



Linee guida inglesi 2014 sulla prevenzione cardiovascolare

Data 04 maggio 2014
Categoria cardiovascolare

Le linee guida inglesi 2014 sulla prevenzione cardiovascolare adottano un nuovo software per il calcolo del rischio che tiene conto anche del rischio "di tutta la vita".

Come abbiamo scritto in una pillola recente, sono state pubblicate da poco le linee guida americane sul trattamento dell'ipercolesterolemia. La maggior novità è l'abbandono del target di colesterolo LDL.

Parere di chi scrive è che queste linee guida siano un utile strumento per aiutare il medico e il paziente nella decisione di come attuare la prevenzione cardiovascolare.

A nostro avviso, però, queste linee guida andrebbero adattate alla specificità della popolazione italiana per cui, in prevenzione primaria, si può usare, per calcolare il rischio cardiovascolare, il software proposto dal "Progetto Cuore", messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità.

La soglia cut off per decidere a quale livello di rischio iniziare la terapia con una statina viene individuata, nelle linee guida USA, per valori $\geq 7,5\%$ di rischio a 10 anni.

Vengono ora pubblicate le linee guida inglesi che adottano un approccio in parte diverso e per certi versi innovativo.

Nello spazio di una pillola è impossibile anche farne un breve riassunto per cui invitiamo i lettori alla consultazione del documento originale.

La novità maggiore è questa: il rischio cardiovascolare di una persona non dovrebbe venir calcolato solo su un periodo abbastanza breve (i classici 10 anni) ma sul rischio di tutta la vita. Basarsi solo sul rischio a 10 anni comporta infatti che i destinatari maggiori delle raccomandazioni sono gli adulti-anziani di sesso maschile. Ma è noto che il processo aterosclerotico inizia precocemente e che molti soggetti giovani, pur avendo un rischio calcolato a 10 anni relativamente basso, hanno molti fattori di rischio cardiovascolare modificabile e quindi il rischio che corrono nel corso della loro intera vita è elevato perchè restano esposti a questi fattori per molti decenni.

Secondo la linee guida inglesi una terapia ipocolesterolemizzante è consigliata nei seguenti soggetti a rischio cardiovascolare:

- pazienti con pregresso evento cardiovascolare
- diabetici > 40 anni
- insufficienza renale in stadio 3-5
- soggetti con ipercolesterolemia familiare

Nei soggetti in prevenzione primaria che non rientrano nelle categorie precedenti si deve calcolare il rischio cardiovascolare con un nuovo software. Qui sta la maggiore novità di cui si diceva in precedenza. Infatti questo software, oltre a calcolare il rischio cardiovascolare a 10 anni, calcola altri parametri come "l'età del cuore", l'età media fino alla quale è probabile vivere senza soffrire di un infarto o di un ictus, la probabilità di evitare un infarto o un ictus negli anni a venire, etc.

Modificando i vari fattori di rischio (per esempio il valore del colesterolo LDL, del colesterolo HDL, della pressione arteriosa sistolica, etc.) il software calcola quali sarebbero i cambiamenti dei vari parametri rispetto al non cambiamento. Queste modalità di illustrare al paziente vari aspetti del suo rischio cardiovascolare sono utili per evidenziare che per modificare alcuni fattori di rischio (sia con interventi sullo stile di vita che con trattamenti farmacologici) non è mai troppo tardi.

Per rendere comprensibile come funziona il software facciamo l'esempio di un uomo di 61 anni, senza pregressi eventi cardiovascolari, non diabetico, non fumatore, con colesterolo totale 270 mg/mL, HDL 55 mg/mL, pressione arteriosa sistolica 120 mmHg. Questo soggetto ha un rischio cardiovascolare a 10 anni di andar incontro ad infarto o ictus del 9,9%. L'età stimata del suo cuore è di 64 anni. Probabilmente può aspettarsi di vivere fino a 81 anni senza incorrere in un infarto o in un ictus. Se riduce il suo colesterolo totale a 240 mg/dL il suo cuore avrà un'età di 61 anni e avrà guadagnato 0,49 anni di vita senza avere un infarto o un ictus, se lo riduce a 215 avrà un cuore di 60 anni e avrà guadagnato 0,86 anni di vita senza infarto o ictus.

Ipotizziamo, ora, un uomo di 40 anni che non fuma, con pressione arteriosa sistolica di 130 mmHg, colesterolo totale 250 mg/dl, HDL 46 mg/dl: ha un rischio di infarto o ictus a 10 anni molto basso (=1,78%), ma, essendo esposto per molti anni ai fattori di rischio, l'età media a cui, probabilmente può arrivare senza soffrire di infarto o ictus sarà di 78 anni. Se riduce la pressione arteriosa sistolica a 120 mmHg e il colesterolo totale a 215 mg/dl avrà un guadagno di 2,2 anni liberi da infarto o ictus.



Il confronto con l'esempio precedente permette di comprendere come funziona il calcolo del rischio proiettato a tutta la vita.

Gli autori sottolineano che questi nuovi parametri sono un complemento al classico calcolo del rischio cardiovascolare a 10 anni e non debbono essere intesi obbligatoriamente come guida per iniziare una terapia farmacologica, ma come un metodo per illustrare al paziente quali saranno le conseguenze del suo stato attuale e quali potrebbero essere modificando alcuni fattori (come per esempio l'abitudine al fumo, i valori della pressione sistolica o del colesterolo totale).

Le linee guida, in prevenzione primaria, consigliano di intraprendere una terapia ipocolesterolemizzante con statine nei soggetti con rischio cardiovascolare a 10 anni, calcolato con il nuovo software, superiore alla soglia determinata dal NICE. Attualmente il cut off è al 20%, ma è in via di ridefinizione, sarà sicuramente ridotto, forse portato al 10%.

Nei soggetti con rischio cardiovascolare a 10 anni inferiore alla soglia stabilita dal NICE ma con un rischio cardiovascolare "di tutta la vita" elevato (stimato con i nuovi parametri come l'età del cuore, gli anni probabili che restano liberi da infarto o ictus, etc.) si dovrebbe discutere con il paziente se, oltre agli interventi sullo stile di vita, sia utile anche intraprendere una terapia farmacologica con statine.

Chedire?

Ci sembra un approccio in buona parte innovativo ad un argomento estremamente importante come la prevenzione cardiovascolare. Sicuramente mette a disposizione del medico un altro mezzo per stratificare il rischio di ogni singolo paziente e prendere la decisione più appropriata.

RenatoRossi

Bibliografia

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5952>

2. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3). Heart 2014;100:ii1-ii67doi:10.1136/heartjnl-2014-305693
http://heart.bmj.com/content/100/Suppl_2/ii1.full