

QMC

Quaderni di Medicina e Chirurgia

Obiettivo primario: prevenire gli eventi cardio- e cerebrovascolari

Damiano Parretti

Medico di Medicina Generale

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Guarda il video

<https://youtu.be/MI4CZp4Q4wo>



Comitato Scientifico

Ferdinando De Negri
Medicina Interna

Pier Carlo Salari
Pediatria

Massimo Mari
Psichiatria

Direttore Responsabile
Patrizia Alma Pacini

Edizione
Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Divisione Pacini Editore Medicina

Andrea Tognelli
Medical Projects and Publishing Director
Tel. 050 3130255 - atognelli@pacinieditore.it

Fabio Poponcini
Sales Manager – Tel. 050 3130218 - fpoponcini@pacinieditore.it

Alessandra Crosato
Junior Sales Manager – Tel. 050 31 30 239 - acrosato@pacinieditore.it

Manuela Mori
Advertising and New Media Manager – Tel. 050 3130217 - mmori@pacinieditore.it

Lucia Castelli
Redazione – Tel. 050 3130224 - lcastelli@pacinieditore.it

Massimo Arcidiacono
Grafica e impaginazione – Tel. 050 3130231 - marcidiacono@pacinieditore.it

Edizione digitale Giugno 2020

© Copyright by Pacini Editore Srl - Pisa



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

Registrazione al Tribunale di Pisa n. 23 del 12/12/1998. Quaderni di Medicina e Chirurgia 2020, edizione speciale. L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: <https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx>

**Obiettivo primario:
prevenire gli eventi cardio- e cerebrovascolari**

Damiano Parretti
Medico di Medicina Generale

Tra i compiti principali che i medici di medicina generale (MMG) devono svolgere deve essere considerata la prevenzione cardio- e cerebrovascolari, nell’ottica del controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolari (CV) e i ultima analisi, come diretta derivazione, della prevenzione degli eventi.

Per l’approccio globale e la decisione degli interventi classicamente viene considerata la generica classificazione di prevenzione CV primaria che accorpa tutti i soggetti senza precedenti eventi CV, e prevenzione CV secondaria in cui vengono inseriti tutti i soggetti con precedenti eventi CV.

Per una analisi e per processi decisionali individualizzati e appropriati, dobbiamo pensare alla nostra popolazione reale che possiamo ripartire in molteplici categorie di rischio:

- soggetti sani;
- soggetti con fattori di rischio CV;
- soggetti con danni d’organo asintomatici;
- soggetti con patologie che influiscono sul rischio CV;
- soggetti con pregressi eventi CV;
- soggetti con pregressi eventi CV e patologie associate.

Ogni categoria ha un profilo di rischio differenziato dagli altri, e i ogni soggetto deve essere inquadrato correttamente e trattato di conseguenza.

La correlazione tra differenti livelli di rischio CV e la presenza anche associata di queste differenti condizioni è ben riportata nella Tabella I, come proposto dalle LG europee per l’ipertensione arteriosa del 2018.

Da queste osservazioni conseguono le decisioni di trattamento, che di caso in caso devono andare dalle sole misure non farmacologiche, al trattamento farmacologico dei singoli fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia), al trattamento delle patologie associate, alla aggiunta a tutto questo di terapia antiaggregante piastrinica, con ASA indicata per la prevenzione secondaria e primaria, o in alternativa con tienopiridine che hanno indicazioni solo per la prevenzione secondaria.

In prevenzione CV primaria, fino al 1997, non era presa

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP >180 or DBP ≥110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	≥3 risk factors	Low to Moderate risk	Moderate to high risk	High Risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade ≥4, or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Linee guida ESC/ESH 2018 ipertensione

Tabella I.

DOPO LA PUBBLICAZIONE DELLE CARTE DEL RISCHIO CV (FRAMINGHAM E SUCCESSIVE)	
<i>British Hypertension Society Guidelines 1999</i>	Raccomandato ASA per la prevenzione primaria in pazienti ipertesi > 50 anni con danno d'organo o diabetici o con rischio CV a 10 anni > 15%
<i>AHA/ACC guidelines for prevention of cardiovascular disease and stroke: update 2002</i>	Prendere in considerazione la somministrazione di 75-160 mg di ASA nei soggetti a maggior rischio (> 10% in 10 anni)
<i>European guidelines (ESH-ESC) on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2003</i>	ASA è indicato nei soggetti con rischio > 5% (carta SCORE), a condizione che la pressione sia controllata (PA < 140/90)

Tabella II.

in considerazione alcuna terapia antiaggregante piastrinica, come è rilevabile dalle linee guida AHA per la prevenzione della malattia CV. L'approccio è successivamente cambiato con la pubblicazione delle carte del rischio CV, in primo luogo le carte di Framingham del 1998 e le carte del rischio europee nel 2003 quando per la prima volta le principali linee guida indicano l'utilizzo di ASA in prevenzione primaria nei soggetti a rischio CV elevato (Tab. II).

Il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo di ASA in prevenzione secondaria è favorevole con robuste evidenze. In

prevenzione primaria c'è indicazione ad ASA nel rischio elevato, peraltro con dati ancora parzialmente controversi, provenienti da numerosi studi clinici e e metaanalisi. Alla luce di ciò mettiamo a confronto la metaanalisi di Raju et al. del 2011 e la metaanalisi di Mahmoud et al. del 2018, realizzate da studi in prevenzione primaria in cui veniva valutato l'effetto di ASA su mortalità da tutte le cause e su altri end point quali mortalità CV, infarto miocardico, stroke ischemico, emorragia intracranica e sanguinamenti maggiori, come da riferimento in Figura 1. I risultati appaiono coincidenti per quanto riguarda la

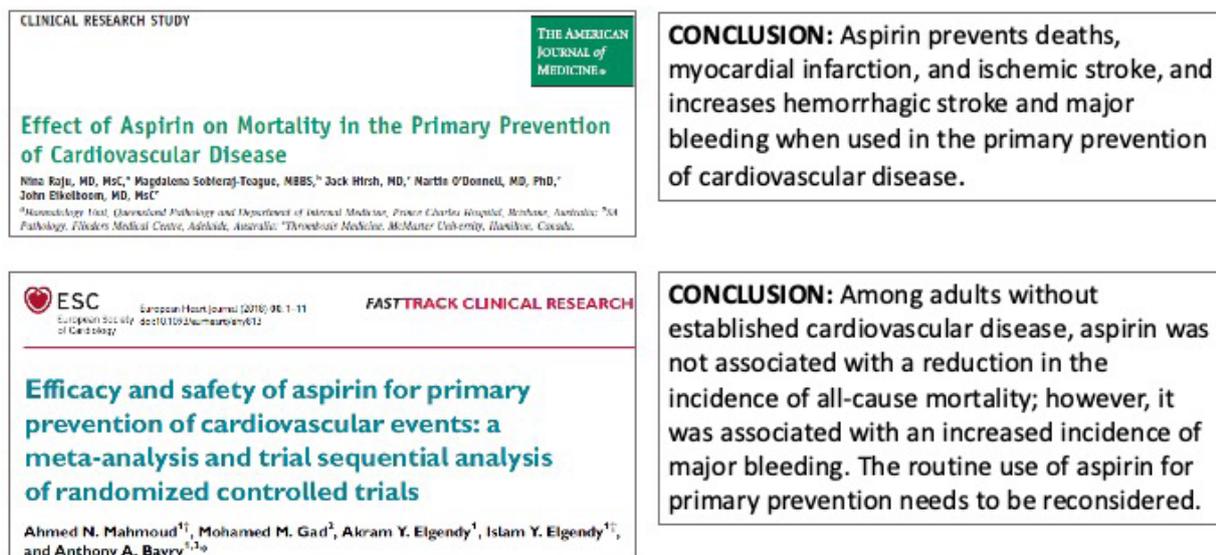


Figura 1.



Figura 2.

aumentata incidenza di emorragie maggiori, ma in disaccordo per l'endpoint primario su mortalità totale che risulta ridotta nella metaanalisi del 2011 e non ridotta invece nella metaanalisi del 2018.

La variabilità di questi risultati è legata a quanto affermato in precedenza, e cioè che la popolazione in prevenzione primaria è composta da sottopopolazioni molto diverse tra loro, che vanno da soggetti sani a soggetti con danni d'organo o patologie associate, che esprimono proiezioni di rischio molto differenti. Occorre quindi in questi soggetti una attenta stratificazione di rischio, derivate da una prima valutazione con gli algoritmi (Progetto Cuore, SCORE System), a cui deve aggiungersi una accurata valutazione clinica. In Figura 2 di evidenza quale popolazione in prevenzione primaria è da considerarsi a rischio elevato.

Se rapporto rischio/beneficio non ben definibile, o condizioni di rischio moderato, si può considerare l'utilizzo di ASA in rapporto alla sua protezione oncologica.

I dati delle valutazioni retrospettive disponibili dimostrano una riduzione di incidenza statisticamente significativa di alcune neoplasie per i pazienti trattati con ASA per almeno 5 anni. Pertanto la concomitanza de<i un aumentato rischio oncologico e di un rischio CV modera-

to può giustificare l'utilizzo di ASA basse dosi in queste popolazioni (soprattutto presenza di familiarità per K colon retto e mammella).

In sintesi, possiamo concludere che:

- nella prevenzione CV, deve essere stratificato con precisione il livello di rischio;
- le decisioni di trattamento (stili di vita, terapia farmacologiche dei FR, delle patologie associate, e antiaggregazione piastrinica) devono essere prese in base al rischio CV globale;
- nella decisione se trattare, occorre sempre prendere in considerazione il rapporto rischio/beneficio.

Un ultimo riferimento deve essere fatto per i pazienti portatori di patologie CV con infezione intercorrente da COVID 19. Numerosi dati evidenziano come in caso di infezione COVID 19, in soggetti portatori di patologie CV il buon controllo clinico e le condizioni di stabilità hanno favorevoli implicazioni prognostiche. Per questo motivo è raccomandata fortemente l'aderenza terapeutica alla terapia mirata al controllo dei FR, al controllo clinico e alla terapia antiaggregante o anticoagulante, quando necessarie.