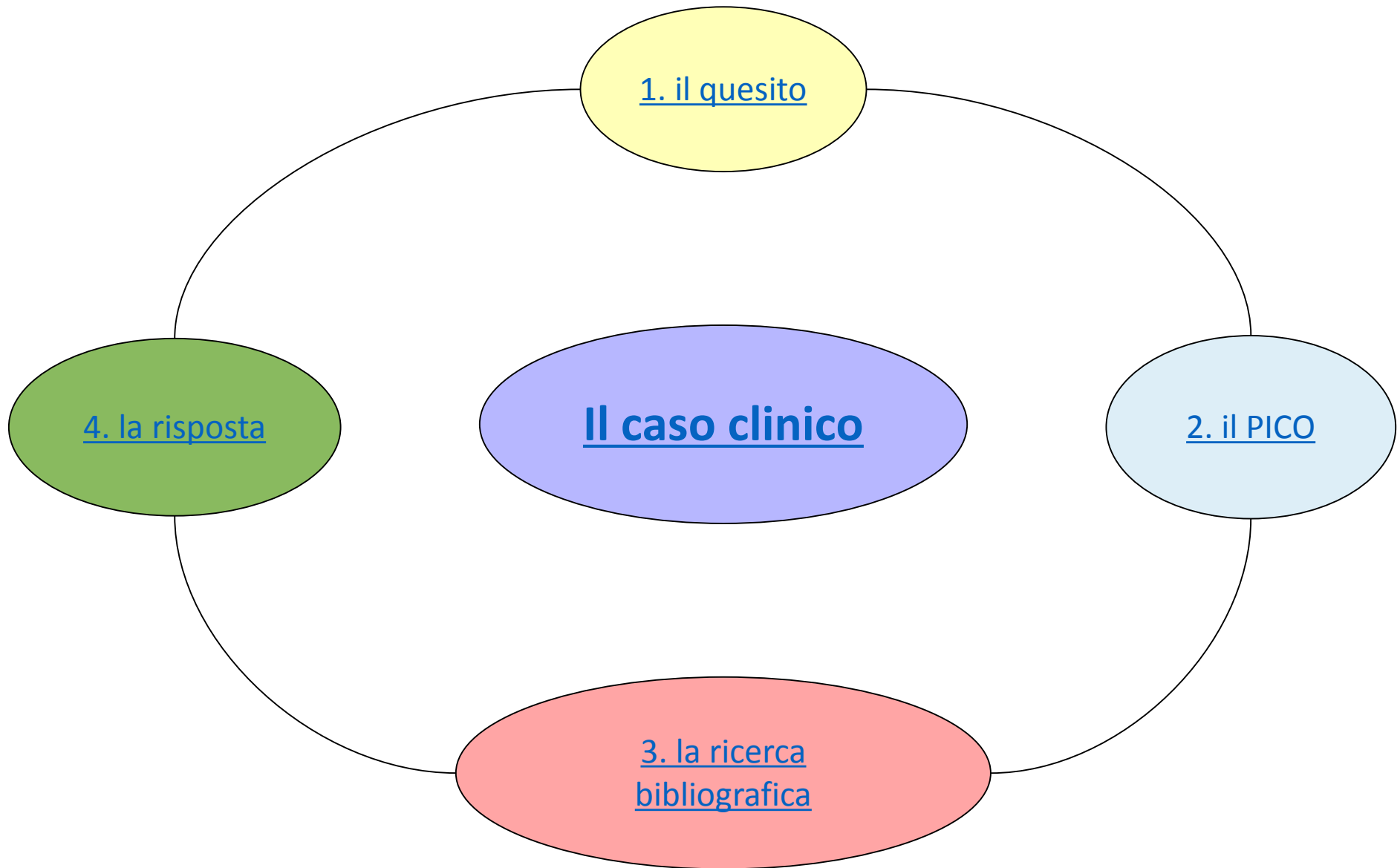


# Chi si ferma è... TRATTATO!



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## IL CASO CLINICO:

Francesco 53 anni, è sempre stato in buona salute, non ha mai fumato, pressione nella norma ed esami bioumorali nei limiti. Lavoratore assiduo e frequentatore della mensa aziendale, mangia spesso fuori casa. In famiglia unico evento cardiovascolare, un ictus nella mamma in età avanzata; presente in più familiari ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia. Negli ultimi 3 anni, per l'intensificarsi degli impegni lavorativi, ha smesso di svolgere le regolari passeggiate che faceva in passato ed è progressivamente aumentato di peso, fino agli attuali 83 kg con 175 cm di altezza (BMI 27 = sovrappeso).

In accordo col suo Medico ha eseguito un controllo degli esami bioumorali che hanno evidenziato: **CH TOT 265, LDL 153, HDL 39, TG 365, ALT 45**, glucosio 99, TSH nella norma. Dopo alcuni mesi nei quali sono state tentate alcune modifiche degli stili di vita, Francesco esegue di nuovo controllo degli esami bioumorali, che evidenziano normalizzazione della transaminasemia e miglioramento, ma non normalizzazione, del profilo lipidico: **CH TOT 235, LDL 135, HDL 42, TG 289**. Il BMI risulta solo lievemente ridotto (26,4). Il RCV con calcolatore CUORE risulta del 4,1% (basso rischio).

Secondo le indicazioni della nota AIFA 13 si decide di non iniziare un trattamento con statine, ma, stante la persistenza di alterazioni lipidiche, Francesco viene inviato allo specialista per l'inquadramento della dislipidemia.

Lo specialista lipidologo pone diagnosi di **probabile IPERLIPIDEMIA COMBINATA FAMILIARE** e prescrive OMEGA 3, al dosaggio di un grammo tre volte al die e successivo controllo, con esami, dopo tre mesi circa.



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## **1. IL QUESITO:**

Dislipidemia mista: quale inquadramento e quale trattamento?



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## 2. IL PICO:

**Popolazione:** iperlipidemia combinata familiare (prevalente ipertrigliceridemia) in prevenzione primaria

**Intervento:** trattamento ipocolesterolemizzante con statina

**Confronto:** trattamenti con altri farmaci (omega 3/ fibrati)

**Outcome (Esito):** riduzione di eventi CV e mortalità



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## 3. LA RICERCA BIBLIOGRAFICA

PubMed:

[Link](#): omega 3 e iperlipidemia familiare combinata

[Link](#): omega 3 e iperlipidemia, dislipidemia, ipertrigliceridemia

[Link](#): fibrati e iperlipidemia familiare combinata

[Link](#): fibrati e iperlipidemia, dislipidemia, ipertrigliceridemia

[Cochrane Library](#)

[Nota 13 AIFA](#)

[UptoDate](#)

[Choosing Wisely AUSL Modena](#)

n.5 - Terapie ipocolesterolemizzanti in prevenzione primaria



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## 4. LA RISPOSTA:

Nel caso di Francesco può essere sospettata una forma di iperlipidemia combinata familiare con predominante componente di ipertrigliceridemia (Box 1).

I principali interventi da proporre a Stefano riguardano il cambiamento degli stili di vita (con la riduzione del consumo di alcool, l'incremento dell'attività fisica e la modificazione della dieta).

Se si decide di iniziare un trattamento farmacologico, in considerazione dell'elevato rischio CV delle forme genetiche (Box 2), miglior trattamento che possiamo offrire a Francesco è rappresentato da una statina, unica classe di ipocolesterolemizzanti che ha dato esiti favorevoli su riduzione di eventi CV maggiori e mortalità.

Se si volesse intervenire sull'ipertrigliceridemia residuale (TG > 200 mg/dL) si potrebbe prendere in considerazione l'associazione di statina con fenofibrato (tenendo in considerazione il potenziale incremento di effetti avversi), oppure gli omega 3 (Box 3).

**In conclusione**, in questo paziente in prevenzione primaria, ma ad alto rischio CV, oltre agli interventi continui sulla correzione degli stili di vita, è raccomandato iniziare terapia con statina e solo se persiste l'ipertrigliceridemia, considerare un trattamento con omega 3 o fibrati.



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## Box 1

La NOTA 13 riporta che l'iperlipidemia combinata familiare va sospettata quando è presente una colesterolemia LDL è superiore a 160 mg/dl e/o una trigliceridemia superiore a 200 mg/dl, e la documentazione di più casi di ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia (fenotipi multipli) nei membri della stessa famiglia (I e II grado). Spesso vi è una variabilità fenotipica nel tempo (passaggio da ipercolesterolemia ad ipertrigliceridemia, o a forme miste).

In assenza di documentazione sui familiari, la dislipidemia familiare è fortemente sospetta in presenza di una diagnosi anamnestica o clinica o strumentale di arteriosclerosi precoce.

Il paziente con dislipidemia familiare è un paziente ad alto rischio CV, per il quale sono proposti target di LDL < 100, **mentre non sono fissati target per i valori di TG.**



# Chi si ferma è... TRATTATO!

## Box 2

Per tutti i pz over 34 anni...		Solo in alcuni casi tratti...	
Hai calcolato il rischio ?	Ti sei ricordato di fare...	Decidi di iniziare una statina se LDL...	Fino a dove vuoi arrivare?
RCVGA* Classe di rischio <small>(Nota 13 + IG ESC 2012)</small>	Counselling e controllo di altri fattori modificabili	<small>(Nota 13 + DOC RER)</small>	Target terapeutico
> 20% <b>RISCHIO ALTO</b>	Fumo? Dieta mediterranea? Attività fisica? BMI < 25? Controllo Pressione?	<b>SEMPRE</b> Se LDL > 100	<b>LDL &lt; 100</b>
15% - 20% <b>RISCHIO MODERATO</b>		SEMPRE se LDL > 160 oppure se LDL 130-160 +	LDL < 115
10% - 15% <b>RISCHIO MEDIO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiarità Precoce per MCV</li> <li>• Stenosi Carotidea</li> </ul>	LDL < 130
< 10% <b>RISCHIO BASSO</b>		MAI se LDL < 190	LDL < 190





# Chi si ferma è... TRATTATO!

## Box 3

Gli omega 3 abbassano i TG di circa l'8% per ogni grammo assunto, con ampia variabilità dose/risposta. I fibrati riducono del 30% i TG e del 9% il colesterolo HDL.

Nessuna monoterapia non statinica ha dimostrato un significativo ruolo nella riduzione degli eventi cardiovascolari / mortalità.

