

Quale strategia di prevenzione dobbiamo proporre ai nostri pazienti per raggiungere e mantenere i target terapeutici.

Prof. M. M. Ciccone, MD, FESC

Direttore U.O.C. Cardiologia

Università degli Studi «A. Moro»- Bari

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico - Bari



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2021) **00**, 1 – 111

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies

With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)



ESC

European Society
of Cardiology

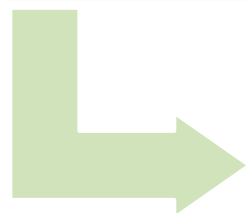
European Heart Journal (2021) **00**, 1–111

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

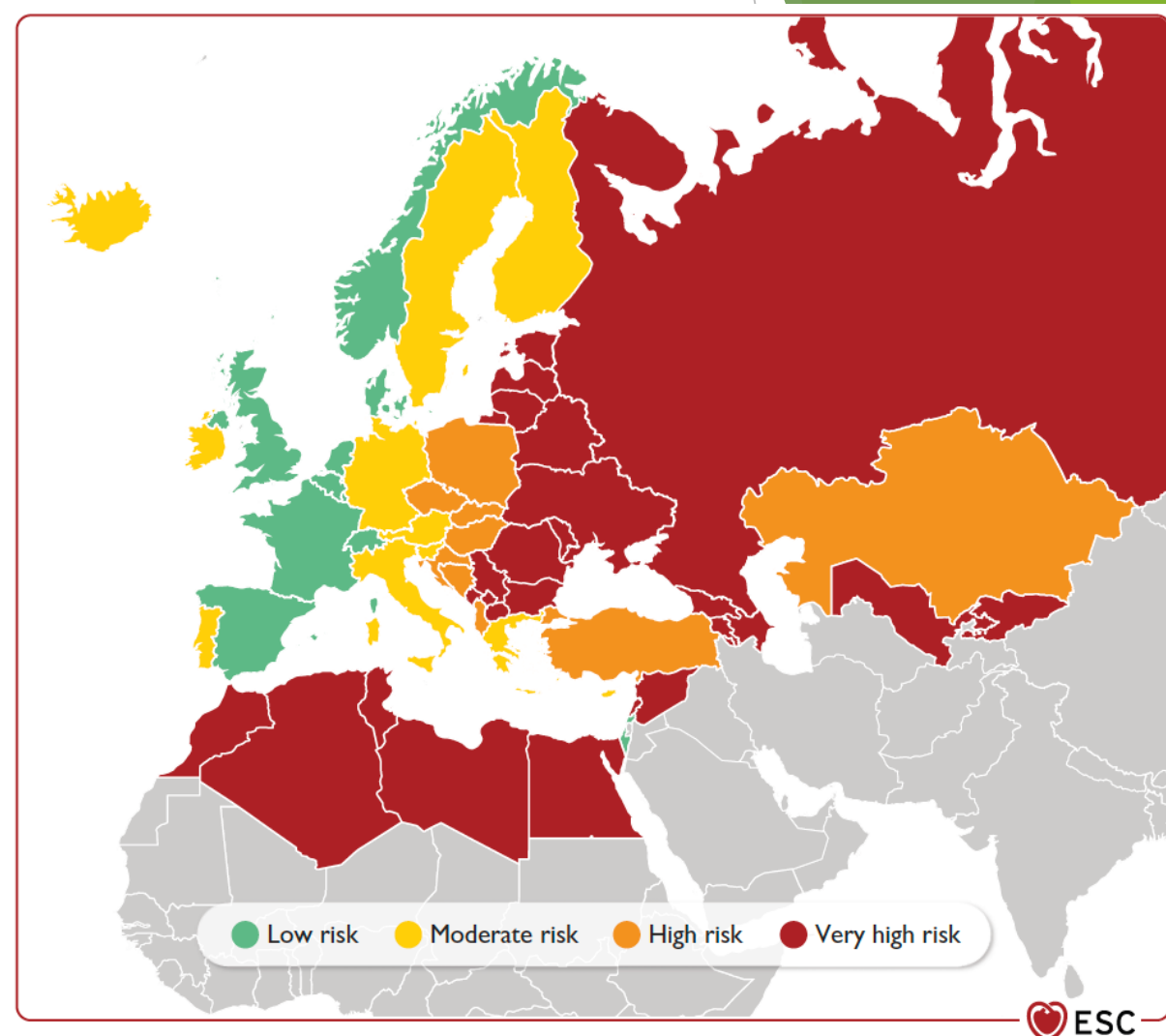
Aumento della
abitudine
tabagica

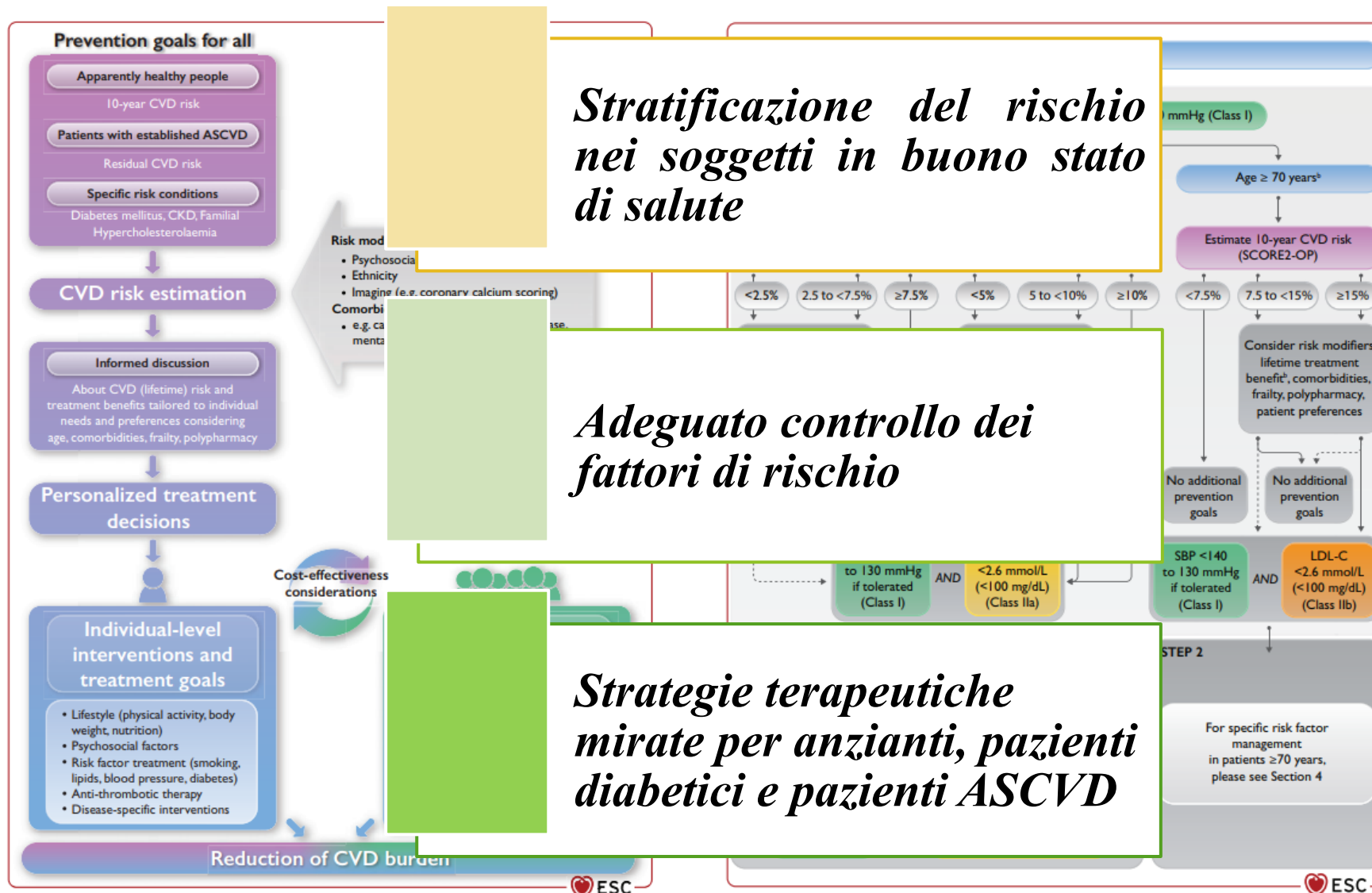


Aumento della
obesità



L'Italia passa
fra i Paesi ad
alto rischio
cardiovascolare







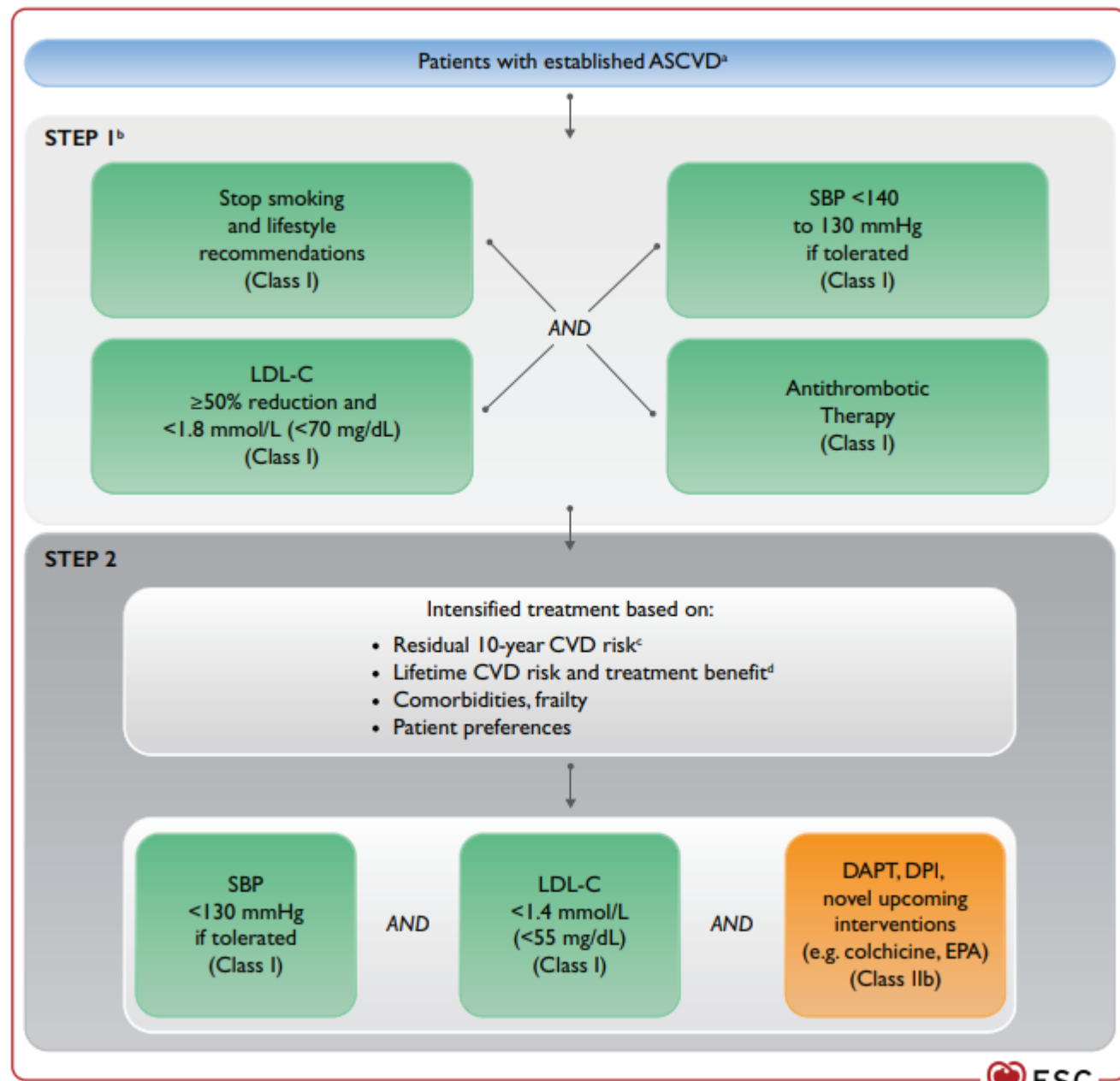
ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2021) 00, 1–111

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

Gestione del rischio cardiovascolare nei pazienti con malattia aterosclerotica (ASCVD)





ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2020) 41, 111–188
doi:10.1093/eurheartj/ehz455

ESC/EAS GUIDELINES



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

Recommendations

Class ^a	Level ^b
--------------------	--------------------

IIb	A
-----	---

IIa	A
-----	---

I	A
---	---

I	A
---	---

IIb	B
-----	---

Treatment goal for LDL-C

& ≥50%
reduction
from
baseline

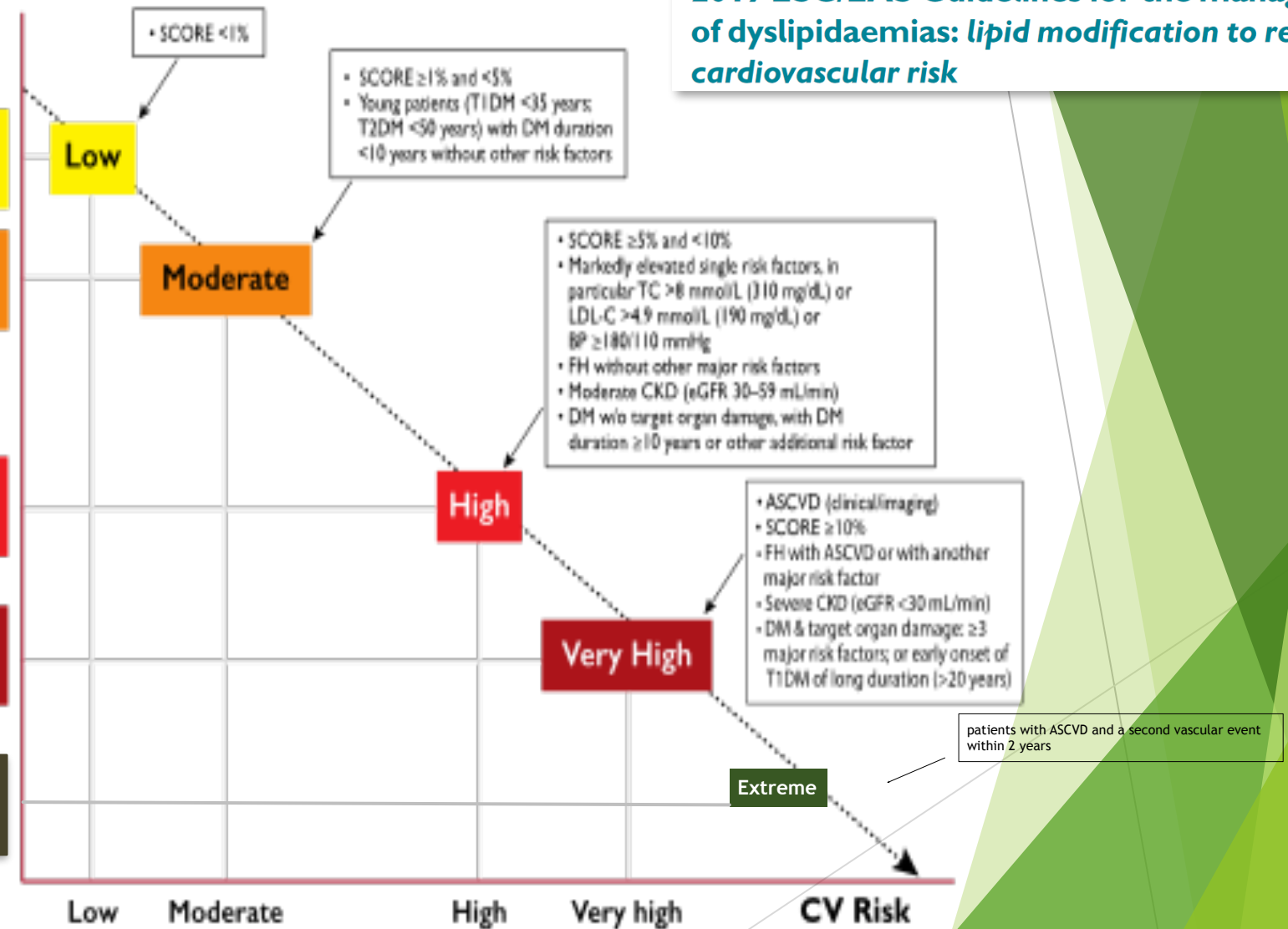
3.0 mmol/L
(116 mg/dL)

2.6 mmol/L
(100 mg/dL)

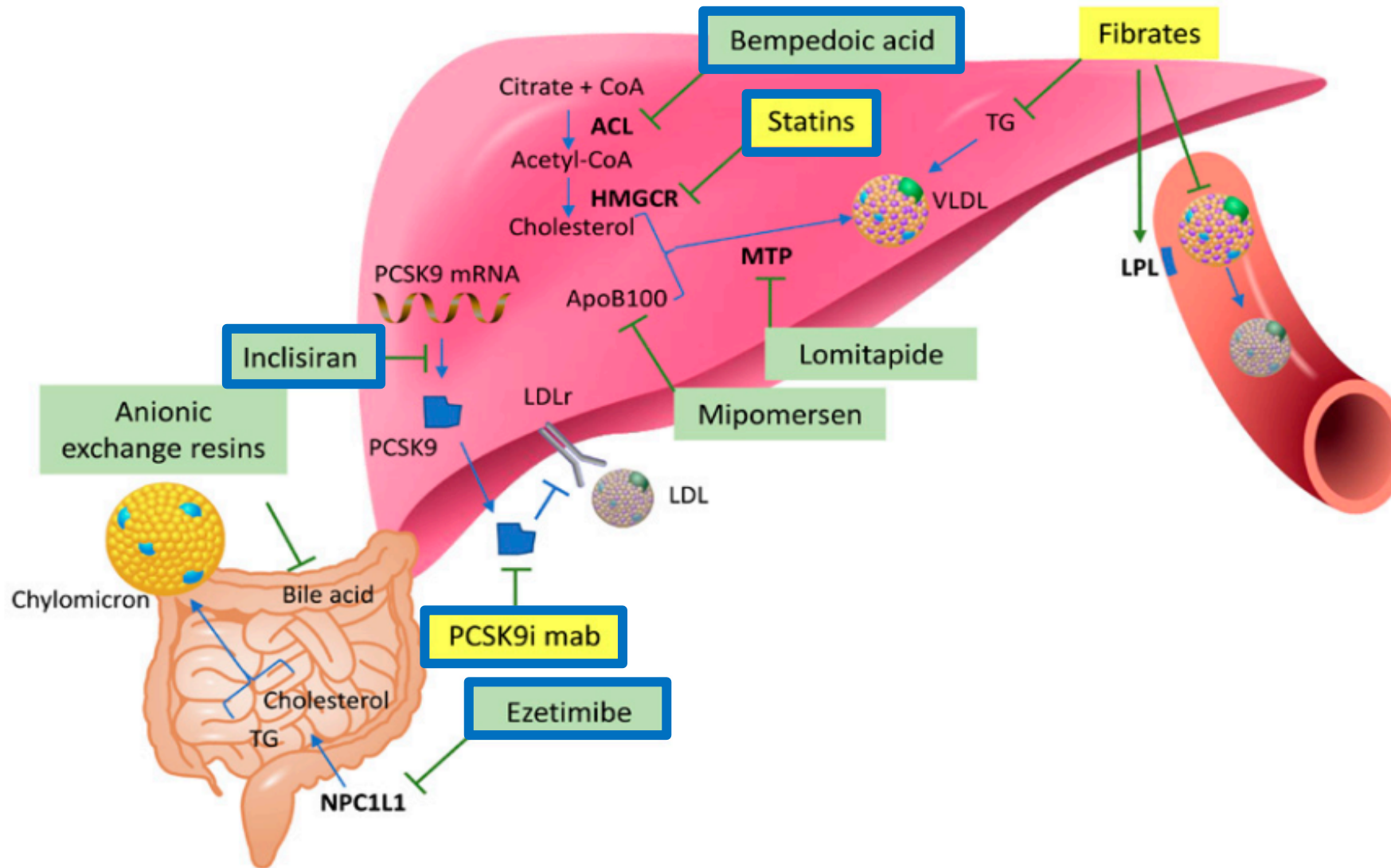
1.8 mmol/L
(70 mg/dL)

1.4 mmol/L
(55 mg/dL)

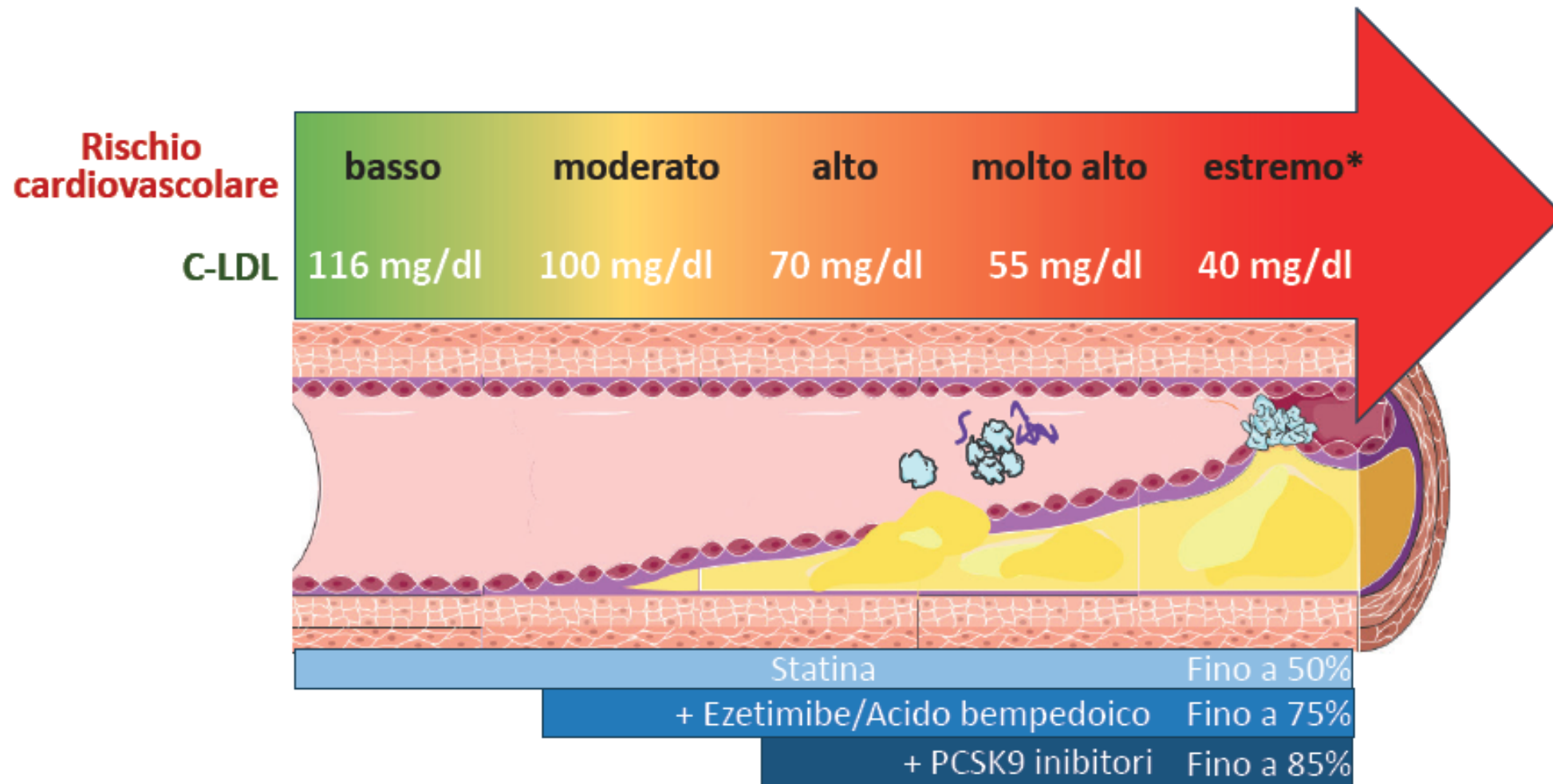
1.0 mmol/L
(40 mg/dL)



Terapie ipolipemizzanti e siti d'azione

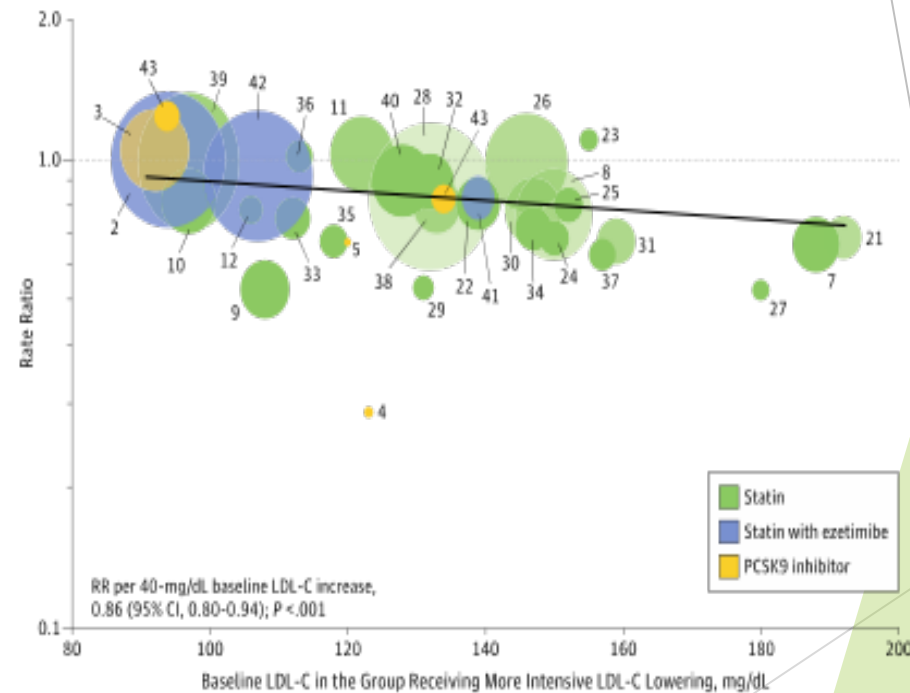
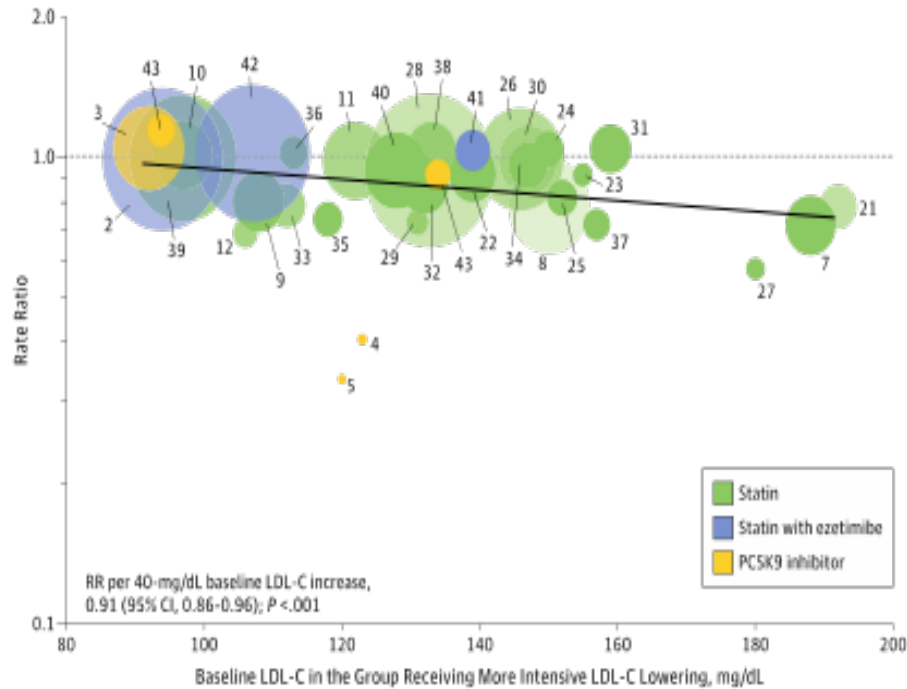


Potenziale efficacia delle terapie di combinazione disponibili

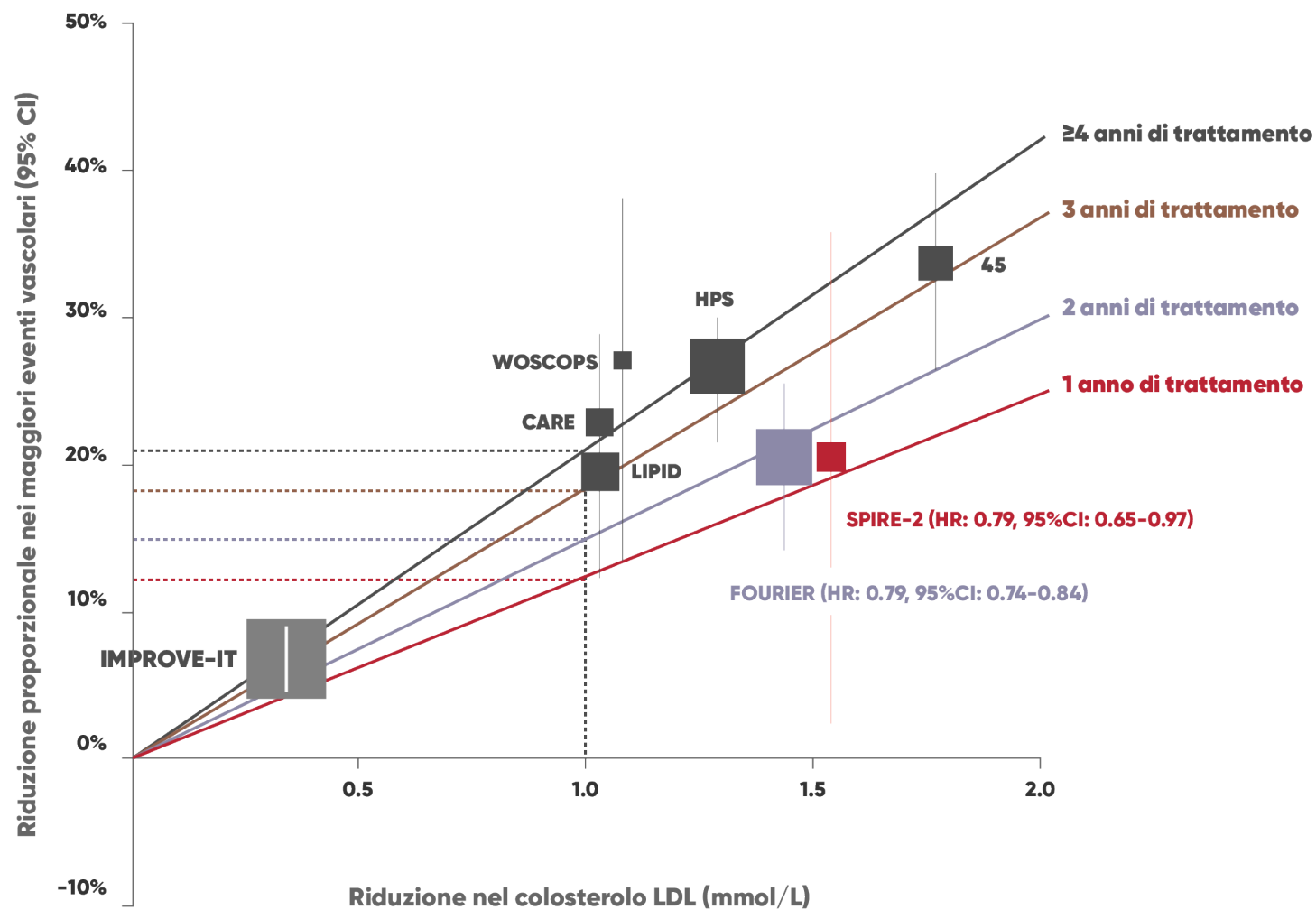


“THE LOWER THE BETTER”

Association Between Baseline LDL-C Level and Total and Cardiovascular Mortality After LDL-C Lowering A Systematic Review and Meta-analysis

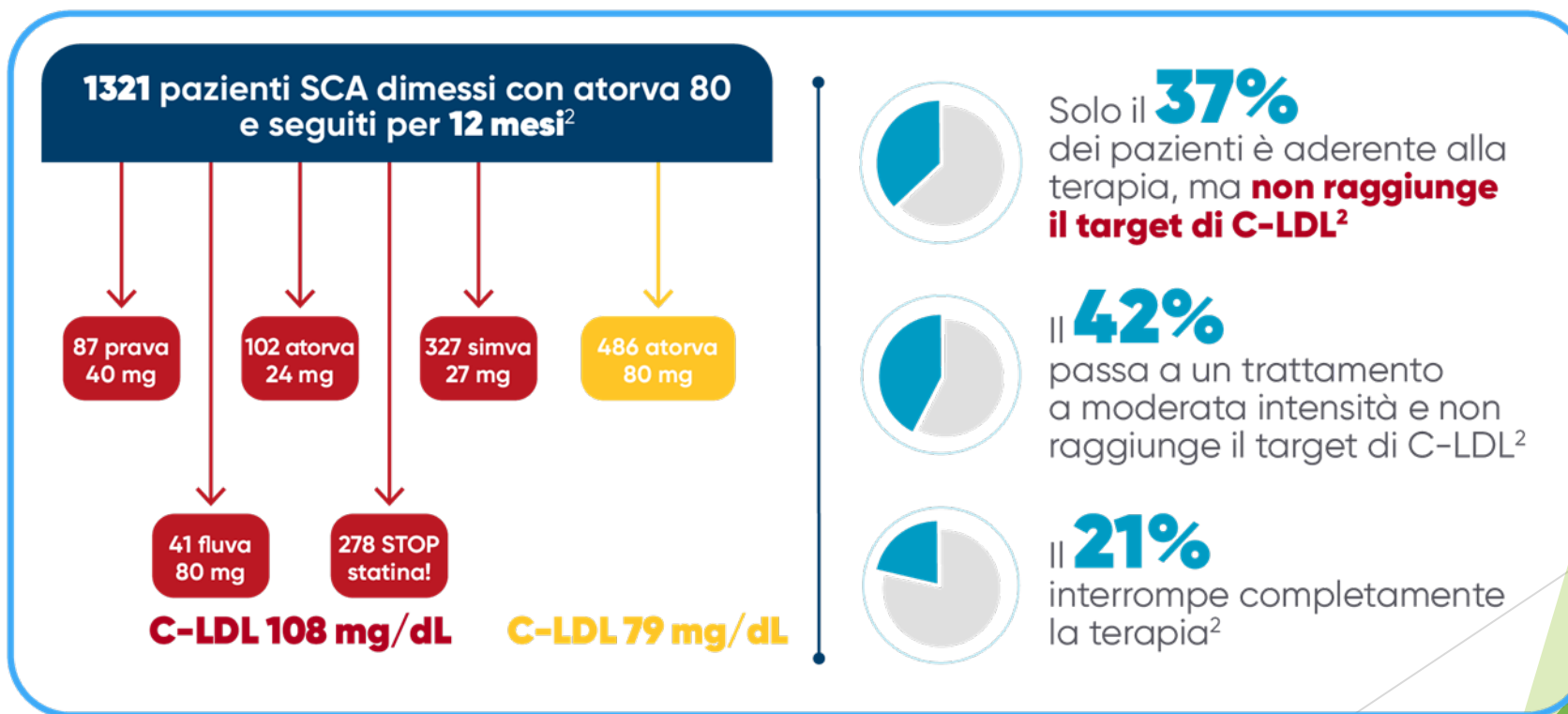


“THE LONGER THE BETTER”



ADERENZA TERAPEUTICA E STATINE AD ALTO DOSAGGIO

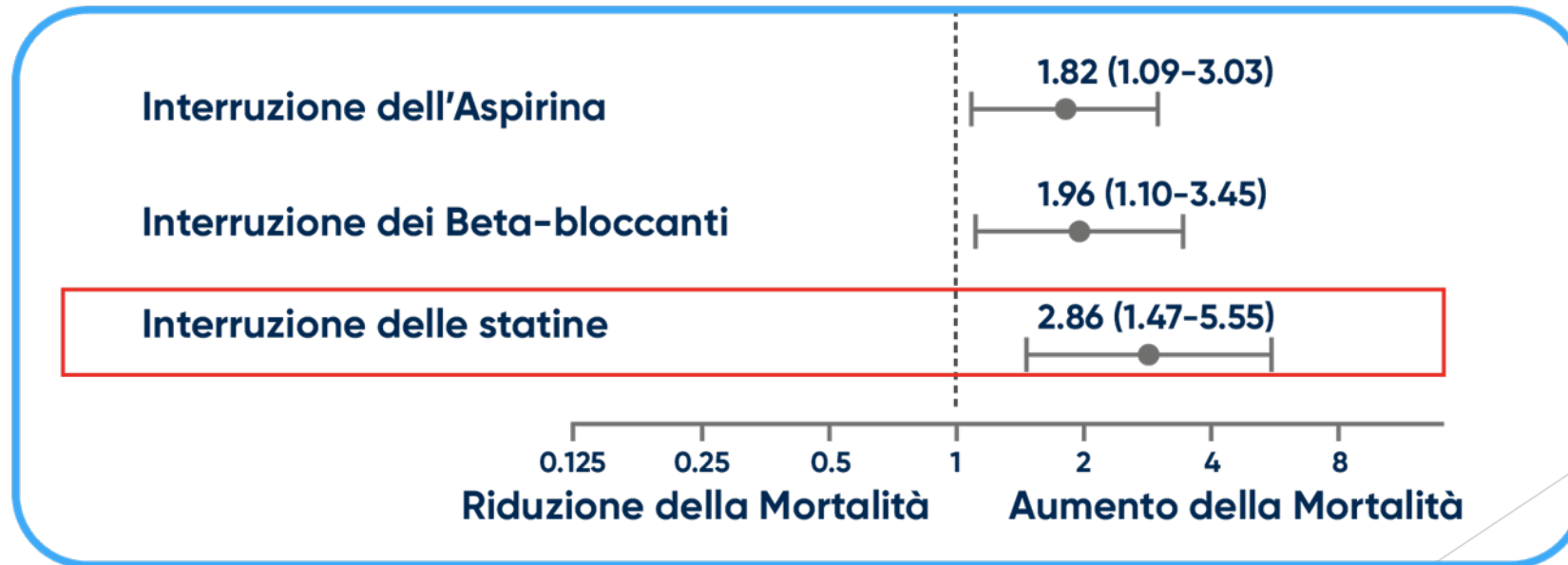
ADERENZA AD ALTI DOSAGGI DI ATORVASTASTINA DOPO 12 MESI DALLA DIMISSIONE



ADERENZA TERAPEUTICA / ABBANDONO TERAPIA

AUMENTO DELLA MORTALITÀ

Impatto dell'interruzione di terapia
sulla mortalità dopo infarto miocardico



Riduzione dei livelli di colesterolo attesa con l'impiego delle differenti terapie ipolipemizzanti da sole o in associazione

Farmaco	Riduzione attesa di C-LDL
Statina a moderata intensità	~30%
Statina ad alta intensità	~50%
Ezetimibe	~18% in monoterapia ~65% in aggiunta a statine ad alta intensità
Anticorpi monoclonali anti- PCSK9	~60% in monoterapia ~75% in associazione a statine ad alta intensità ~85% in associazione a statine ad alta intensità ed ezetimibe
Acido bempedoico	~18% in aggiunta a statine (intensità moderata o alta) ~24% in monoterapia ipolipemizzante ~25% in pazienti intolleranti alle statine ($\pm$ ezetimibe) ~30% in aggiunta ad anticorpi monoclonali anti-PCSK9* ~38% in combinazione a dose fissa con ezetimibe ($\pm$ statine) ~60% in combinazione con ezetimibe e atorvastatina 20 mg

Take home messages

- ▶ L'approccio «The lower, the better» sembra più efficace nei pazienti ad alto rischio
- ▶ La combinazione Statine/ezetimibe è più efficace per il raggiungimento del target di LDL-C e per la riduzione degli eventi cardiovascolari.
- ▶ La terapia di combinazione è risultata più efficace nel promuovere l'aderenza terapeutica (Longer is better).
- ▶ I pazienti raggiungono più facilmente il target Fast Track (Faster is better).