



Nuove linee guida Acc/Aha per la gestione delle dislipidemie: “Prima è meglio”

Trattamento precoce, nuovi obiettivi per il colesterolo, ricorso a un nuovo calcolatore del rischio di malattia aterosclerotica, uso selettivo del punteggio di calcio coronarico, test della lipoproteina(a) e dell'apolipoproteina B, nuovi trattamenti e indicazioni per la gestione dei lipidi in popolazioni specifiche: le nuove raccomandazioni Usa presentano diverse novità. Ecco le principali

Lo scopo delle “Linee guida del 2026 sulla gestione della dislipidemia” è, per citare gli autori, quello di “affrontare in modo pratico la valutazione, la gestione e il monitoraggio dei pazienti con dislipidemie, tra cui ipercolesterolemia, ipertriglicidemia e livelli elevati di lipoproteina(a) [Lp(a)]”. Queste linee guida sono state rinominate da “Linee guida del 2018 sulla gestione del colesterolo nel sangue” a “Linee guida del 2026 sulla gestione delle dislipidemie” per riflettere la crescente comprensione del rischio di malattie cardiovascolari aterosclerotiche (Ascvd) associato alle lipoproteine aterogene, oltre alle Ldl: i trigliceridi (Tg) e le particelle *remnants*, e la Lp(a).

Trattamento precoce e target più bassi di C-Ldl

Un aspetto fondamentale delle linee guida è l'**intervento precoce** attraverso modifiche dello stile di vita, come il mantenimento di un peso corporeo sano, l'attività fisica regolare, l'evitare i prodotti del tabacco, la priorità data a sane abitudini del sonno e l'assunzione di farmaci ipocolesterolemizzanti quando indicato. Inoltre, le linee guida ribadiscono l'importanza di **obiettivi più bassi per il colesterolo Ldl**, con una riduzione percentuale basata sul rischio, al fine di ridurre l'esposizione a lungo termine ai lipidi aterogeni e il rischio di infarto e di ictus.

Un nuovo calcolatore di rischio

Una delle principali novità riguarda la raccomandazione dell'utilizzo di un calcolatore del rischio cardiovascolare più recente e aggiornato, il **Prevent** (*Predicting risk of cardiovascular disease events*, <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>).

Le equazioni Prevent-Ascvd sono progettate per adulti di età compresa tra 30 e 79 anni senza Ascvd nota o aterosclerosi subclinica e con livelli di C-Ldl compresi tra 70 e 189 mg/dL, con lo scopo di stimare il rischio di infarto o ictus a 10 e 30 anni e guidare la terapia ipolipemizzante.

Tra i fattori di rischio considerati vi sono: una storia familiare di malattie cardiache; patologie infiammatorie croniche (ad esempio, lupus o artrite reumatoide); condizioni cardiometaboliche come sovrappeso/obesità, diabete o malattia renale cronica; ascendenza ad alto rischio, come quella sud-asiatica o filippina o di altri gruppi etnici con un rischio maggiore di sviluppare aterosclerosi; e marcatori di rischio riproduttivo, tra cui menopausa precoce, preeclampsia e diabete gestazionale. Ulteriori marcatori, tra cui la Lp(a), l'apoB, la proteina C-reattiva ad alta sensibilità (hsCrp) e i trigliceridi elevati, possono essere utilizzati per affinare la valutazione del rischio Ascvd.

Nuovi test

Le nuove linee guida raccomandano di prendere in considerazione **ulteriori test, quando appropriato**, per migliorare la valutazione del rischio cardiovascolare e stabilire se sia necessario un trattamento più intensivo per la riduzione del colesterolo Ldl e la gestione di altri fattori di rischio.

► **Uso selettivo della calcificazione delle arterie coronarie (Cac) senza mezzo di contrasto.** Questa può essere utilizzata per **verificare la presenza di calcificazioni e placche precoci o subcliniche nelle pareti delle arterie coronarie quando sussiste incertezza sul reale rischio** di una persona. È raccomandata per gli uomini di età pari o superiore a 40 anni e per le donne di età pari o superiore a 45 anni con rischio di infarto o ictus a 10 anni *borderline* o intermedio, se la conoscenza del Cac può essere utile per decidere se prescrivere o meno una statina. La presenza di qualsiasi quantità di calcio nelle arterie coronarie supporta un obiettivo di colesterolo Ldl inferiore a 100 mg/dL, con livelli target di C-Ldl più bassi in presenza di maggiori quantità di calcio.

► **Lipoproteina(a):** dovrebbe essere misurata almeno una volta in età adulta (*tabella 1*). I suoi livelli sono in gran parte determinati geneticamente e rimangono relativamente stabili nel corso della vita:

- Lp(a) <75 nmol/L (<30 mg/dL) riferimento
 - Lp(a) 75–124 nmol/L (30-49 mg/dL) rischio di Ascvd aumentato di 1.2 volte
 - Lp(a) 125 nmol/L (50 mg/dL) rischio di Ascvd aumentato di 1.4 volte
 - Lp(a) 250 nmol/L (100 mg/dL) rischio di Ascvd aumentato di 2 volte
 - Lp(a) 350 nmol/L (150 mg/dL) rischio di Ascvd aumentato di 3 volte
 - Lp(a) 430 nmol/L (180 mg/dL) rischio di Ascvd aumentato di 4 volte
- **Apolipoproteina B.** L'apoB misura direttamente il numero di particelle aterogene, con 1 molecola per ogni particella di Ldl, Vldl e Lp(a). Predice il rischio di Ascvd in modo più accurato rispetto al C-Ldl in caso di discordanza, ovvero quando C-Ldl e apoB forniscono stime di rischio differenti. La misurazione dell'apoB può essere utilizzata per valutare l'eventuale ri-

schio residuo di Ascvd e guidare il trattamento nelle persone con sindrome cardio-renale-metabolica, diabete di tipo 2, trigliceridi alti o malattie cardiovascolari note che hanno raggiunto i loro obiettivi di C-Ldl e C-non Hdl (tabella 2).

Obiettivi terapeutici

Per prevenire un primo infarto o ictus, **l'obiettivo di C-Ldl dovrebbe essere inferiore a 100 mg/dL** per coloro che hanno raggiunto i livelli target di C-Ldl e sono a rischio borderline o intermedio, e inferiore a 70 mg/dL in quelli ad alto rischio.

Per gli individui con Ascvd ad altissimo rischio di eventi cardiovascolari, l'obiettivo di C-Ldl dovrebbe essere inferiore a 55 mg/dL per la prevenzione secondaria di eventi cardiaci.

Trattamenti ipocolesterolemizzanti

Se i livelli di C-Ldl non vengono adeguatamente ridotti da uno stile di vita sano e dalla terapia con statine, che rimane il cardine della riduzione dei lipidi e del rischio, le linee guida raccomandano l'aggiunta di terapie non a base di statine.

A seconda del livello di rischio e delle caratteristiche del paziente, le opzioni includono **ezetimibe** e/o **acido bempedoico** o un **anticorpo monoclonale anti-Pcsk9**.

Le linee guida delineano anche il **trattamento dell'ipertrigliceridemia**. Anche in questo caso, le modifiche dello stile di vita e la terapia con statine rimangono il cardine del trattamento. Tuttavia, potrebbero essere necessarie altre terapie in base al rischio individuale di Ascvd e pancreatite.

Casi particolari

Le linee guida raccomandano considerazioni speciali per ottimizzare la gestione dei lipidi in alcuni casi di adulti a maggior rischio di malattie cardiache. Ad esempio:

- Avviare la terapia ipolipemizzante per le persone di età pari o superiore a 40 anni affette da **malattia renale cronica** (stadio 3 o superiore), **Hiv o diabete** di tipo 1 o 2.
- Continuare la terapia ipolipemizzante nelle persone in trattamento per il **cancro**, salvo controindicazioni.
- Rimandare la maggior parte delle terapie ipolipemizzanti durante il **concepimento, la gravidanza e l'allattamento**. L.T.

• 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2026. doi: 10.1161/CIR.000000000001423.

TABELLA 1

Raccomandazioni per la misurazione dell'Lp(a)

Cor	Loe	Raccomandazioni
1	B-Nr	In tutti gli adulti è raccomandata la misurazione della concentrazione di Lp(a) almeno una volta per la valutazione del rischio di Ascvd
1	B-Nr	In soggetti con ipercolesterolemia familiare (Fh), Ascvd prematura o Lp(a) elevata, è raccomandata la valutazione a cascata dei livelli di Lp(a) nei familiari di primo grado per identificare coloro che sono ad aumentato rischio di Ascvd
1	B-Nr	Per i soggetti sottoposti a misurazione di Lp(a) è raccomandato il ricorso a laboratori che impiegano test insensibili alle isoforme dell'apolipoproteina(a) [apo(a)] e tracciabili per materiali standard di riferimento, per misurare con maggiore precisione la Lp(a) e caratterizzare il rischio di Ascvd

Cor: Classe di raccomandazioni; Loe: Livello di evidenza; B-Nr: qualità delle prove moderata da 1 o più studi non randomizzati, studi osservazionali e studi di registro ben disegnati e ben condotti; metanalisi di questi studi.

TABELLA 2

Raccomandazioni per la misurazione dell'ApoB

Cor	Loe	Raccomandazioni
2a	B-Nr	Negli adulti sottoposti a terapia ipolipemizzante, in particolare in quelli con malattie cardiovascolari aterosclerotiche, sindrome cardio-renale-metabolica, diabete di tipo 2 e/o livelli elevati di trigliceridi, la misurazione dell'apoB è utile per guidare le decisioni relative a un'ulteriore intensificazione della terapia una volta raggiunti gli obiettivi di colesterolo Ldl e/o non-Hdl
2a	B-Nr	Negli adulti non sottoposti a terapia ipolipemizzante, la misurazione dell'apoB può essere utile per migliorare la valutazione del rischio di Ascvd, guidare le decisioni sull'inizio della terapia ipolipemizzante e caratterizzare i disturbi lipidici ereditari

Cor: Classe di raccomandazioni; Loe: Livello di evidenza; B-Nr: qualità delle prove moderata da 1 o più studi non randomizzati, studi osservazionali e studi di registro ben disegnati e ben condotti; metanalisi di questi studi.