASA in prevenzione primaria

Data 19 marzo 2009
Categoria cardiovascolare

La U.S. Preventive Services Task Force, dopo un'ampia analisi della letteratura, ha elaborato alcune raccomandazioni per l'uso dell'ASA in prevenzione primaria dell'infarto miocardico e dell'ictus.

La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ha compiuto un'ampia revisione della letteratuta onde definire e ottimizzare l'uso dell'ASA in prevenzione primaria.
Queste le raccomandazioni conclusive:
1) incoraggiare gli uomini di 45-79 anni ad usare l'ASA quando i benefici potenziali di riduzione dell'infarto miocardico superano i rischi di emorragia (gastrointestinale, stroke emorragico)
2) incoraggiare le donne di 55-79 anni ad usare l'ASA quando i benefici di riduzione dello stroke ischemico superano i rischi di emorragia gastrointestinale
3) non ci sono prove sufficienti per valutare rischi e benefici nei soggetti con più di 80 anni
4) scoraggiare l'uso di ASA negli uomini con meno di 45 anni e nelle donne con meno di 55 anni.

ASA negli uomini
Per valutare l'opportunità di usare l'ASA negli uomini la Task Force consiglia per prima cosa di determinare il rischio cardiovascolare a 10 anni del soggetto in esame, per esempio utilizzando il software reperibile al sito: http://healthlink.mcw.edu/article/923521437.html.
Si deve poi consultare una tabella in cui viene da una parte determinato il numero di infarti che si possono prevenire con l'ASA per ogni livello di rischio cardiovascolare e dall'altra il numero di emorragie gastrointestinali e di stroke che invece si avrebbero usando l'ASA.
Per esempio per ogni 1000 uomini di età compresa tra 45 e 59 anni l'ASA determina 8 emorragie gastrointestinali ed uno stroke emorragico; nel contempo si evitano circa 3 infarti del miocardio per un rischio CV a 10 anni dell'1%, circa 6 infarti per un rischio del 2%, circa 9 infarti per un rischio del 3%, 13 infarti per un rischio del 4%, 16 infarti per un rischio del 5% e così via. E' evidente allora che la soglia oltre la quale i benefici superano i rischi è individuabile al 4% di rischio CV.
Per gli uomini di età compresa tra 60 e 69 anni l'ASA comporta ogni 1000 persone trattate 24 emorragie gastrointestinali e 1 ictus emorragico. La soglia di rischio oltre la quale i benefici superano i rischi si attesta sul 9%: infatti per un rischio dell'8% l'ASA previene circa 25 infarti mentre per un rischio del 9% ne previene circa 29.
Per gli uomini di 70-79 anni l'ASA comporta, ogni 1000 persone trattate, 36 emorragie gastrointestinali e 1 ictus emorragico. La soglia di rischio CV oltre la quale i benefici superano i rischi si attesta sul 12%: infatti per un rischio cardiovascolare dell'11% l'ASA previene, in questa fascia d'età, circa 35 infarti, mentre per un rischio del 12% ne previene 38.
Questi dati sono stati sviluppati presupponendo che i pazienti non assumano FANS e che non abbiano condizioni che comportino un aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale. In questi casi la valutazione ed il rapporto rischi/benefici cambia totalmente.
Ovviamente la decisione se usare o meno l'ASA deve essere personalizzata, tanto più quanto il rischio cardiovascolare è prossimo alla soglia decisionale. Per esempio per alcuni può essere più importante evitare un infarto che correre il rischio di avere un evento emorragico maggiore gastrointestinale ed allora questi pazienti sceglieranno l'ASA anche per soglie di rischio basse; per altri può essere vero l'opposto e preferire il rischio di un infarto (eventualmente da ridurre con misure diverse dall'ASA) piuttosto del pericolo di avere uno stroke emorragico od un grave sanguinamento gastrointestinale.

ASA nelle donne
Per prima cosa bisogna valutare il rischio di stroke a 10 anni, per esempio usando il software reperibile al seguente indirizzo: http://www.westernstroke.org/PersonalStrokeRisk1.xls.
Come per gli uomini va poi consultata la relativa tabella che mostra il rischio di emorragie gastrointestinali associato all'ASA ed il numero di ictus prevenuti con la terapia ogni 1000 donne trattate.
Cosi, nella fascia d'età 55-59 anni, l'ASA provoca 4 emorragie GI ogni 1000 trattate e previene 3,4 stroke se il rischio a 10 anni è del 2% e 5 stroke se il rischio è del 3%. Pertanto la soglia decisionale è posta ad un rischio di ictus a 10 anni del3%.
Per le donne di età 60-69 anni si stimano 12 emorragie GI ogni 1000 trattate, mentre gli ictus evitati sono 11,9 per un rischio del 7% e 13,6 per un rischio dell'8%: la soglia decisionale pertanto è posta all'8%.
Per le donne di età 70-79 si stima un rischio di emorragie GI di 18 ogni 1000 donne trattate; per un rischio di ictus a 10 anni del 10% si evitano 17 ictus ogni 1000, mentre per un rischio dell'11% si evitano 18,7 ictus. Pertanto la soglia decisionale è posta all'11%.
Tuttavia anche in questo caso la Task Force sottolinea che la decisione se assumere o meno ASA è individuale. Per alcune donne sarà più importante ridurre il rischio di stroke e quindi queste pazienti decideranno di assumere ASA anche per un livello di rischio più basso, altre saranno più spaventate dal rischio emorragico che dal rischio di stroke, che eventualmente potrà essere ridotto in altra maniera tenuto conto che esso è legato in parte a fattori poco

modificabili (età) ed in parte a fattori modificabili o trattabili (fumo, diabete, ipertensione, fibrillazione atriale).

Valutazione del rischio emorragico gastrointestinale
Prima di prendere qualsiasi decisione va valutato anche il rischio di emorragia GI. I fattori principali da prendere in cosniderazione sono l'età (il rischio aumenta negli anziani), il sesso (il rischio è maggiore negli uomini), una storia di ulcera peptica o di sanguinamento gastrointestinale, l'uso di FANS, l'uso di warfarin e l'ipertensione non controllata.

Qual è la dose ottimale di ASA in prevenzione primaria?
Gli studi hanno dimostrato che le dosi di ASA di 75-100 mg al giorno oppure di 100-300 mg a giorni alterni sono tutte ugualmente efficaci. Una dose di 75 mg/die probabilmente è quella preferibile visto che il rischio emorragico aumenta con l'aumentare della dose.

Alcuneavvertenze
La TASK force ricorda che il beneficio dell'ASA nei diabetici in prevenzione primaria è controverso e che sarebbero necessari ulteriori studi per chiarire la questione.
Aggiungiamo che le valutazioni del rischio cardiovascolare e di stroke suggerite dalla USPSTF si basano su algoritmi ricavati dallo studio di Framingham: nelle popolazioni mediterranee il rischio è minore e di questo bisogna tener conto nella valutazione del rapporto benefici/pericoli della terapia.

RenatoRossi

Referenze

1. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2009 Mar 17; 150: 396-404
2. Wolff T et al. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2009 Mar 17;150: 405-410