



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE FARMACOLOGICHE E BIOMOLECOLARI

Prof. Alberico L. Catapano

Direttore Laboratorio Lipidi, Lipoproteine, Immunità ed Aterosclerosi

Milano, 27 settembre 2019

Oggetto: Nuove Linee Guida EAS/ESC per la Gestione delle Dislipidemie

Carissimo Presidente e Spett.le Direttivo SIF,

ho il privilegio di segnalare a Lei e al Direttivo le Nuove Linee Guida per la Gestione delle Dislipidemie, prodotte congiuntamente dall'European Society of Cardiology (ESC) e dall'European Atherosclerosis Society (EAS), pubblicate il 31 agosto scorso e presentate durante il Congresso ESC a Parigi.

Questo nuovo documento arriva a tre anni di distanza dalla pubblicazione delle linee guida EAS/ESC 2016. Nel frattempo, importanti studi clinici hanno dimostrato l'efficacia delle terapie con anticorpi monoclonali contro PCSK9 nel ridurre i livelli di colesterolo LDL (LDL-C) a valori inferiori di quelli raggiunti con un trattamento intensivo con statine, con conseguente riduzione significativa degli eventi cardiovascolari nei pazienti con malattia cardiovascolare su base aterosclerotica (ASCVD) e sindrome coronarica acuta (ACS).

È importante ribadire che non esiste una soglia di LDL-C per il beneficio clinico. Una serie di analisi in sottogruppi degli studi FOURIER e ODYSSEY OUTCOMES ha fornito spunti chiave per aiutare i clinici a indirizzare il trattamento in quei pazienti a più alto rischio cardiovascolare assoluto, che probabilmente trarranno maggiori benefici dall'aggiunta di un inibitore PCSK9. In particolare, i principali destinatari dell'uso degli inibitori del PCSK9 nella pratica clinica sono gli individui ad alto rischio con eventi ricorrenti, malattie cardiovascolari aterosclerotiche clinicamente rilevanti o punteggio più alto di rischio cardiovascolare globale.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE FARMACOLOGICHE E BIOMOLECOLARI

Prof. Alberico L. Catapano

Direttore Laboratorio Lipidi, Lipoproteine, Immunità ed Aterosclerosi

Sono anche emersi ulteriori dati dallo studio IMPROVE-IT con ezetimibe, che hanno dimostrato un beneficio cardiovascolare maggiore nei soggetti ad alto rischio con diabete rispetto a soggetti non diabetici, riflettendo il rischio assoluto più elevato di questo gruppo.

Inoltre, si è incrementata la conoscenza dell'impatto delle varianti genetiche che influenzano i livelli di LDL-C e il rischio di cardiopatia ischemica, guidata in gran parte dai risultati degli studi di randomizzazione mendeliana, suggerendo ancora l'opportunità di ottenere maggiori benefici con un trattamento precoce dei soggetti a più alto rischio di complicanze cliniche di ASCVD.

I livelli di LDL-C devono essere ridotti il più possibile per prevenire le malattie cardiovascolari, specialmente nei pazienti a rischio alto e molto alto. Le raccomandazioni indicano, per i pazienti a rischio molto alto (sia in prevenzione primaria che in quella secondaria), l'obiettivo di <55 mg/dL (o <1,4 mmol/L) e almeno il 50% di riduzione dei livelli basali di LDL-C. Nei pazienti ad alto rischio, l'obiettivo di LDL-C è <70 mg/dL (o <1,8 mmol/L) e almeno il 50% di riduzione dai livelli basali di LDL-C. Questi obiettivi rispettano l'approccio secondo cui più basso è il livello di LDL-C, migliore è la prevenzione CV in questi pazienti ad alto rischio. Una novità delle linee guida è il riconoscimento del fatto che i pazienti con ACS hanno un rischio molto elevato di eventi ricorrenti. Se i pazienti manifestano un secondo evento vascolare entro 2 anni (non necessariamente dello stesso tipo del primo evento) nonostante la terapia con statine alla massima dose tollerata, può essere considerato un obiettivo di LDL-C <40 mg/dL (<1,0 mmol/L).

Con la raccomandazione di questi nuovi obiettivi di LDL-C più bassi in pazienti a rischio molto elevato e ad alto rischio, i membri della Task Force hanno sottolineato l'importanza del trattamento di combinazione, prima con ezetimibe e poi con un inibitore di PCSK9, per raggiungere questi livelli. Nei pazienti con ACS, se l'obiettivo di LDL-C non viene raggiunto dopo 4-6 settimane nonostante la terapia con statine ed ezetimibe alla massima dose tollerata, si raccomanda un inibitore del PCSK9. In questi pazienti, qualora siano già massimamente trattati con statina ed ezetimibe al momento dell'evento, per il raggiungimento dell'obiettivo lipidico dovrebbe essere considerata l'aggiunta di un inibitore PCSK9 subito dopo l'evento (se possibile, durante il ricovero).

Di seguito il link che consente l'accesso diretto al contenuto completo delle Linee Guida:

<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz455/5556353>



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE FARMACOLOGICHE E BIOMOLECOLARI

Prof. Alberico L. Catapano

Direttore Laboratorio Lipidi, Lipoproteine, Immunità ed Aterosclerosi

Mi auguro che questo documento risponda alle richieste di indicazioni dei professionisti sanitari che operano in questo campo, possa essere prontamente integrato nella loro attività quotidiana e costituire una valida base per il miglioramento della pratica clinica nella gestione della dislipidemia e nella prevenzione cardiovascolare.

Con i migliori saluti

Alberico L. Catapano

Chairperson in the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

EAS Past President

Professor of Pharmacology

Director of Service of Epidemiology and Preventive Pharmacology

Director of Laboratory of Lipoproteins, Immunity and Atherosclerosis

Department of Pharmacological and Biomolecular Sciences, University of Milan