Statine in prevenzione primaria: le linee guida aiutano?

Data 25 giugno 2017
Categoria cardiovascolare

Le linee guida della USPSTF per la prescrizone di statine in prevenzione cardiovascolare primaria portano a trattare molti meno pazienti rispetto a quelle dell' AHA/ACC.

Nel 2016 la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha pubblicato le sue linee guida per la prescrizione di statine in prevenzione cardiovascolare primaria .

Riassumiamo di seguito le principali raccomandazioni della Task Force:

1) usare una statina a dosi basse o medie negli adulti di età compresa tra 40 e 75 anni senza una storia di malattia cardiovascolare che abbiano uno o più fattori di rischio (dislipidemia, diabete, ipertensione, fumo) e un rischio cardiovascolare a 10 anni >/= 10%. Il calcolo prevede l'uso del software messo a punto dall'AHA/ACC (http://www.cvriskcalculator.com). Per dislipidemia si intende un colesterolo LDL > 130 mg/dL e/o un colesterolo HDL < 40mg/dL.

2) una statina può essere prescritta anche negli adulti di età compresa tra 40 e 75 anni senza storia di malattia cardiovascolare con uno o più fattori di rischio e con un rischio cardiovascolare a 10 anni compreso tra 7,5 e 10%.

3) non ci sono evidenze sufficienti per valutare rischi e benefici dell'inizio di una statina in prevenzione primaria nei soggetti con età >/= 76 anni.

Le raccomandazioni della USPSTF non si applicano a soggetti affetti da ipercolesterolemia familiare oppure a quelli con colesterolo LDL > 190 mg/dL: in questi casi l'uso di una statina è consigliato tout court.

Uno studio ha valutato cosa succederebbe applicando queste linee guida e quelle dell'AHA/ACC alla popolazione americana usando i dati del National Health and Nutrition Examination Survey (NAHNES). Si ottengono risultati completamentedivergenti.
Applicando le linee guida dell'USPSTF sarebbero meritevoli di una statine circa 17 milioni di adulti americani. Invece applicando le linee guida dell'AHA/ACC una statina dovrebbe essere prescritta a circa 26 milioni di americani.

Come si vede si tratta di una differenza di 9 milioni di individui. Secondo i calcoli di Pagidipati e collaboratori più della metà di essi sarebbero soggetti di età compresa tra i 40 e i 59 anni con un basso rischio cardiovascolare a 10 anni ma con un rischio a 30 anni di quasi il 35%. Inoltre circa un quarto di questi individui sarebbe affetto da diabete.

Che dire? Sono troppo aggressive le linee guida dell'AHA/ACC o troppo permissive quelle dell'USPSTF?

Per il medico pratico la questione non è di poco conto. Quel che è certo è che l'esistenza di numerose linee guida che forniscono non di rado raccomandazioni tra loro divergenti non solo non facilita il compito ai sanitari ma rende complicata e complessa la questione.

Già in una precedente occasione abbiamo fatto notare come l'applicazione di una linea guida piuttosto di un'altra può portare a comportamenti terapeutici tra loro contrastanti . Ovviamente, come non esiste lo studio perfetto, così non può esistere la linee guida ottimale e il medico dovrà decidere quale seguire, in sostanziale accordo con le preferenze del paziente.

Il nostro parere è già stato più volte espresso: considerato che un certo margine di discrezionalità è comunque inevitabile, chi scrive propone di riportare in auge il calcolo del rischio elaborato con il software messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità con il Progetto Cuore (http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp). Questo software ha il vantaggio di adattarsi bene alla popolazione italiana in quanto è stato elaborato su studi epidemiologici nazionali.
Come soglia del rischio per decidere la prescrizione di una statina può essere ragionavole proporre una soglia >/= 10 %. A questa soglia, a nostro avviso, si può, comunque derogare, qualora nel paziente in esame siano presenti fattori di rischio aggiuntivi che non vengono considerati dal software (per esempio, obesità, familiarità per cardiopatia ischemica, etc.). Nello stesso tempo non va dimenticato che qualsiasi farmaco ha dei benefici ma anche dei rischi e che la prescrizione di una terapia in soggetti sani è sempre un atto per certi versi invasivo.
A questo proposito ci sembra quanto mai utile quanto sottolineato dalla USPSTF nel suo report: le decisioni cliniche implicano molte più considerazioni che le sole evidenze .

RenatoRossi

Bibliografia

1. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in AdultsUS Preventive Services Task Force Recommendation Statement. US Preventive Services Task Force
JAMA.2016;316:1997-2007.

2. Pagidipati NJ et al. Comparison of recommended eligibility for primary prevention statin therapy based on the US Preventive Services Task Force recommendations vs the ACC/AHA guidelines. JAMA 2017; 317:1563-1567.

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5952

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6305