

Linee Guida AHA/ACC – Sintesi delle raccomandazioni

- 1) **Incoraggiare l'adozione di uno stile di vita sano che resta il fondamento per la salute cardiovascolare.** Il panel ha approvato la Linea Guida 2013 Lifestyle Management ACC/AHA che suggerisce una dieta povera di grassi saturi e di sodio e ricca invece in verdura, frutta, farina integrale, pollame, pesce, legumi, oli vegetali non tropicali e frutta secca. Da limitare l'apporto di dolci, bevande zuccherate, carni rosse. Consigliata una regolare attività fisica aerobica. Gli adulti dovrebbero inoltre mantenere un peso corporeo sano, evitare di fumare e controllare l'ipertensione e il diabete se presenti.
- 2) **La terapia con statine è raccomandata in quei gruppi di adulti nei quali siano stato accertati i benefici della stessa.** Forti evidenze provenienti da trial clinici randomizzati (RCT) dimostrano che esistono 4 gruppi di pazienti che ricavano in modo più deciso benefici dalla terapia con statine: quelli con malattia aterosclerotica cardiovascolare [ASCVD] (sindrome coronarica acuta, infarto del miocardio, angina stabile, rivascolarizzazione coronarica, ictus, attacco ischemico transitorio, o arteriopatia periferica di origine aterosclerotica) quando le statine vengono utilizzate per la prevenzione secondaria e quelli con i livelli di LDL-C \geq 190 mg/dL; quelli dai 40 a 75 anni di età con diabete e livelli di LDL-C tra 70 e 189 mg/dL; i soggetti tra i 40 e i 75 anni senza diabete e con un rischio a 10 anni di ASCVD \geq 7,5% quando le statine sono utilizzate in prevenzione primaria. Evidenze moderate sostengono la presa in considerazione della terapia con statine per la prevenzione primaria in soggetti con un rischio ASCVD a 10 anni dal 5 % a meno del 7,5%.
- 3) **Le statine hanno un margine di sicurezza accettabile quando usate in individui appropriatamente selezionati e opportunamente monitorati.** Forti evidenze da RCT sostengono la sicurezza delle statine quando sono utilizzate come indicato in combinazione con valutazioni di follow-up in pazienti correttamente selezionati. Un aggiustamento dell'intensità della statina è raccomandato nei soggetti con più di 75 anni e con una storia di intolleranza alle statine o nei soggetti che possono manifestare eventi avversi. Il monitoraggio routinario delle aminotransferasi epatiche o della creatininchinasi non è raccomandato a meno che non sia clinicamente indicato da sintomi che suggeriscono epatotossicità o miopatia. In considerazione del potenziale della terapia con statine di ridurre gli eventi ASCVD e la morte è importante confermare la relazione dei muscoli e di altri sintomi con la terapia a base di statine. Si raccomanda pertanto di esplicitare eventuali sintomi muscolari pregressi prima dell'inizio della terapia con le statine e di monitorarli attentamente durante la sospensione e la reintroduzione intenzionale. Grave miopatia, rabdomiolisi e potenzialmente l'ictus emorragico, sono complicanze rare della terapia con statine.
- 4) **Intraprendere un colloquio tra medico e paziente prima di iniziare la terapia con statine, soprattutto nella prevenzione primaria nei soggetti a basso rischio ACVD.** La decisione di avviare la terapia con statine in prevenzione primaria deve basarsi sul giudizio clinico e sulle preferenze dei pazienti informati. Negli adulti senza ASCVD clinica o affetti da diabete il cui livello di LDL-C sia inferiore a 190 mg/dL, il calcolo del rischio di ASCVD a 10 anni dovrebbe segnare l'inizio della discussione tra medico e paziente e non segnare l'avvio automatico della terapia con statine. Al diminuire del rischio assoluto per gli eventi cardiovascolari, si riduce in egual misura il beneficio netto dell'intervento. Per cui la discussione sulla potenziale riduzione del rischio, degli effetti collaterali, delle interazioni tra farmaci diversi e delle preferenze del paziente è particolarmente importante per

la prevenzione primaria a basso rischio. La discussione, inoltre, offre l'occasione per incoraggiare l'adozione di stili di vita sani e per il controllo di altri fattori di rischio.

5) Utilizzare le nuove Pooled Cohort Equations per la stima del rischio ASCVD a 10 anni.

Le Pooled Cohort Equations sono attualmente il miglior metodo disponibile per la stima del rischio ASCVD a 10 anni per guidare l'introduzione delle statine. L'applicazione dei criteri di inclusione e esclusione da studi controllati randomizzati è scomoda e si traduce in un alto rischio di sotto-identificazione e sopra-identificazione delle persone a basso rischio per il trattamento con statine.

6) Avviare la terapia con statine con intensità appropriata.

L'intensità appropriata della terapia con statine dovrebbe essere utilizzata per ridurre il rischio aterosclerotico e limitare il più possibile gli effetti negativi. Sulla base di una forte evidenza RCT, una terapia con statine ad alta intensità (livello di LDL-C ridotto \geq 50%) è preferenzialmente raccomandata per gli adulti di età \leq 75 anni con ASCVD clinica e che non hanno problemi di sicurezza. Statine di intensità moderata (livello di LDL-C diminuito del 30% fino a $>$ 50%) sono raccomandati per adulti di età \leq 75 anni che hanno ASCVD e problemi di sicurezza e nei soggetti di età superiore a 75 anni con ASCVD clinica. La terapia con statine ad alta intensità è quindi consigliata per soggetti con livelli di LDL-C pari a 190 mg/dL o superiore. Nella prevenzione primaria, in pazienti con livelli di LDL-C $<$ 190 mg /dL, è raccomandata una terapia di moderata intensità, anche se la terapia ad alta intensità può essere considerata per le persone con o senza diabete che abbiano un rischio ASCVD a 10 anni del 7,5% o più. Una terapia a bassa intensità può essere usata quando il ricorso a una terapia ad alta o moderata intensità non è tollerato.

7) Le evidenze non sostengono in maniera adeguata il trattamento per specifici obiettivi LDL-C o non-HDL-C. Studi controllati randomizzati condotti con statine, altri medicinali, o entrambi non hanno comparato la titolazione a obiettivi differenti di colesterolo LDL.

Secondo il panel ACC/AHA trattare "per obiettivi" può risultare in trattamenti con statine di intensità non ottimale o nell'aggiunta di altri tipi di farmaci, in assenza di studi che mostrino che grazie alla terapia di combinazione sia possibile ottenere un miglioramento dei risultati.

8) Monitorare con regolarità il paziente rispetto all'adesione agli stili di vita e alla terapia con statine.

È necessario effettuare un profilo lipidico a digiuno dopo l'inizio (o il cambiamento) della terapia con statine o altri medicinali. Le riduzioni percentuali del livello di colesterolo LDL non dovrebbero costituire obiettivi di trattamento o indicatori della performance, dovrebbero essere utilizzate al fine di valutare e restituire un feedback per promuovere l'adesione a stili di vita sani e alla terapia con statine.