

*Incontri
Pitagorici
di Medicina*
terza edizione



Ridurre i fattori di rischio cardiovascolari:
Missione impossibile?

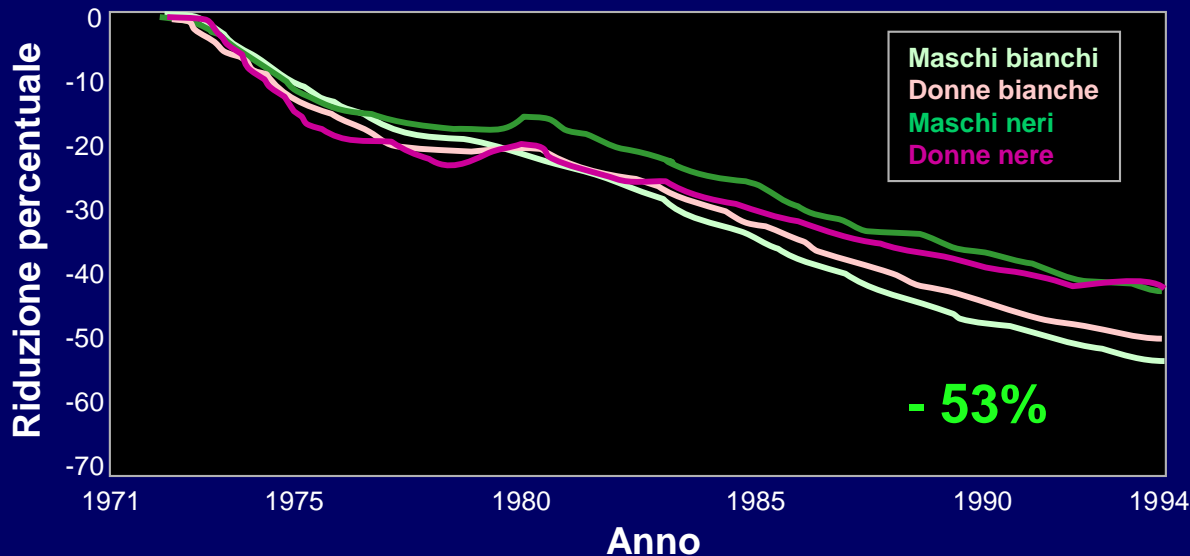
"Colesterolo: Attualità"

S. Arena - R. Lumare

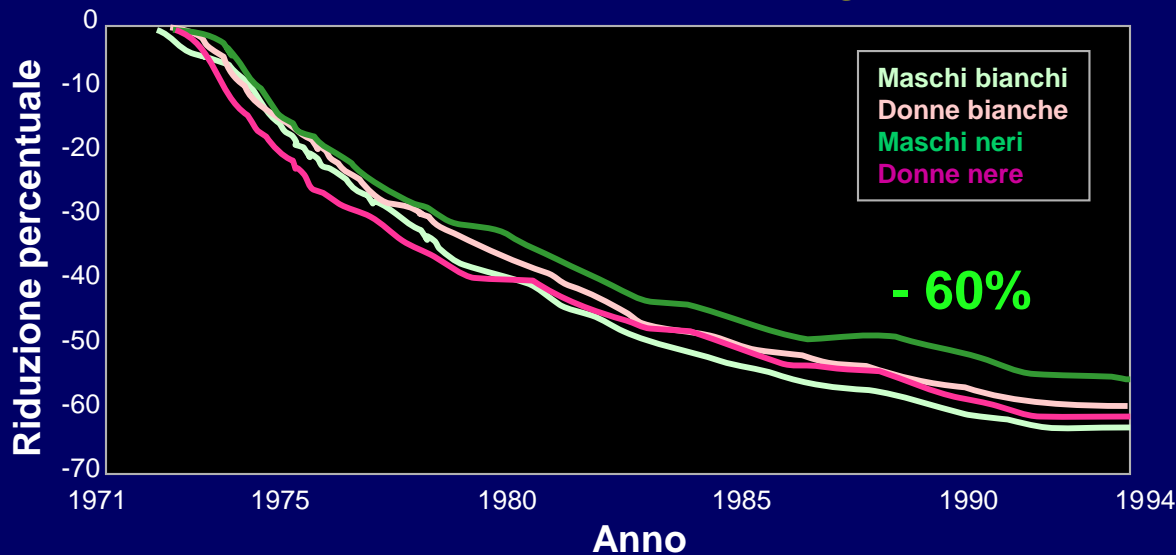


Divisione di Cardiologia Crotona

Riduzione della mortalità per coronaropatia negli USA (1972-1994)



Riduzione della mortalità per ictus negli USA (1972-1994)

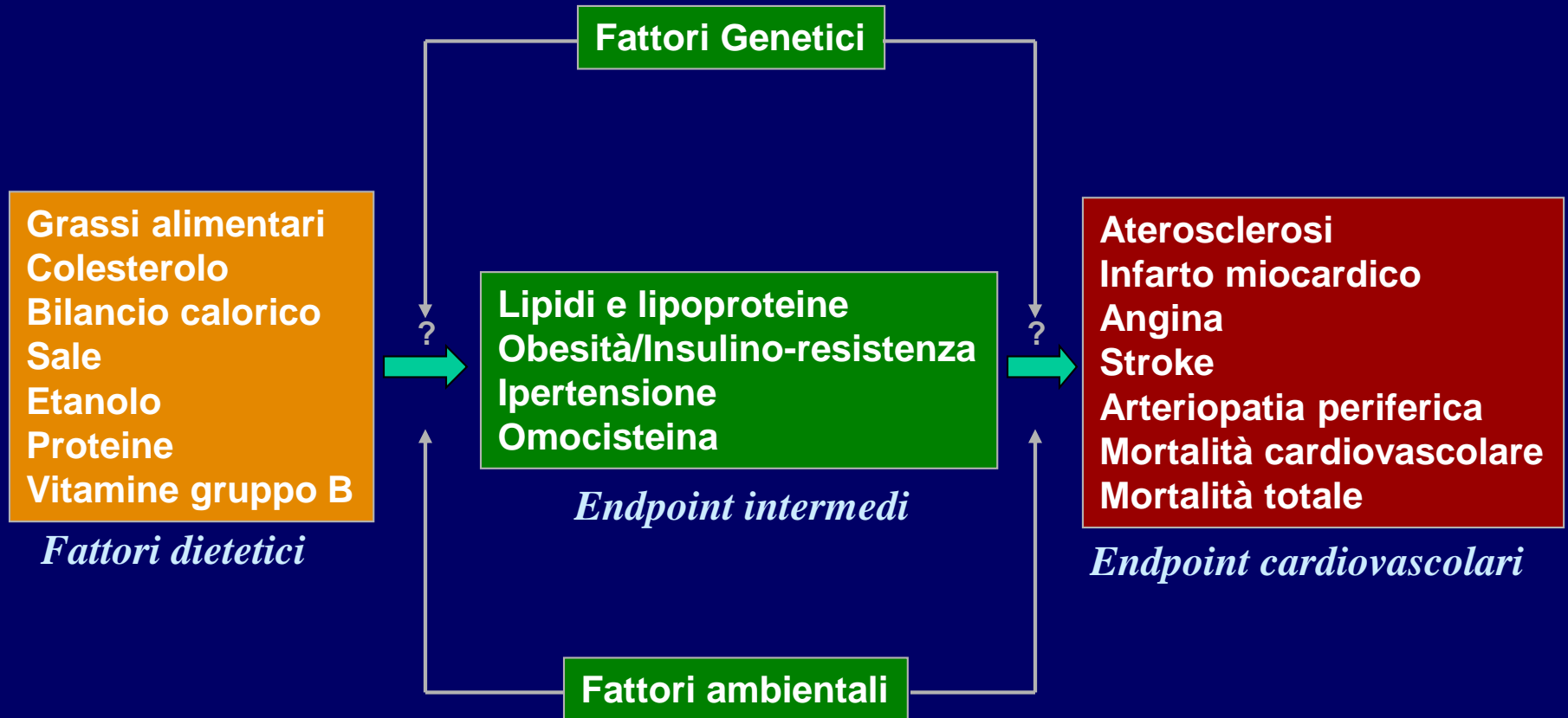


FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI MAGGIORI

MODIFICABILI	NON MODIFICABILI
Lipidi e lipoproteine	Età
<i>Colesterolo</i>	Sesso
<i>Trigliceridi</i>	Anamnesi familiare
<i>LDL</i>	
<i>HDL</i>	
<i>Lipoproteine remnant</i>	
<i>Lipoproteine postprandiali</i>	
<i>Lp(a)</i>	
Pressione arteriosa	
Diabete mellito	
Fumo	
Sindrome obesità centrale/insulino-resistenza	
Omocisteina	

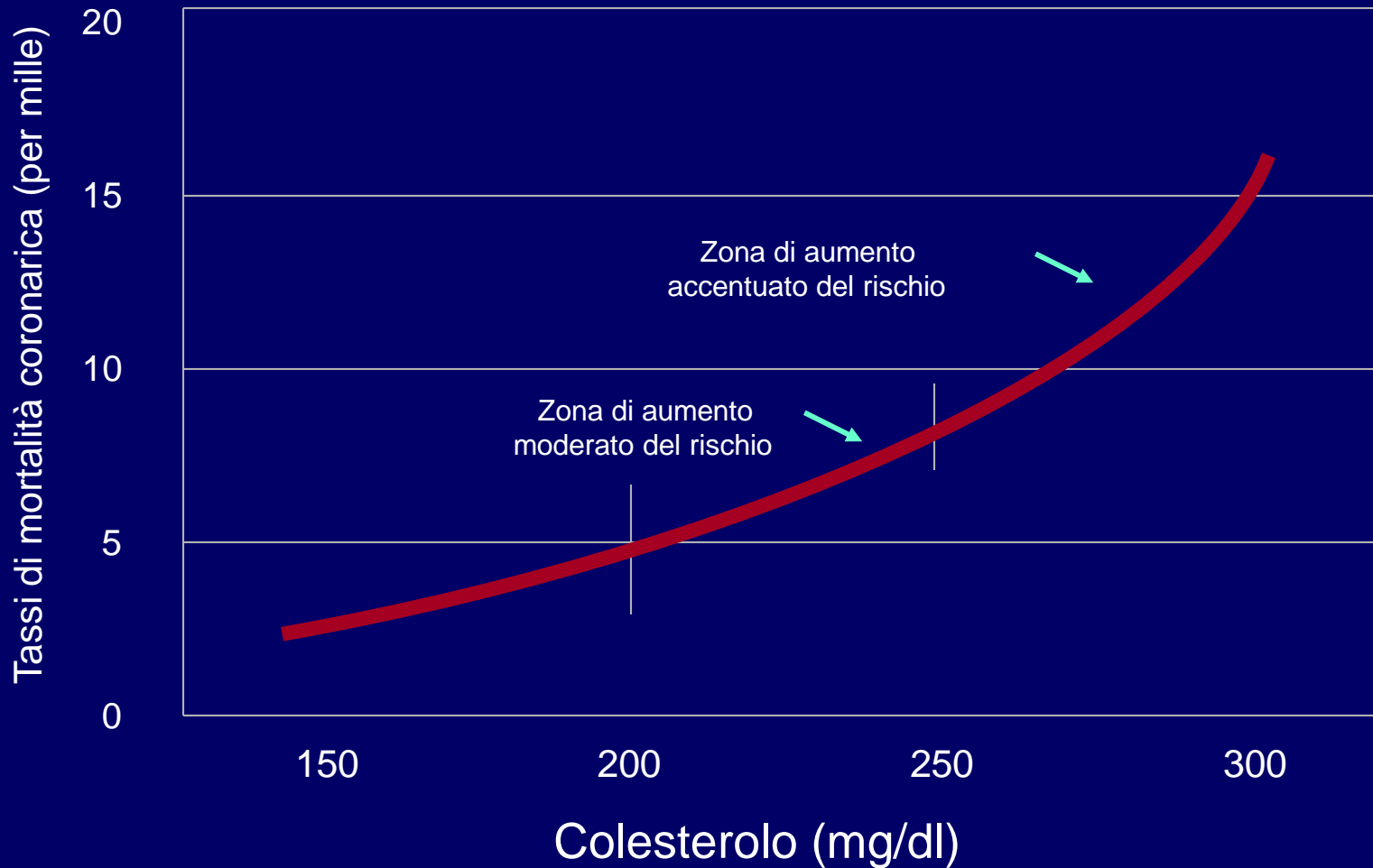


INFLUENZA DEI FATTORI DI RISCHIO SUGLI ENDPOINTS CARDIOVASCOLARI

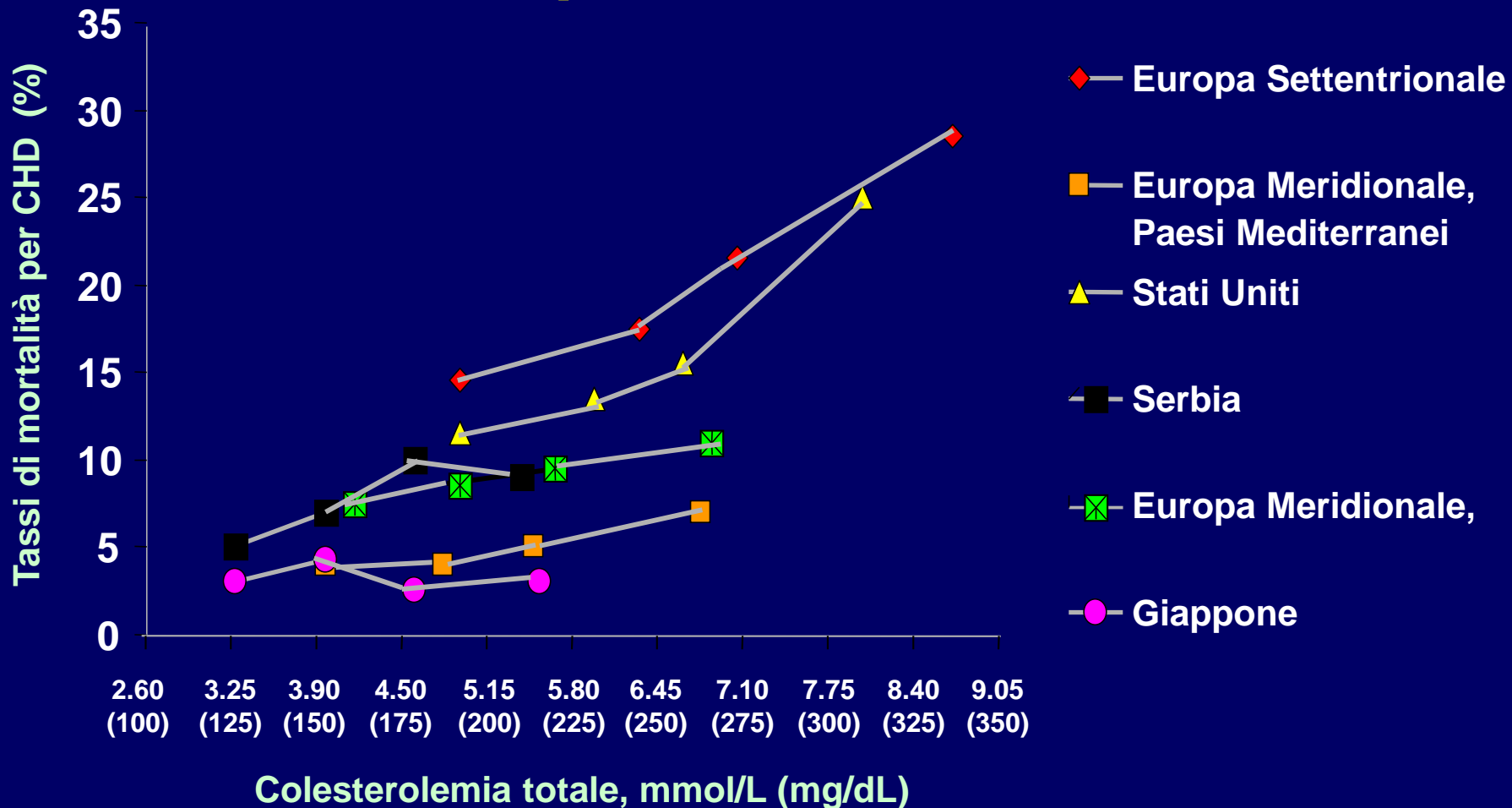


CORRELAZIONE TRA COLESTEROLO SIERICO E SVILUPPO DI PATOLOGIA CORONARICA

Multiple Risk Factor Intervention Trial



Colesterolo come fattore di rischio per la cardiopatia ischemica

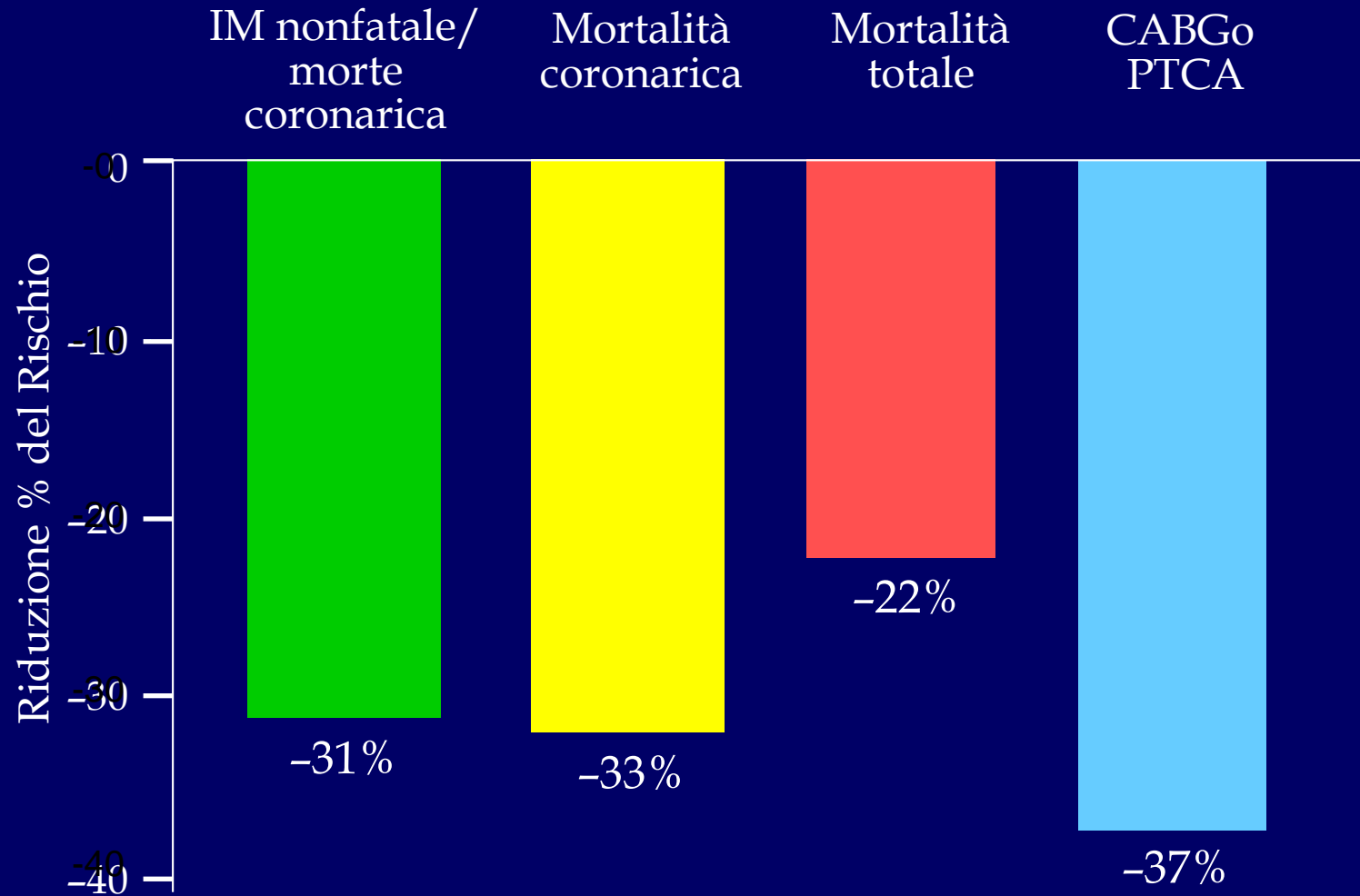


Dati dallo studio Seven Countries su 12,467 uomini dell'Europa, USA e Giappone.

Verschuren WM *et al.* *JAMA* 1995;274:131-136.

Correlazione tra CT e mortalità da CHD in uno studio di 25 anni su 12.467 uomini, abitanti in cinque paesi europei, negli USA e in Giappone (da Verschuren *et al* 1995).

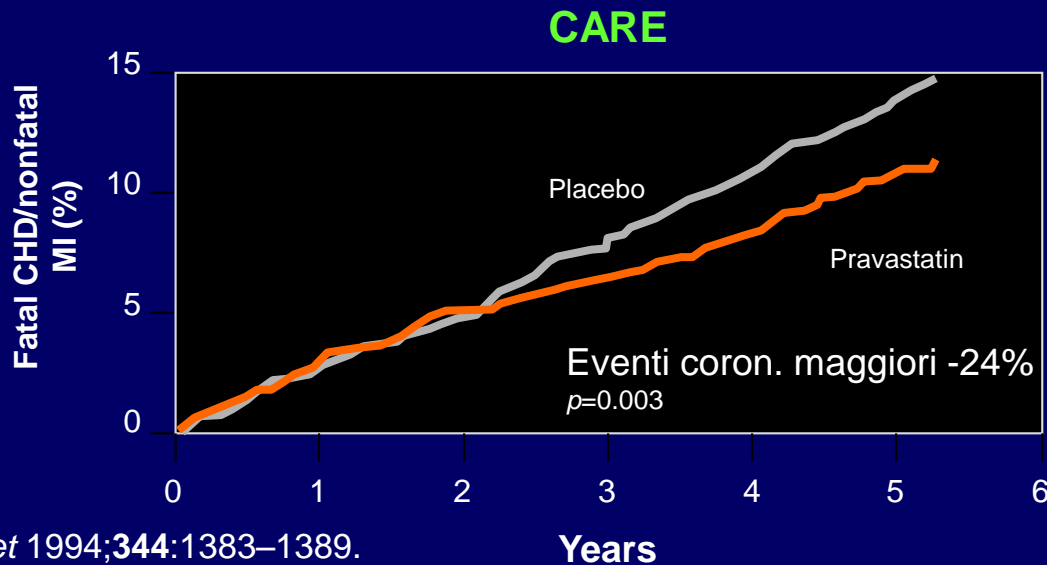
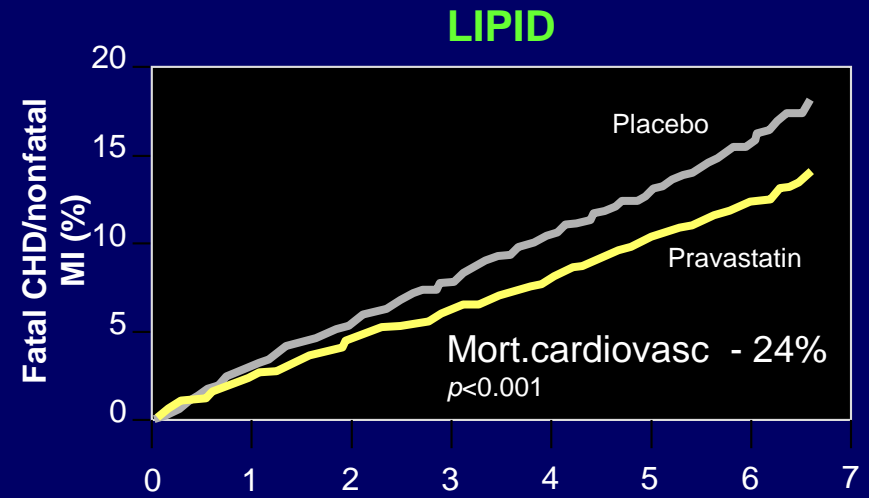
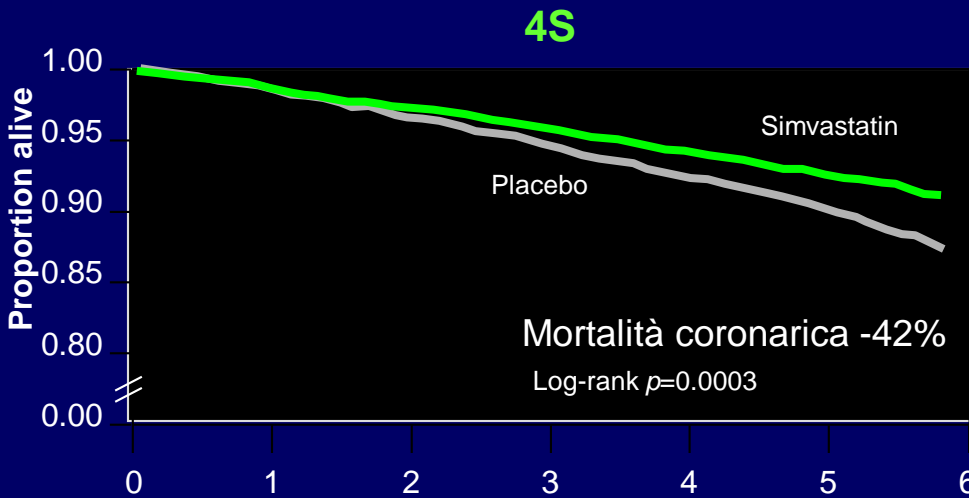
Terapia con Pravastatina in una Popolazione a Rischio di CVD: WOSCOPS— Sintesi dei Risultati



Tutte le riduzioni del rischio sono significative al livello di $P < 0.05$ vs placebo



TRIALS DI PREVENZIONE SECONDARIA



4S Study Group. *Lancet* 1994;**344**:1383–1389.

Sacks FM *et al.* *N Engl J Med* 1996;**335**:1001–1009.

LIPID study group. *N Engl J Med* 1998;**339**:1349–1357.

STUDI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

Studi	LDL-C Basale (mg/dl)	Rischio Relativo (%)	Rischio Assoluto (%)
LRC-CPPT	216	-19	-1.9
WOSCOPS	192	-31	-2.4
HHS	188	-34	-1.4
AFCAPS	150	-37	-2.0
4S	188	-34	-3.2
LIPID	155	-24	-1.9
PostCABG	140	-15	-2.2
AVERT	150	-36	-7.5
CARE	139	-24	-3.0

 Prevenzione primaria

 Prevenzione secondaria



EFFETTO DELLA TERAPIA SUGLI EVENTI CLINICI

Studio: post-CABG (Post Coronary Artery By-pass Graft)

	LDL-C (mg/dl)	Progressione angiografica + morte
Terapia ipolipidemizzante aggressiva (Lovastatina 76 mg+resine 8 g)	93	27%*
Terapia ipolipidemizzante moderata (Lovastatina 4 mg+resine 8 g)	136	39%

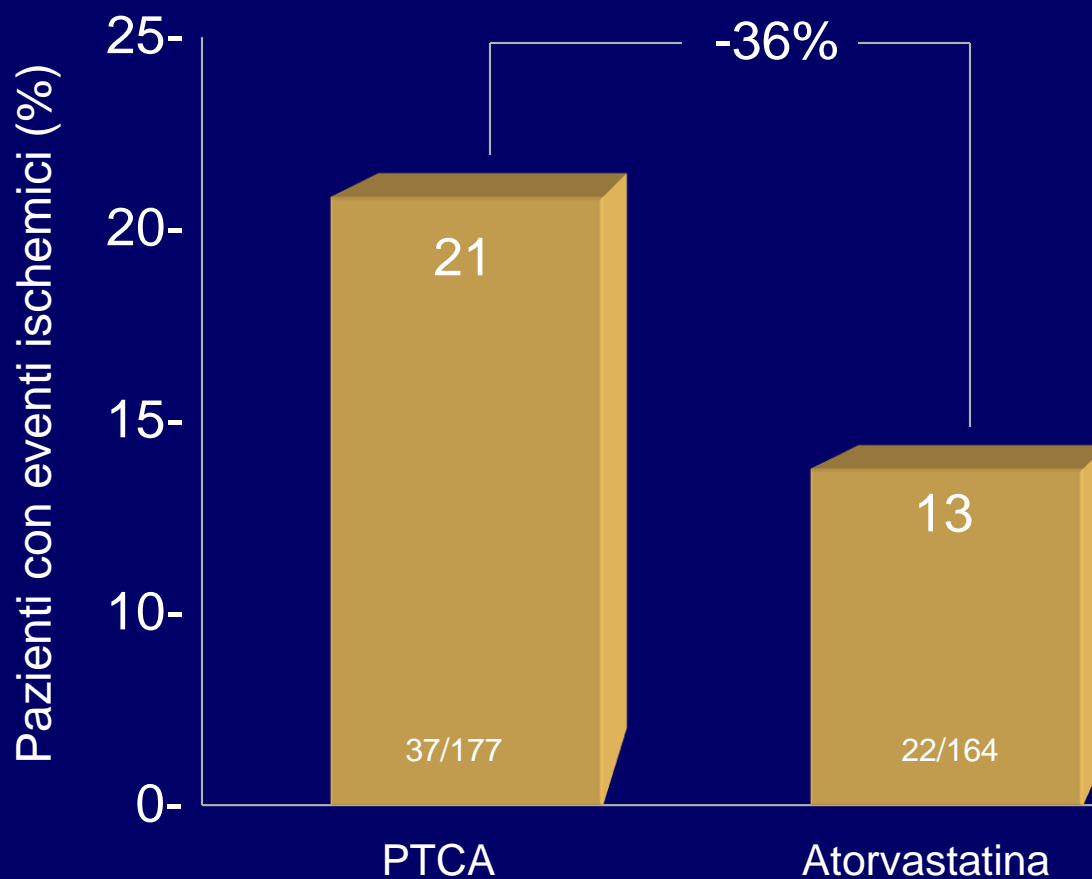
* p < 0.01

N Engl J Med 1997



Studio AVERT

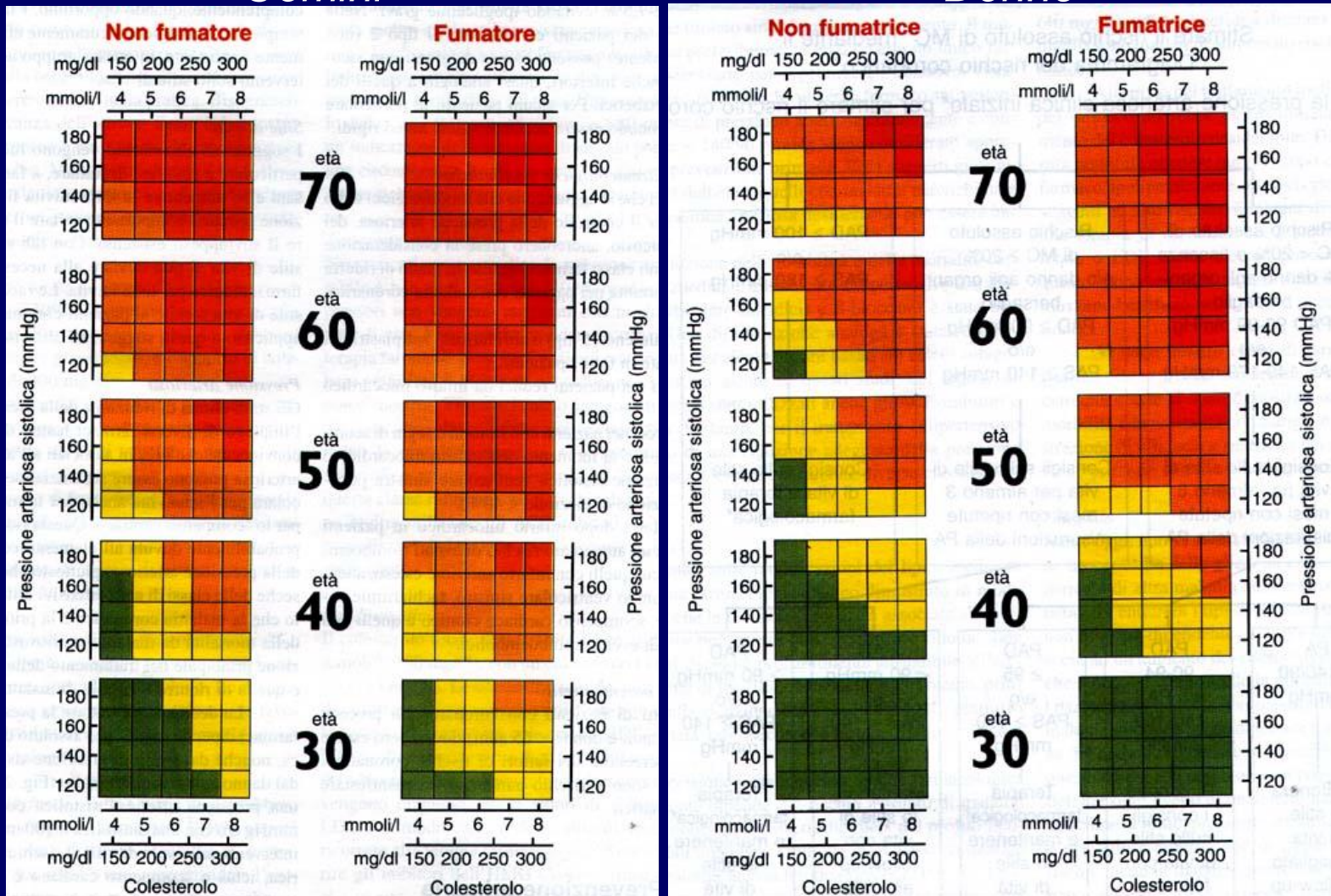
INCIDENZA DI EVENTI ISCHEMICI NEL GRUPPO TRATTATO CON PTCA ED IN QUELLO CON ATORVASTATINA



CARTA DEL RISCHIO CORONARICO

Uomini

Donne



Livello di rischio: ■ Molto elevato; ■ Elevato; ■ Moderato; ■ Lieve; ■ Basso



LINEE GUIDA II JOINT TASK FORCE ON CORONARY PREVENTION

Stima del rischio assoluto di malattia coronarica

Rischio assoluto < 20%
CT > 190 mg/dl

- Interventi sullo stile di vita per ridurre CT < 190 mg/dl e C-LDL < 115 mg/dl
- Rivalutare a 5 anni

**CT < 190 mg/dl o
C-LDL < 115 mg/dl**

- Mantenere modificazioni dello stile di vita
- Ripetere valutazioni ad intervalli annuali

Rischio assoluto ≥ 20%

- Determinare: CT, C-LDL, Trigliceridi, HDL-C
- Interventi sullo stile di vita per almeno tre mesi
- Rivalutare dopo 3 mesi

**CT ≥ 190 mg/dl
C-LDL ≥ 115 mg/dl**

- Mantenere modificazioni dello stile di vita
- Valutare l'opportunità di intervento farmacologico



MODIFICAZIONI DEI FATTORI DI RISCHIO NEI PAZIENTI CON MALATTIA CORONARICA E INDIVIDUI AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Pazienti con malattia coronarica
o altre malattie su base
aterosclerotica

Individui sani ad alto rischio
(> 20% in 10 anni)

MODIFICARE LO STILE DI VITA

Alimentazione, fumo, attività fisica, peso ideale

ALTRI FATTORI DI RISCHIO

PA < 140/90 mmHg, CT < 190 mg/dl, C-LDL < 115 mg/dl;
Se questi obiettivi non sono raggiunti modificando lo stile di vita,
ricorrere a farmaci ipocolesterolemizzanti ed antipertensivi

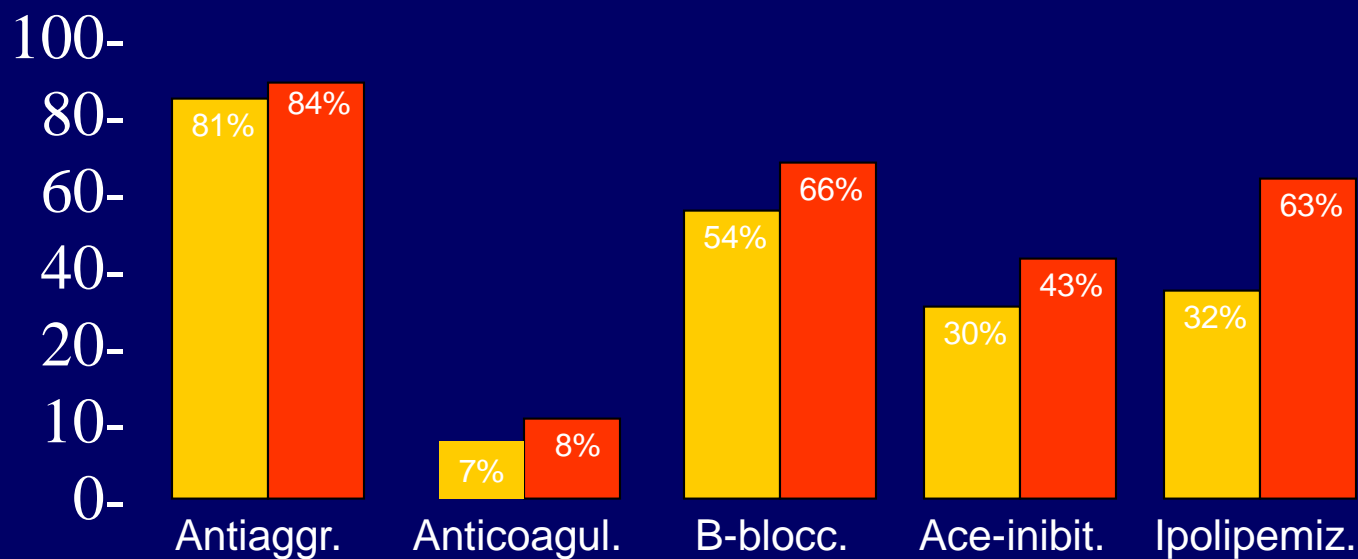
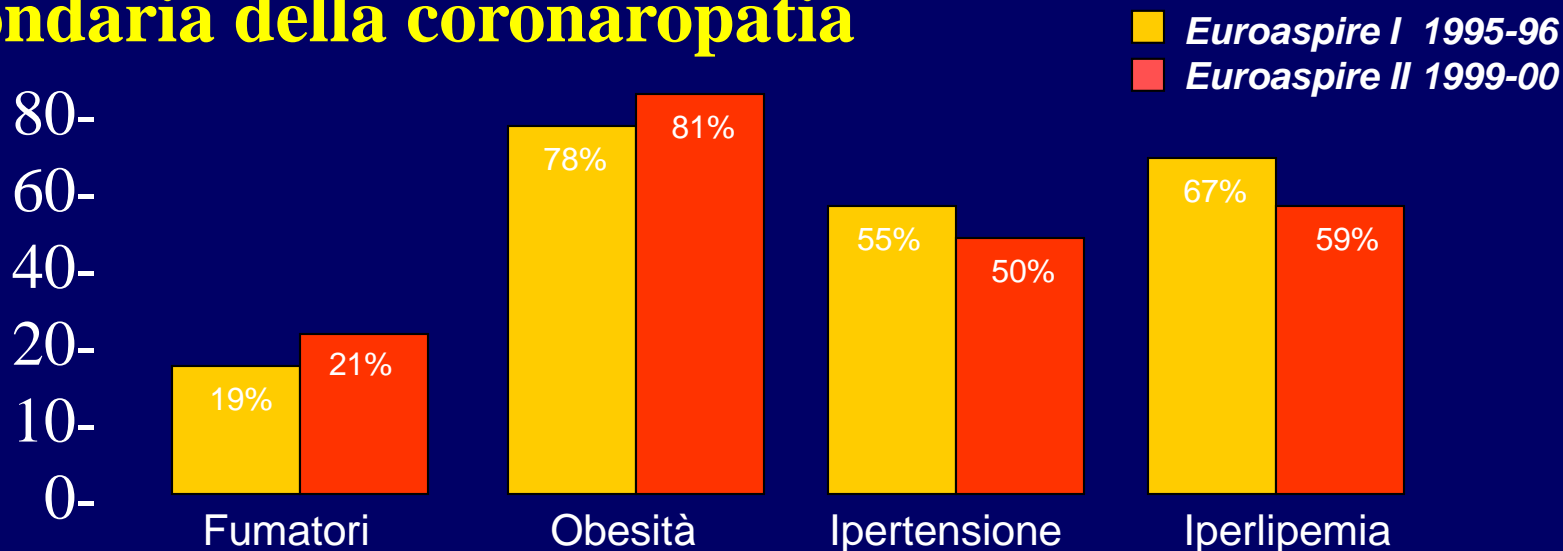
ALTRE TERAPIE PROFILATTICHE

Aspirina, ACE-inibitori, b-bloccanti, anticoagulanti

SCREENING DEI PARENTI

- Parenti dei soggetti con malattia coronarica precoce (uomini < 55 anni, donne < 65 anni)
- Parenti di soggetti affetti da ipercolesterolemie familiari

Indagini EUROASPIRE: interventi di prevenzione secondaria della coronaropatia



Conclusioni 1

- ✓ **La relazione tra colesterolo e rischio cardiovascolare non sembra presentare un valore soglia inferiore;**
- ✓ **Concentrazioni basse di colesterolo-LDL, nell'ordine di 80-90 mg/dl possono essere considerate “ fisiologiche” in quanto sono osservabili in popolazioni a basso rischio cardiovascolare e non provocano un aumento della mortalità per altre cause;**
- ✓ **La concentrazione assoluta basale della colesterolemia è un importante determinante del rischio di morte per cause coronariche;**
- ✓ **Quanto maggiore è il rischio cardiovascolare globale del paziente, tanto maggiore dovrà essere la riduzione del colesterolo LDL;**



Conclusioni 2

*Effetti non lipidici delle statine
o meccanismi “ancillari”:*

- Stabilizzazione della placca
- Fibrinogenesi e trombogenesi
- Neoangiogenesi compensatoria

