

■ LIPIDOLOGIA

Ipercolesterolemia: dal congresso AHA le nuove linee guida

Al congresso dell'American Heart Association (Chicago, 10-12/11/2018) è stato presentato l'aggiornamento delle linee guida per la gestione delle ipercolesterolemie, in cui viene sottolineato il ruolo dei nuovi farmaci e la necessità di un approccio terapeutico personalizzato. Il documento rafforza l'importanza delle modifiche dello stile di vita e le raccomandazioni si basano sull'individuazione e sul trattamento dei fattori di rischio per le malattie CV.

► Take-home message

Sono dieci i punti fondamentali contenuti nel nuovo documento.

- 1.** Adottare una vita di stile di vita sano è una misura valida per tutti i pazienti.
- 2.** Ai pazienti con malattia CV aterosclerotica clinica (ASCVD) deve essere prescritta una statina ad alta intensità o statina alla dose massima tollerata per la riduzione delle Ldl.
- 3.** Nei pazienti con ASCVD ad alto rischio (definito come eventi CV multipli o un evento associato a più caratteristiche ad alto rischio) va considerata una terapia con farmaci diversi dalle statine se con queste non si raggiunge il target C-Ldl <70 mg/dL. La prima opzione è ezetimibe e se l'obiettivo non è raggiunto, può esse-

re considerato un inibitore PCSK9.

- 4.** Ai pazienti con C-Ldl ≥ 190 mg/dL deve essere prescritta una terapia con statine ad alta intensità indipendentemente dal rischio; ai pazienti ad alto rischio con DM l'opzione sono le statine ad alta intensità (obiettivo ridurre il C-Ldl di almeno il 50%).

I punti che seguono sono riferiti a pazienti tra i 40 e i 75 anni.

- 5.** Prima di introdurre la statina in prevenzione primaria, la terapia va discussa con il paziente.

- 6.** Nei pazienti con diabete e C-Ldl di almeno 70 mg/dL, la terapia con statine di intensità moderata deve essere avviata indipendentemente dal rischio di ASCVD a 10 anni.

- 7.** In presenza di C-Ldl ≥ 70 mg/dL, senza diabete e con rischio di ASCVD a 10 anni di almeno il 7.5%, è raccomandato un regime con statine di intensità moderata se il profilo di rischio lo consiglia. In caso di livello di rischio incerto, il punteggio della calcificazione dell'arteria coronaria può essere utilizzato per migliorare la specificità. Se viene prescritta la terapia con statine, l'obiettivo dovrebbe essere la riduzione di C-Ldl di almeno il 30% (almeno il 50% se il rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica a 10 anni è $\geq 20\%$).

- 8.** In presenza di C-Ldl ≥ 70 mg/dL, senza diabete e con rischio di ASCVD

a 10 anni compreso tra 7.5% e 19.9%, vanno effettuati interventi mirati ai fattori di rischio personalizzando al meglio una eventuale terapia con statine. Fattori che aumentano il rischio includono storia familiare di ASCVD prematura, livelli di C-Ldl persistente di almeno 160 mg/dL, sindrome metabolica, malattia renale cronica, preeclampsia, menopausa precoce, malattie infiammatorie croniche, appartenenza a una razza/etnia ad alto rischio, livelli persistentemente elevati di: trigliceridi (almeno 175 mg/dL), apolipoproteina B, PCRhs, indice caviglia-braccio <0.9 e lipoproteina (a) ≥ 50 mg/dL.

- 9.** In presenza di C-Ldl ≥ 70 mg/dL, senza diabete e con rischio ASCVD a 10 anni compreso tra 7.5% e 19.9%, se non si riesce a ottenere un miglioramento del livello di rischio va presa in considerazione la misurazione del punteggio di calcificazione coronarica (CAC): la terapia con statine deve essere iniziata in pazienti con: punteggio CAC di 100 unità Agatston o più, punteggio compreso tra 1 e 99 unità Agatston e non deve essere iniziata in pazienti con un punteggio CAC di 0, a meno che non siano fumatori, abbiano il diabete o una storia familiare di CVD aterosclerotica precoce.

- 10.** Dopo aver iniziato la terapia ipolipemizzante, è bene valutare l'aderenza e la risposta alle misure farmacologiche e sullo stile di vita a 4-12 settimane, e in seguito a 3-12 mesi.

• Grundy SM et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2018; 000: e000-e000. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000625