

# Trattamento delle dislipidemie alla luce delle ultime linee guida ESC

29 aprile 2022

Il Corso FAD è accreditato presso l'Agenas con numero **5357 - 346960** e dà diritto a **4,5** crediti formativi.

Accreditato per:

- **MEDICO CHIRURGO:** *Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza; Medicina Generale (Medici di Famiglia); Medicina Interna; Neurologia; Cardiologia; Ematologia; Geriatria;*
- **INFERMIERE**

**Non potranno essere erogati crediti ai discenti non appartenenti alle discipline sopra elencate.**

Per l'iscrizione: accedere al sito [www.bleassociates.it](http://www.bleassociates.it) nella sezione eventi selezionare il Corso e procedere con l'iscrizione. Sarà possibile iscriversi entro il 27 aprile 2022. Il corso ha la durata minima obbligatoria di 3 ore. La partecipazione dei discenti sarà rilevata attraverso la registrazione degli accessi alla piattaforma. I crediti ECM saranno rilasciati coerentemente con la normativa vigente (fruizione del corso per il tempo richiesto, compilazione scheda qualità, compilazione e superamento test di apprendimento). Al fine di ottemperare alla normativa Agenas (Art. 4.10 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, in vigore dal 1° gennaio 2019) nel caso di un mancato superamento della prova di verifica, è permessa la ripetizione del test, solo dopo una ripetuta fruizione dei contenuti della FAD. L'attestato ecm sarà inviato successivamente dal provider.

Responsabile Scientifico: **Dr. Salvatore Severino**

con il contributo non condizionante



PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
bleassociates s.r.l.  
t: 0823 30.16.53 / 45.21.10  
f: 0823 36.10.86  
e: [segreteria@bleassociates.it](mailto:segreteria@bleassociates.it)  
[www.bleassociates.it](http://www.bleassociates.it)

sanofi

Le patologie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione generale dei paesi industrializzati. Infatti è stato calcolato che la malattia cardiovascolare, annualmente, in Europa è responsabile di circa quattro milioni di decessi. Nella popolazione generale dopo i 65 anni le donne (2,2 milioni) appaiono maggiormente colpite rispetto agli uomini (1,8 milioni), mentre prima dei 65 anni la popolazione maschile rimane quella maggiormente colpita. La prevenzione della patologia cardiovascolare alla luce di questi dati appare fondamentale e dovrebbe essere raggiunta nella popolazione generale promuovendo modifiche dello stile di vita su diversi piani. In particolare gli studi epidemiologici a partire dagli anni 60 (Seven Country study, Framingham Heart Study, Multiple Risk Factor Interventional trial (MRFIT)), hanno dimostrato la diretta correlazione tra livelli di colesterolo ematici e l'incidenza di malattie cardiovascolari. In particolare, le evidenze scientifiche indicano l'esistenza di un rapporto quasi lineare tra incidenza di malattia coronarica e valori di colesterolo. Il numero di eventi avversi, infatti, cresce in maniera progressiva all'aumentare dei valori di colesterolo plasmatico. Ad esempio nel trial MRFIT per valori di colesterolo sierico superiore a 180 mg/dl ad ogni aumento di 20 mg/dl di colesterolo sierico corrisponde un incremento di circa 2 decessi per cardiopatia ischemica ogni 1.000 abitanti in un periodo di osservazione di circa 6 anni. Quando si parla di rischio cardiovascolare si intende la possibilità di un individuo di sviluppare eventi cardiovascolari in un determinato lasso di tempo. La valutazione del rischio cardiovascolare globale si basa sulla combinazione dell'effetto determinato da più fattori di rischio sul rischio globale. Per questa ragione anche nelle ultime linee guida 2019 per il trattamento delle dislipidemie gli autori rimarcano il discorso sull'utilizzo delle carte del rischio CV come strumento indispensabile per dividere e selezionare i pazienti in base al rischio di sviluppare a 10 anni eventi cardiovascolari fatali in modo da promuovere interventi più incisivi sugli individui maggiormente a rischio. Sulla base delle carte del rischio le linee guida attuali propongono di suddividere i pazienti in 4 categorie di rischio: pazienti a rischio molto alto, a rischio alto, intermedio e basso. Appartengono alla categoria di paziente a rischio molto alto rientrano i pazienti con già documentata patologia cardiovascolare, diabete mellito con danno d'organo, insufficienza renale avanzata (GFR <30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), score a 10 anni di eventi CV >10%, ipercolesterolemia familiare con associato un altro fattore di rischio maggiore. Quindi, per pazienti a rischio cardiovascolare molto alto, sia in prevenzione secondaria che in prevenzione primaria, è indicata una riduzione dell'LDL >50% rispetto al valore basale e il raggiungimento di un valore target di LDL - C < 55 mg/dl e addirittura nei pazienti che presenta- no un evento CV durante i primi due anni di trattamento con la dose massima di statina tollerata, sarebbe consigliato un target di LDL-C < 40 mg/dl. Nei pazienti ad alto rischio CV, è indicata sempre una riduzione dell'LDL - C > 50% rispetto al valore basale e il raggiungimento di un valore target di LDL-C < 70 mg/dl. Farmaco di prima scelta nella riduzione del LDL - C restano le statine. Studi clinici infatti hanno ampiamente dimostrato l'efficacia delle statine nel ridurre i valori di LDL-C, il cui effetto è dose dipendente e varia a seconda del tipo di statina utilizzato. Negli ultimi anni in aggiunta alla classica terapia con statina nuove terapie farmacologiche sono state introdotte per favorire la riduzione e il raggiungimento del target terapeutici per i valori di LDL-C. Il trattamento con ezetimibe deve essere preso in considerazione sia in caso di intolleranza alle statine, sia quando la loro somministrazione alla dose massima raccomandata o tollerata non consenta il raggiungimento dei valori di C-LDL target. Gli inibitori PCSK9 rappresentano una nuova classe di farmaci attualmente disponibili in commercio. Si tratta di un anticorpo monoclonale che interferisce sul riciccolo dei recettori delle LDL (LDLR) aumentando la loro espressione sulla superficie cellulare degli epatociti con conseguente riduzione dei livelli circolanti di LDL-C. Nei pazienti in prevenzione secondaria a rischio molto alto cardiovascolare che non sono a target con la terapia statine più ezetimibe le linee guida raccomandano in classe IA l'utilizzo degli inibitori del PCSK9. L'ODYSSEY Outcomes, è un ampio trial randomizzato che ha fornito informazioni sull'efficacia e la sicurezza dell'Alirocumb, anticorpo monoclonale inibitore del PCSK9. In questo trial sono stati testati circa 19.000 pazienti con sindrome coronarica acuta nei precedenti 12 mesi, seguiti per un follow-up di circa 3 anni. L'età mediana dei pazienti era di 58 anni, la mediana LDL-C era di 87 mg / dL in entrambi i gruppi e la LDL non-C era 115. I pazienti hanno ricevuto iniezioni bisettimanali di alirocumab da 75 o 150 mg a settimane alterne, con possibilità di aumento a 150 mg ogni due settimane in pazienti con LDL-C ≥ 50 mg / dL. I livelli di LDL-C erano di 53,3 mg / dL nel gruppo alirocumab rispetto a 101,4 mg / dL nel gruppo placebo, con una riduzione assoluta del 54,7%. L'endpoint primario di eventi avversi cardiovascolari maggiori (MACE) il tempo alla prima occorrenza di morte coronarica (CHD), infarto miocardico non fatale (MI), angina instabile che richiedeva ospedalizzazione o ictus ischemico era significativamente più basso nel gruppo trattato con alirocumab rispetto al gruppo placebo (9,5 vs 11,1 per cento). Oltre a una riduzione significativa per l'infarto miocardico non fatale, ridotto del 14%, dell'ictus ridotto del 27% e dell'angina instabile del 39%, la terapia con alirocumab riduceva del 15% il tasso di morte per tutte le cause rispetto a placebo (3,5 vs 4,1%). In termini di sicurezza, gli eventi avversi erano rappresentati da reazioni locali nel sito di iniezione nel gruppo alirocumab rispetto a placebo (3,8% vs 2,1%). Si sono poi registrate percentuali più basse di ictus emorragico (9 vs 16 eventi), di diabete di nuova insorgenza (648 vs 676 eventi) e di disturbi neurocognitivi (143 vs 167 eventi) nel gruppo con alirocumab. Da questa premessa e dalle raccomandazioni delle linee guida dell'ESC 2019 emerge sempre di più l'esigenza di raggiungere rapidamente il target di LDL in particolar modo nei pazienti post Sindrome coronarica acuta e/o post Angioplastica. Ci sono dati a favore di un utilizzo precoce degli inibitori del PCSK9 pre dimissione in base al profilo di rischio clinico del paziente e al suo valore di LDL. Pertanto bisogna per ogni paziente effettuare una attenta valutazione della sua anamnesi, dei fattori di rischio, del tipo di angioplastica effettuata e se è presente una malattia multivasale e la valutazione dei valori di LDL all'ingresso in UTIC ed alla dimissione.

# Trattamento delle dislipidemie alla luce delle ultime linee guida ESC

29 aprile 2022

Moderatori: F. Caiazza, P. Guarini, L. Marullo, S. Severino

- 16.00 Introduzione al tema  
P. Guarini
- 16.20 Presentazione risultati della Survey  
M. Evangelista
- 16.40 Presentazione dati di aderenza sul trattamento delle dislipidemie  
F. Renga
- 17.00 Linee guida ESC NSTEMI  
M. Sidiropulos
- 17.20 Discussione su i temi precedentemente trattati  
M. Evangelista, M. Sidiropulos
- 17.40 Linee Guida ESC Dislipidemia  
R. Ruggiero
- 18.00 Gli inibitori del PCSK9 : Impiego nei pazienti a rischio cardiovascolare molto alto e nella strategia dell'intervento precoce nei pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta  
A. Scatteia
- 18.30 Discussione su i temi precedentemente trattati  
R. Ruggiero, M. Sidiropulos
- 19.00 Take home message  
P. Guarini