



Capitolo 4

Le nuove linee guida USA (ATP-IV)

Le nuove linee guida USA (ATP-IV)



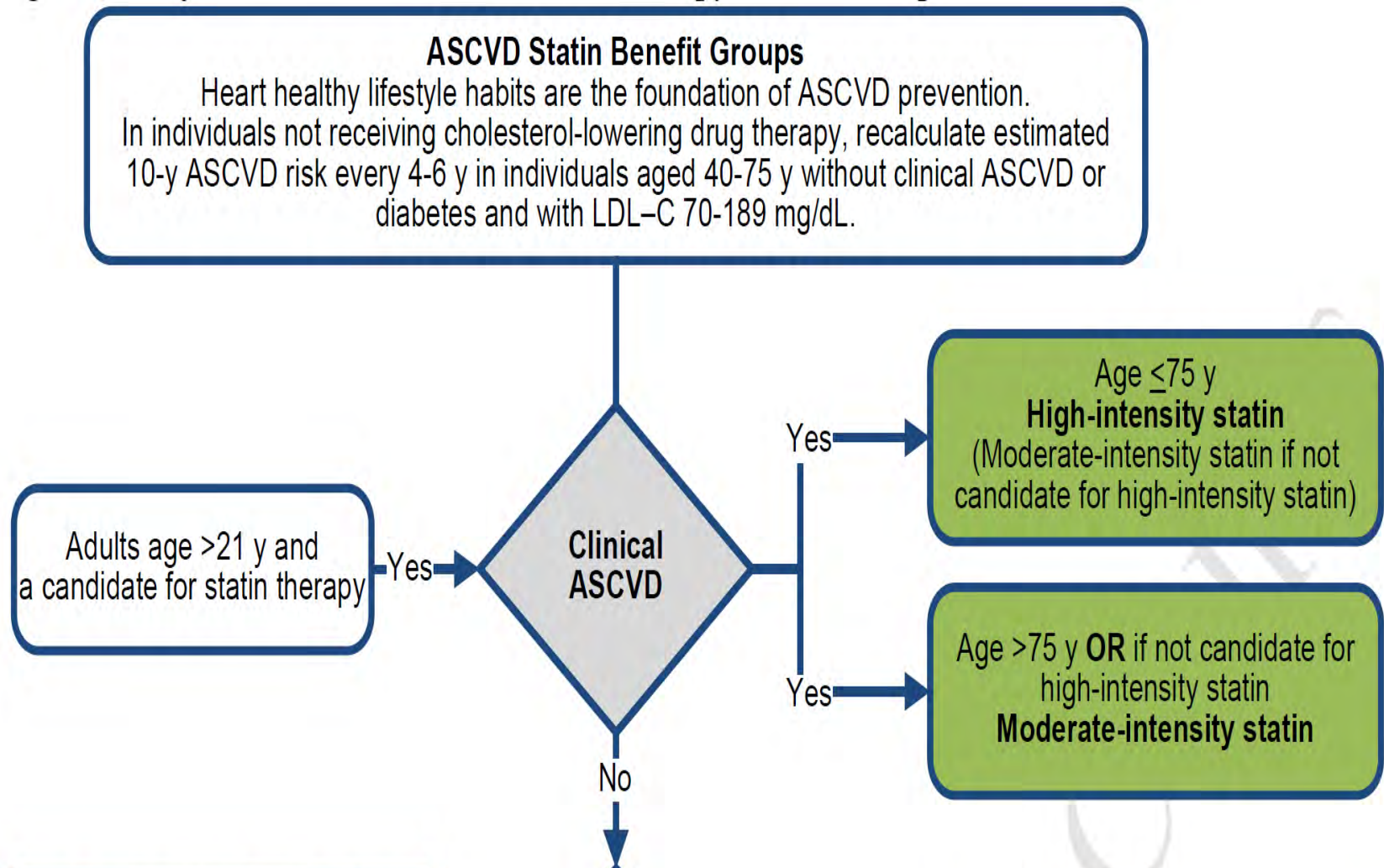
Stone NJ, et al.
2013 ACC/AHA Blood Cholesterol Guideline

2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to
Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults

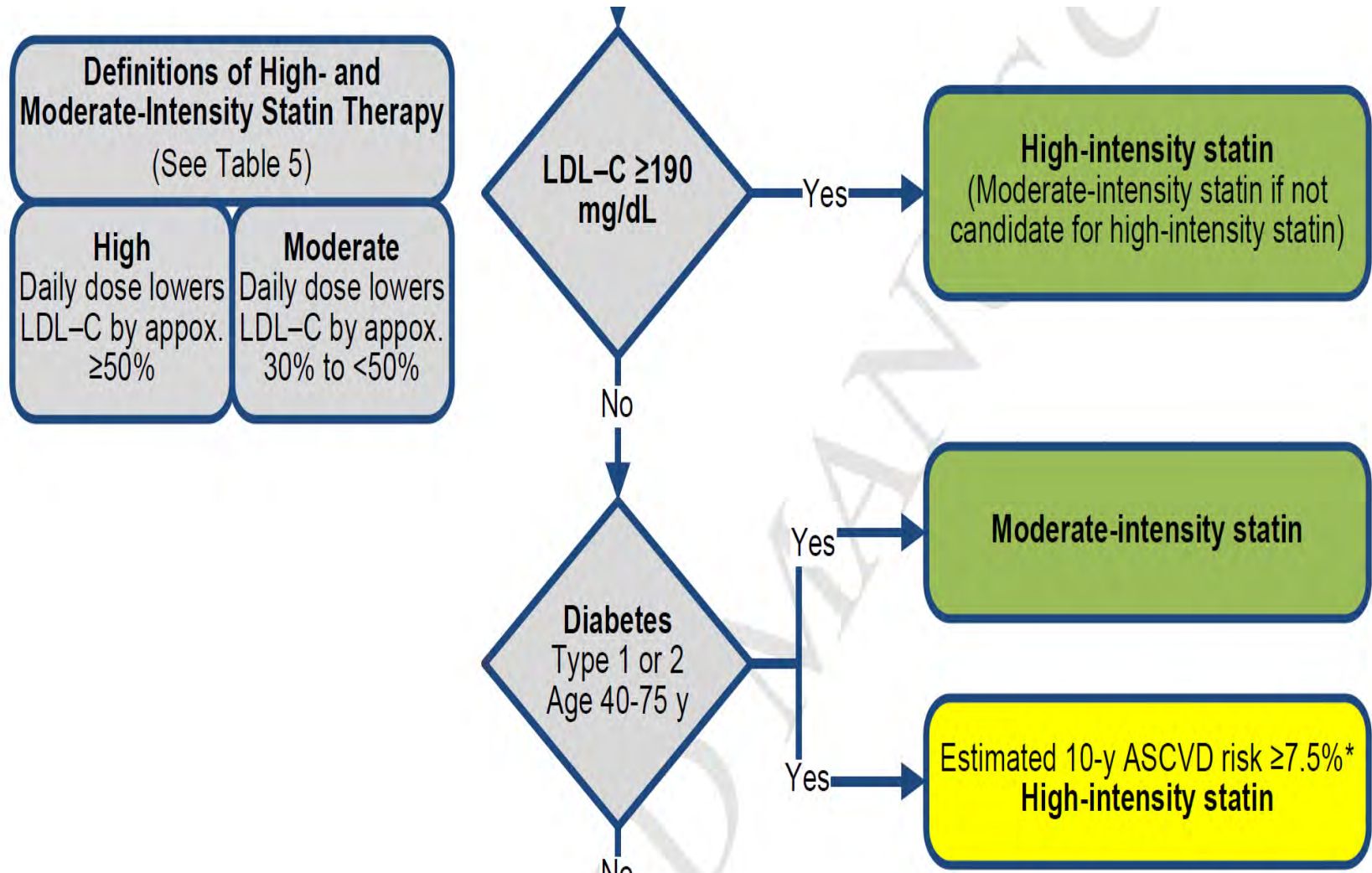
ATP-IV: gruppi di soggetti candidati al trattamento con statine (*Stone NJ et al, ATP-IV panel, Circulation 2013*)

- Pazienti con storia clinica di ASCVD
- Pazienti con aumento primario di LDL-c > 190 mg/dL
- Individui di età 40-75 con diabete e valore di LDL-c 70-189 mg/dL
- Individui senza storia di ASCVD o diabete, con LDL-c 70-189 mg/dL e rischio di ASCVD a 10 anni $> 7,5\%$

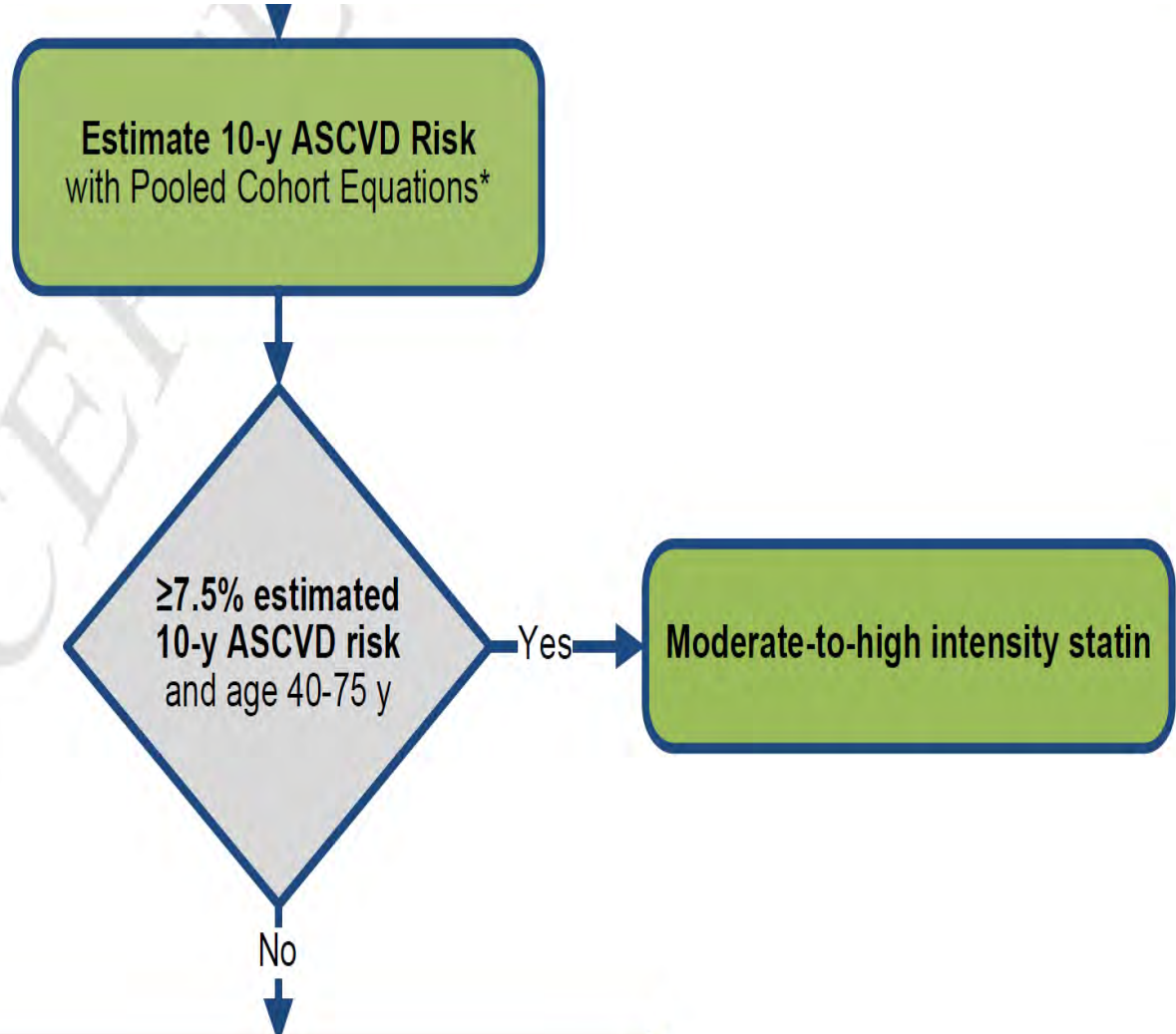
Principali raccomandazioni per la terapia con statine per la prevenzione di patologia cardiovascolare su base aterosclerotica



Principali raccomandazioni per la terapia con statine per la prevenzione di patologia cardiovascolare su base aterosclerotica



Principali raccomandazioni per la terapia con statine per la prevenzione di patologia cardiovascolare su base aterosclerotica



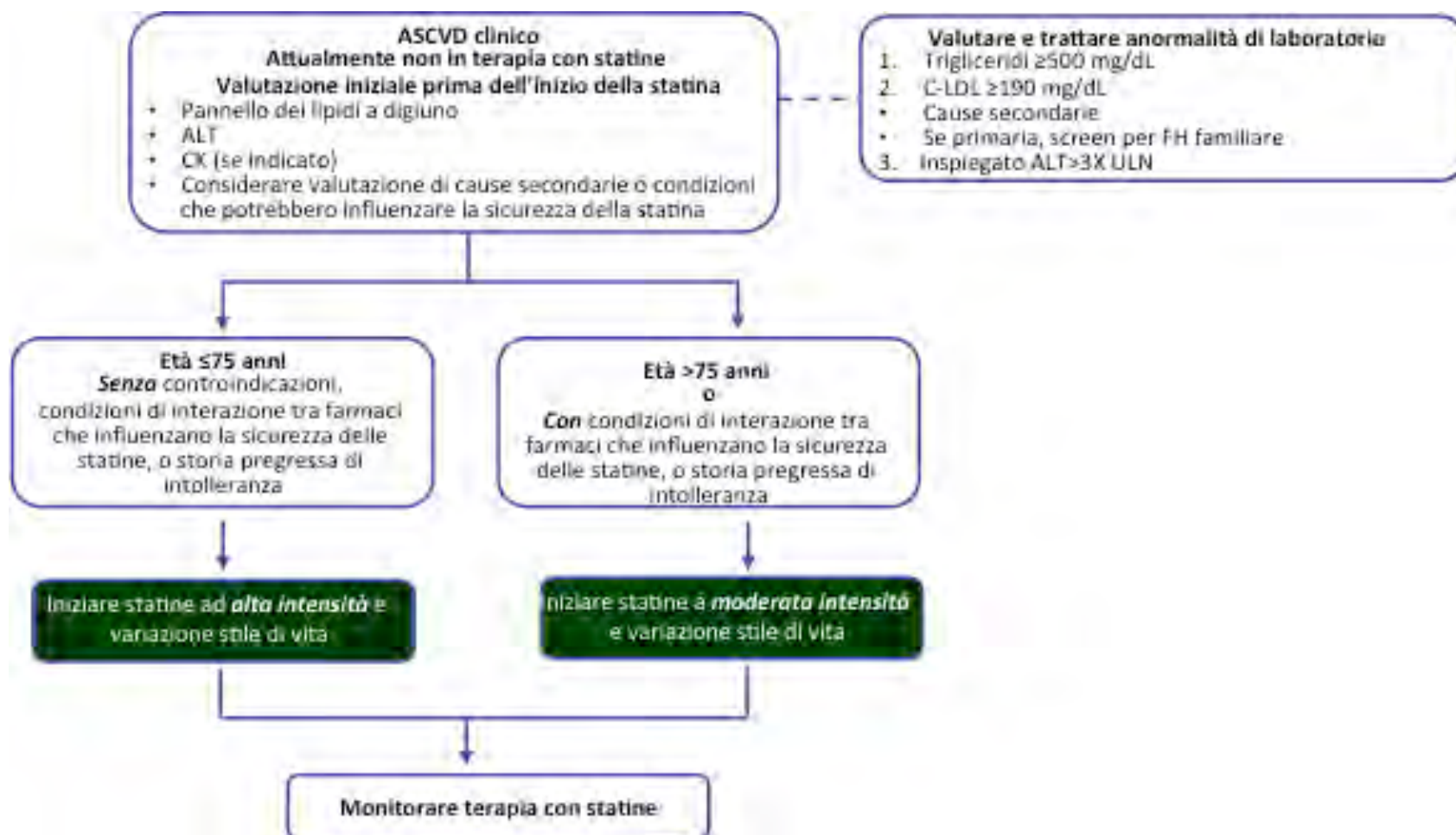
Principali raccomandazioni per la terapia con statine per la prevenzione di patologia cardiovascolare su base aterosclerotica

No

ASCVD prevention benefit of statin therapy may be less clear in other groups

In selected individuals, consider additional factors influencing ASCVD risk $\ddagger$ and potential ASCVD risk benefits and adverse effects, drug-drug interactions, and patient preferences for statin treatment

Gestione clinica ed inizio della terapia con statine nei soggetti con patologia cardiovascolare aterosclerotica

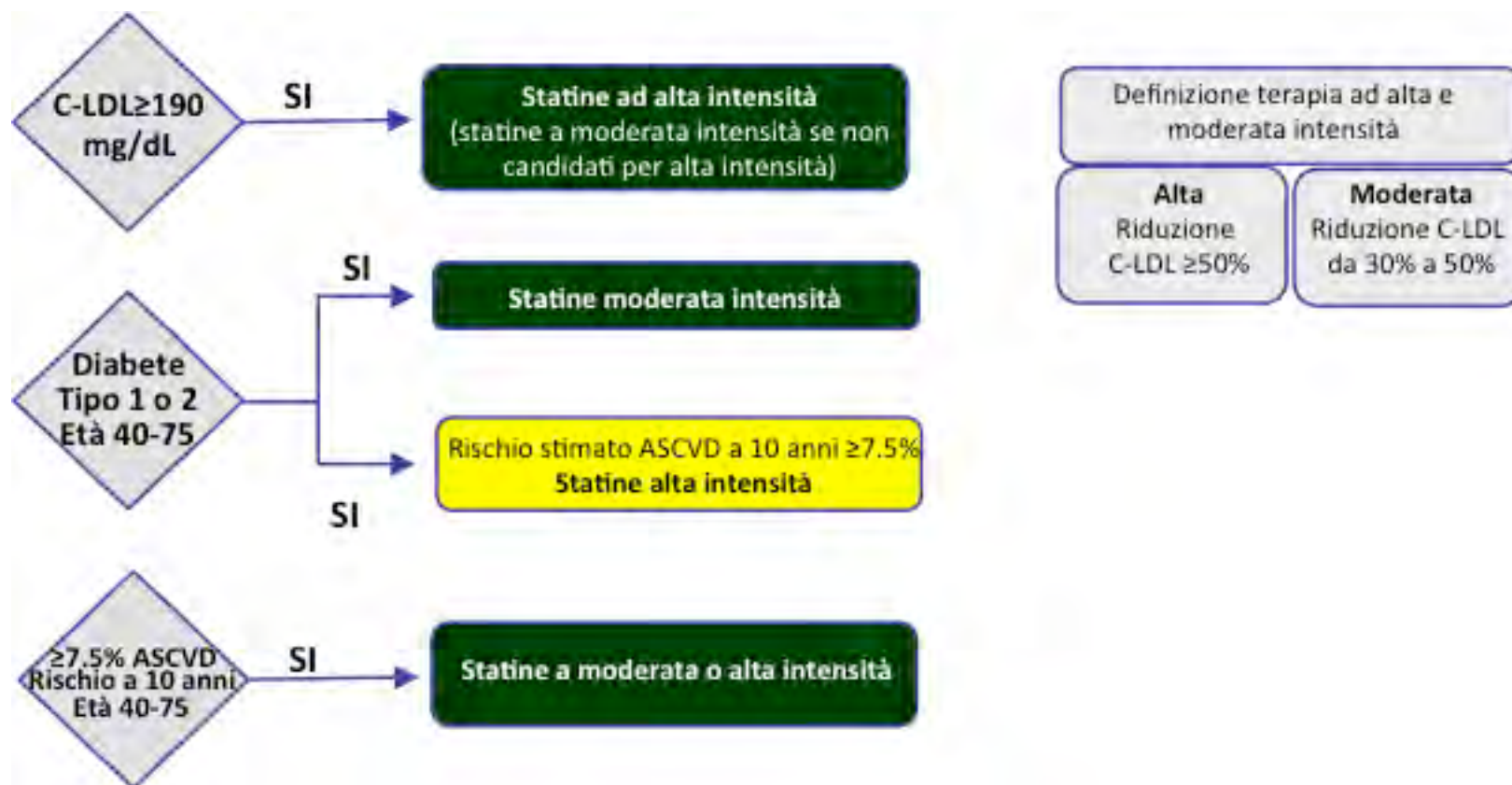


Statine di differente efficacia utilizzabili in clinica



Terapia con statina ad alta intensità	Terapia con statina a moderata intensità	Terapia con statina a bassa intensità
Dose giornaliera riduce approssimativamente del 50% la media del C-LDL	Dose giornaliera riduce approssimativamente del 30% - 50% la media del C-LDL	Dose giornaliera riduce approssimativamente del 30% la media del C-LDL
✓ Atorvastatina (40)-80 mg ✓ Rosuvastatina 20 (40) mg	✓ Atorvastatina 10 (20) mg ✓ Rosuvastatina (5) 10 mg ✓ Simvastatina 20-40 mg ✓ Pravastatina 40 (80) mg ✓ Lovastatina 40 mg ✓ Fluvastatina XL 80 mg ✓ Fluvastatina 40 mg bid ✓ Pitavastatina 2-4 mg	✓ Simvastatina 10 mg ✓ Pravastatina 10-20 mg ✓ Lovastatina 20 mg ✓ Fluvastatina 20-40 mg ✓ Pitavastatina 1 mg

Gestione clinica ed inizio della terapia con statine nei soggetti senza patologia cardiovascolare aterosclerotica



Test opzionali di screening in caso di incertezza di inizio di terapia con statine



Misura	Suggerisce rivisitazione della valutazione del rischio verso l'alto	Non suggerisce rivisitazione della valutazione del rischio
Familiarità di CVD prematura	Maschio < 55 anni Femmina < 65 anni (1° grado)	Evento solo ad età avanzata (se alcuno)
Hs-CRP	≥ 2 mg/L	< 2 mg/L
CAC score	≥ 300 Agatston units o $\geq 75^{\circ}$ percentile per età, sesso, e etnia	< 300 Agatston units o $< 75^{\circ}$ percentile per età, sesso, e etnia
ABI (indice caviglia-braccio)	< 0.9	≥ 0.9

Confronto tra le linee guida Europee e quelle Americane



The European Atherosclerosis Society

[WEBSITE](#) | [FACEBOOK](#) | [TWITTER](#) | [LINKEDIN](#) | [CONTACT](#)

New guidelines in USA:

2013 ACC/AHA Guidelines on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk

How do they compare with the EAS/ESC guidelines for the management of dyslipidaemia?

Comment by EAS Guidelines Committee

The AHA and ACC recently released three documents dealing with guidelines for the prevention of cardiovascular disease (CVD):¹⁻³ one document on lifestyle management, one document on overweight and obesity and one document on “The treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults”. It is welcomed that updated guidance on the treatment of cholesterol is now available for the USA.

Confronto tra le linee guida Europee e quelle Americane (*Comment by EAS Guidelines Committee 2013*)

- L'impatto della strategia della ACC/AHA dovrebbe essere contestualizzata sul grande numero di soggetti della popolazione che sarà considerata idonea al trattamento con statine per tutta la vita dall'età di 40 anni in avanti
- Per la popolazione europea la EAS/ESC si è espressa chiaramente indicando che preferisce continuare ad utilizzare la carta del rischio SCORE o quelle nazionali calibrate sullo SCORE per la valutazione del rischio

Confronto tra le linee guida Europee e quelle Americane (*Comment by EAS Guidelines Committee 2013*)

- La riduzione del rischio in generale dovrebbe essere individualizzata per ogni paziente e questo potrebbe essere più specifico con un target ben definito.
- L'approccio semplicistico del limitare le conoscenze attuali sulla prevenzione cardiovascolare esclusivamente sulla base dei criteri utilizzati da trial clinici controllati randomizzati può limitare lo sfruttamento del potenziale disponibile per la prevenzione della patologia cardiovascolare che prende in considerazione una più ampia conoscenza scientifica.

Confronto tra le linee guida Europee e quelle Americane (*Comment by EAS Guidelines Committee 2013*)

- Inoltre, le linee guida europee suggeriscono come target opzionale una riduzione del 50% dai valori basali in caso di un mancato raggiungimento dai livelli di C-LDL <1.8 mmol/L (70 mg/dL) in pazienti ad alto rischio.
- Le linee guida EAS/ESC hanno funzionato bene in Europa. Sono state ampiamente accettate e adottate e quindi si suggerisce l'utilizzo di queste ultime che meglio si adattano alla popolazione europea

Confronto tra le linee guida Europee e quelle Americane



	EAS/ESC	AHA/ACC
Prevenzione secondaria	Target LDL-C <1.8 mmol/L, o 50% riduzione. Se non a target considerare la combinazione	Statine ad alta efficacia. Se non si riduce del 50% considerare la combinazione
Intolleranti alle statine in prevenzione secondaria	Ridurre la dose di statine, considerare la combinazione	Dose moderata o bassa di statina, considerare la combinazione
Prevenzione primaria LDL>4.9 mmol/L	Target LDL-C <2.5 mmol/L. Se non a target riduzione massima ottenibile con combinazioni appropriate in dosaggi tollerati	Statine ad alta efficacia, allo scopo di ridurre di almeno il 50% il LDL-C. Se non si riduce del 50% considerare terapie alternative
Prevenzione primaria nei diabetici	Diabetici con altri fattori di rischio o danno d'organo: Target LDL-C <1.8 mmol/L, o almeno 50% di riduzione Diabetici non complicati: Target LDL < 2.5 mmol/L	Diabete ad alto rischio: Statine ad alta efficacia Diabete a basso rischio: Statine a intensità moderata
Prevenzione primaria Alto rischio	SCORE > 5% di rischio fatale di CVD: Target <2.5 mmol/L	Rischio totale di eventi CVD > 7.5%: Statine moderata o alta intensità Rischio 5-7.5% di eventi CVD: Statine a moderata intensità

Alcune possibili conclusioni...

- Un alto rischio CV è il criterio determinante di accesso al trattamento ipocolesterolemizzante
- Il raggiungimento di un adeguato target della colesterolemia LDL sembra il migliore criterio di appropriatezza per l'uso degli ipolipidemizzanti
- Il raggiungimento dei target da parte della popolazione italiana adulta implica un ampio uso di farmaci ad alta efficacia
- Circa 1,7 milioni di soggetti, in particolare, devono ridurre la loro colesterolemia più del 45%, ed 1,3 milioni più del 50%
- L'estenuante attesa dell'ATP-IV si è conclusa, ma il risultato lascia molti perplessi



METIS
Societa' scientifica
dei medici
di medicina generale
socio unico FIMMG
Piazza G. Marconi, 25
00144 Roma
tel. 0654896627
fax 0654896647
metis@fimmg.org
P.I. 05344721005