

## IL MANAGEMENT DELL'IPERCOLESTEROLEMIA NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO GENERALE

**Damiano Parretti**  
*Medico Generale - Perugia*

Parlare oggi di Linee Guida è di moda. In effetti assistiamo ad una ridondanza di proposte, in tutti gli ambiti della Medicina, a volte estremamente necessarie, a volte di dubbia utilità.

È certo che la gestione delle patologie croniche di grande rilevanza deve avere precisi punti di riferimento scientifici, pur considerando che nella nostra pratica di lavoro quotidiano abbiamo di fronte, di volta in volta, un malato e non una malattia, una persona con tutti i suoi problemi, le sue caratteristiche, la sua situazione personale-familiare-sociale, per cui anche l'applicazione di norme comportamentali standardizzate deve poter essere flessibile ed individualizzabile.

Da questa considerazione preliminare siamo partiti con un gruppo di colleghi perugini quando, confrontandoci su diversi problemi del nostro lavoro quotidiano, ci siamo resi conto di come la gestione del paziente con Ipercolesterolemia sia sempre stata all'insegna dell'empirismo, dell'iniziativa individuale.

Sono nati così il desiderio e l'esigenza di approfondire l'argomento consultando la letteratura a nostra disposizione e le Linee Guida internazionali: da lì abbiamo provato a stilare semplici norme comportamentali-linee guida che potessero essere di facile applicabilità e riproducibilità, che potessero essere un aiuto e non un ostacolo alla pratica quotidiana.

Il gruppo di colleghi da cui è partita l'iniziativa rappresenta una realtà significativa per il momento che sta vivendo la Medicina Generale in Italia: è costituito infatti, oltre che dal sottoscritto, Medico Generale, da altri 4 Medici Generali (dott. Massimo Alunni, dott. Fabrizio Germini, dott. Angelo Giombolini, dott. Piero Grilli), da un medico in possesso dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale (dott.ssa M. Antonietta Surace), da 4 medici tirocinanti in Medicina Generale (dott. Carlo Bartocchini, dott.ssa Elisabetta Fiandra, dott.ssa Barbara Nucciarelli, dott. Luca Tedeschi).

Il gruppo di 10 medici, di cui 5 operanti in un ambulatorio di Perugia città e 5 in un ambulatorio della immediata periferia, dopo averle prodotte utilizzando i criteri sopra riferiti, dal giugno 1998 ha iniziato a lavorare secondo le Linee Guida che sono qui riportate.

### Valutazione iniziale

Misurazione della colesterolemia totale in tutti gli assistiti di età compresa tra 20 e 70 anni

### Obiettivo

Colesterolemia totale < 200 mg/dl

Per prima cosa bisogna escludere nel nostro paziente la presenza di ipercolesterolemia familiare, perché questa presuppone un immediato intervento di tipo farmacologico.

Per la definizione di questa situazione abbiamo utilizzato la nota 13 della C.U.F.:

• Colesterolemia totale > 290 e/o LDL > 200 nell'adulto (due determinazioni dopo dieta per almeno 3 mesi) più almeno uno dei seguenti criteri:

- 1) Colesterolemia tot. > 290 e/o LDL > 200 in un parente di 1° grado;
- 2) Infarto miocardico o evento cardiovascolare maggiore in un parente 1° grado in età inf. A 55 anni nell'uomo e 60 anni nella donna;
- 3) Xantomatosi tendinea;

4) Documentazione di deficit recettoriale o genetico.

Occorre inoltre valutare in fase preliminare la presenza di una eventuale ipercolesterolemia secondaria, che presuppone un intervento a monte, mirato sulle cause che hanno prodotto il disordine metabolico. Tra le situazioni che possono essere responsabili di questa condizione ricordiamo:

- 1) Ipotiroidismo;
- 2) Sindrome nefrosica;
- 3) Epatopatia cronica ostruttiva;
- 4) Farmaci (beta-bloccanti, progestinici, steroidi anabolizzanti, ecc.).

Nella valutazione globale del paziente dobbiamo prendere in considerazione non solo l'eventuale Ipercolesterolemia, ma anche tutti gli altri fattori di rischio cardiovascolare, al fine di dare spazio ad interventi educativi volti al monitoraggio dei FR non modificabili e alla riduzione-scomparsa dei FR modificabili: questo intervento è specifico della Medicina Generale e deve essere considerato in tutta la sua importanza, deve essere continuamente affinato e intensificato!

I FR cardiovascolare che maggiormente consideriamo sono:

- a) Ipertensione Arteriosa;
- b) Fumo (più di 10 sigarette al giorno);
- c) Diabete Mellito;
- d) Obesità;
- e) HDL < 35 mg/dl;
- f) Sesso maschile;
- g) Anamnesi familiare positiva per cardiopatia coronarica o morte improvvisa;
- h) Anamnesi personale positiva per vasculopatia cerebrale e/o periferica;
- i) Presenza di CHD certa;
- j) Sedentarietà;
- k) Alimentazione;
- l) Menopausa.

A questo punto, dopo questa fase preliminare di inquadramento del paziente e della sua situazione clinico-anamnestica globale, procediamo al dosaggio della colesterolemia totale.

In base al risultato ottenuto, ci comportiamo come segue:

COLESTEROLEMIA < 200  $\text{\AA}$  ripetizione dell'esame entro 5 anni (se non insorgono nel frattempo situazioni cliniche nuove)

COLESTEROLEMIA 200-239  $\text{\AA}$  in assenza di chd certa e/o di almeno 2 FR certi: counselling alimentare e controllo annuale  $\text{\AA}$  in presenza di CHD certa e di 2 FR certi si prescrive l'analisi delle lipoproteine

COLESTEROLEMIA > 240  $\text{\AA}$  analisi lipoproteine

Per quanto riguarda l'analisi delle lipoproteine, ricordiamo che il colesterolo LDL si ottiene da questo semplice calcolo:

$$\text{LDL} = \text{COLEST.TOT.} - \text{HDL} - \text{TRIGLICERIDI} : 5$$

Nelle persone a cui dobbiamo richiedere, per i motivi prima citati, l'analisi delle Lipoproteine, l'obiettivo da tenere in considerazione non è più la colesterolemia totale, ma diventa la colesterolemia LDL.

Anche in questo caso gli obiettivi variano in base alle diverse situazioni cliniche del paziente:

Obiettivi

Meno di 2 FR e non CHD certa  $\text{\AA}$  LDL < 160

2 o più FR e/o CHD certa  $\text{\AA}$  LDL < 130

Pregresso IMA e/o Rivascolarizzazione  $\text{\AA}$  LDL < 100

Per il raggiungimento degli obiettivi i nostri interventi devono essere indirizzati a vari livelli:

- correzione dei fattori aggravanti
- counselling alimentare
- dieta

• controlli longitudinali a 3-6 mesi (secondo la situazione individuale del paziente)

Nel caso di obiettivo raggiunto è importante comunque effettuare:

• rinforzo continuo delle misure non farmacologiche

• controlli annuali delle lipoproteine

• sorveglianza sugli altri FR cardiovascolare

Nel caso di obiettivo non raggiunto occorre agire su 2 fronti:

• rinforzo continuo delle misure non farmacologiche

• prendere in considerazione il trattamento farmacologico

Le misure non farmacologiche principali che devono essere utilizzate dal Medico Generale nella gestione del paziente con Ipercolesterolemia sono principalmente:

• counselling alimentare

• norme dietetiche

• attività fisica

• riduzione del sovrappeso

• intervento sugli altri FR cardiovascolare

La terapia farmacologica nel paziente con Ipercolesterolemia deve essere intrapresa, dopo insuccesso delle misure non farmacologiche, secondo il seguente schema:

Ipercolesterolemia familiare  $\text{Æ}$  sempre meno di 2 FR e non CHD accertata  $\text{Æ}$  se LDL > 190  
2 o più FR e/o CHD certa  $\text{Æ}$  se LDL > 160

pregresso IMA e/o rivascolarizzazione  $\text{Æ}$  se LDL > 130

Gli obiettivi della terapia farmacologica sono da ricondurre agli obiettivi generali dei pazienti monitorati con il dosaggio delle lipoproteine, e cioè LDL inferiore a 160, 130, 100 rispettivamente, a seconda delle diverse condizioni cliniche, come peraltro prima schematizzato.

Farmaci di I scelta

Inibitori della HMG-CoA reduttasi (statine): Atorvastatina

Cerivastatina

Fluvastatina

Pravastatina

Simvastatina

Altri farmaci

Resine: Colestiramina

Dietilaminoetildestrano

Fibrati: Bezafibrato

Fenofibrato

Gemfibrozil

Simfibrato

Percorrendo mentalmente un ipotetico algoritmo di trattamento del paziente con Ipercolesterolemia, iniziamo dapprima ad attuare metodi non farmacologici (counseling alimentare, dieta, aumento dell'attività fisica, correzione dei FR e/o aggravanti).

In caso di risposta inadeguata si inizia con una Statina (Atorvastatina 10 mg/die, oppure Cerivastatina 0,2 mg/die, oppure Fluvastatina 20 mg/die, oppure Pravastatina 20 mg/die, oppure Simvastatina 20 mg/die).

In caso di risposta inadeguata, si aumenta il dosaggio della Statina, oppure si aggiunge un secondo farmaco (Resine o Fibrati). N.B. Per quanto riguarda l'associazione Statine-Fibrati, occorre porre attenzione alla possibile insorgenza di Miopatia. Per quanto riguarda i Fibrati, questi sono da considerare di 1° scelta nell'Iperlipoproteinemia di tipo 3.

Al fine di valutare la praticabilità di queste Linee Guida, e prima di proporle ad altri colleghi, il nostro gruppo ha scelto di operare uno screening dei pazienti che accedevano spontaneamente nei nostri ambulatori fino a reclutare 100 persone per ogni medico convenzionato (abbiamo in realtà reclutato 484 pazienti), di età compresa tra 20 e 70 anni.

A ognuno è stata rilevata una colesterolemia con metodo a secco, che richiede 3 minuti, con

prelievo di sangue dal polpastrello: una tecnica semplice, facilmente proponibile, sufficientemente affidabile.

Dovendo valutare la colesterolemia totale è stato possibile non tenere conto dello stato di digiuno del paziente.

In occasione del prelievo si è compilata una scheda messa a punto per la valutazione degli altri fattori di rischio cardiovascolare.

Si è cercato di dare spazio ad interventi educativi volti alla riduzione e scomparsa dai fattori di rischio aggiuntivi e modificabili (fumo, sedentarietà, alimentazione ricca di grassi saturi).

Si sono rilevate delle difficoltà di standardizzazione dei comportamenti alimentari considerati a rischio e della sedentarietà.

Il primo passo di questi interventi educativi parte da una conoscenza approfondita della situazione di vita del paziente a partire dall'anamnesi alimentare e dalle motivazioni familiari-lavorative-sociali-economiche-culturali che la condizionano.

È necessario dare, individualizzandoli, adeguati consigli dietetici: questi sono accompagnati da un semplice stampato elaborato dal gruppo, che in ogni caso non può sostituire il colloquio.

Altrettanta importanza assume l'indagine e la proposta sul piano dell'attività fisica, che poi va verificata e riproposta nei colloqui successivi.

Attualmente stiamo effettuando il controllo a 3-6 mesi dei pazienti screenati: non abbiamo ancora dati significativi a parte una minima riduzione dei valori di LDL dei pazienti ricontrollati, ma l'impressione è che gli interventi educativi volti alla riduzione dei fattori di rischio debbano essere riproposti continuamente per poter essere efficaci: abbiamo di fronte la riluttanza a rinunciare a certe abitudini voluttuarie, abbiamo di fronte la pigrizia, abbiamo di fronte l'impatto diseducativo dei mass media.

Dobbiamo mettere in campo tutta la nostra professionalità, tutta la nostra credibilità di Medici Generali, tutto il nostro impegno, e la nostra voglia di lavorare: crediamo e speriamo che ne valga la pena.

## **Bibliografia**

1. Task Force of European Society Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendation of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Iperthension. "Atherosclerosis" 110 (1994)121-161.
2. Report of the National Cholesterol education program expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. "Arch. Intern. Med." 148: 36, 1988.
3. Summary of the second report of the National cholesterol education program expert panel on detection evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. "Jama" 269: 3015, 1993.
4. H.N.Ginsberg, I. J.Goldeberg Disorders of lipoprotein metabolism in "Harrison's principles of internal medicine" 14th ed. /editors Anthony S. Fauci et al.
5. J.L. Witztum, D.Steinberg Le iperlipoproteinemie in: "Cecil Textbook of medicine" 20th ed. /editors J. C. Bennett, F. Plum
6. Suppl. Ordinario n. 168 della Gazzetta Ufficiale n. 39 del 13/10/1998
7. Trattamento delle iperlipidemie tratto da: "The Medical Letter" (ed. italiana) n. 11 del 1/6/1997



[top](#)