Il rischio cardiovascolare "globale"

Nei Paesi occidentali, le malattie cardiovascolari sono ancora la prima causa di morte e una delle principali cause di invalidità. Morte o invalidità sono dovute alla comparsa di un evento che può interessare il cuore, per la precisione il circolo coronarico, o il cervello, determinando rispettivamente un infarto o un ictus.
Se questi eventi fossero fatali, si concluderebbe ovviamente la storia del paziente che ne è colpito (e l'evento inciderebbe sul computo della mortalità cardiovascolare); ma spesso non sono fatali e per l'individuo ne può conseguire uno stato di più o meno grave invalidità che si sarebbe potuta prevenire.

Come difendersi? La migliore arma è la prevenzione.
Una serie di interventi sono possibili sia prima che si verifichi un evento, (e in tal caso parliamo di "prevenzione primaria") sia dopo che se ne sia verificato uno non fatale, per evitare che l'evento si ripeta in futuro (prevenzione secondaria).
Quando il medico cerca di individuare chi, tra le persone "apparentemente" sane, ha un rischio elevato di sviluppare malattie cardiovascolari, mette in atto una serie di interventi nel tentativo di ridurre o correggere i fattori di rischio modificabili, ossia tutte quelle condizioni che danneggiano la salute del cuore e dei vasi sanguigni e che col tempo possono provocare l'insorgenza di un evento cardiovascolare.
Cercherà, quindi, di combattere o prevenire l'ipertensione, mantenendo la pressione del sangue su valori normali, di correggere l'ipercolesterolemia, individuando e modificando le errate abitudini alimentari e, se necessario, anche con l'aiuto di farmaci, di eliminare del tutto il vizio del fumo.
Mentre in passato si pensava che bisognasse intervenire su un fattore di rischio per volta, iniziando da quello potenzialmente più pericoloso (ad esempio un valore particolarmente alterato di colesterolemia), oggi la scienza medica suggerisce di intervenire contemporaneamente su tutti i fattori di rischio che possono condizionare nel futuro lo stato di salute del soggetto.
Per questo oggi si parla di rischio cardiovascolare globale assoluto, indicatore che, considerando insieme più fattori di rischio, permette di valutare la probabilità che un soggetto ha di avere un evento cardiovascolare negli anni successivi.

Cosa vuol dire essere più o meno a rischio di avere un evento cardiovascolare?

Ciascun individuo ha un rischio, che definiremo "X", di avere un evento cardiovascolare nel corso della sua vita. Questo rischio è condizionato da una serie di fattori cosiddetti "immodificabili" (l'età, il sesso e la familiarità) sui quali, ovviamente, non possiamo intervenire, ma ai quali vanno sommati quei fattori (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo, diabete), cosiddetti "modificabili" (attraverso lo stile di vita o un trattamento farmacologico) sui quali dobbiamo invece concentrare tutta la nostra attenzione. Ciascun fattore di rischio condiziona la probabilità che chi ne è affetto possa avere un evento (rispetto a chi quel fattore di rischio non ce l'ha) in modo più o meno "pesante" ed il suo "peso" è definito da un numero (detto "coefficiente") che moltiplica il rischio di base. La somma di tutti i coefficienti dei singoli fattori di rischio di cui un soggetto soffre definisce il suo rischio cardiovascolare globale assoluto. E' importante calcolarlo.

Perché ?

Nella popolazione generale ci sono sicuramente molti individui che hanno un solo fattore di rischio, magari molto alterato, che quindi verranno prima o poi individuati e trattati per quel fattore. Tuttavia, ce ne sono sicuramente molti di più che hanno una serie di fattori di rischio solo moderatamente alterati e che forse non verranno trattati mai, rischiando quindi di incorrere prima o poi in un evento.

Quali sono gli individui che andrebbero trattati?

In base a quanto abbiamo appena detto, oggi si dovrebbero trattare non solo gli individui a rischio elevato (per i quali sicuramente dovranno essere messe in atto tutte le strategie terapeutiche oggi note), ma si dovrebbero individuare e trattare anche quelli a rischio moderato.
Per una efficace prevenzione primaria, poi, più che di trattamento individuale si dovrebbe iniziare a parlare di strategia di intervento orientata su fasce di popolazione.

A chi si riferisce in particolare?

Fortunatamente – ma in questo caso potremmo anche dire "sfortunatamente" – oggi noi abbiamo generalmente una facile accessibilità al cibo e quindi tendiamo ad assumere calorie in eccesso rispetto a quante poi ne consumiamo (la nostra società – cosiddetta industrializzata – sta perdendo sempre più l'abitudine al movimento e in tal modo consuma sempre meno calorie).
Abbiamo quindi individuato almeno due fattori (sedentarietà ed errate abitudini alimentari) che stanno facendo sì che l'obesità sia in continuo aumento e che, per quello che ci riguarda più da vicino, i bambini italiani detengano il poco invidiabile primato di essere i più grassi d'Europa. Ecco, parlare di strategia di intervento orientata su fasce di popolazione significa proprio cominciare a pensare seriamente almeno ai nostri figli, a contrastare le campagne pubblicitarie che li "infarciscono" di dolcetti e merendine, ad abituarli al consumo di frutta e verdura, (oggi ne consumano pochissima) a staccarli dalla TV o dal computer e farli uscire di casa per fare moto all'aria aperta. E, ovviamente, cercare che non prendano il vizio del fumo. Educarli da giovani ad un corretto stile di vita sicuramente li aiuterà nel futuro e, se non altro, ritarderà l'insorgenza dei fattori di rischio cardiovascolari.

Parlavamo di rischio globale, ma come possiamo calcolarlo?
Da quando gli studi epidemiologici hanno posto l'accento sul rischio globale, sono stati individuati degli algoritmi, cioè delle funzioni matematiche che, considerando i vari fattori di rischio, sono in grado di predire il rischio assoluto. In seguito, per facilitare il compito dei medici e favorire la aderenza del paziente al trattamento suggerito, sono state realizzate le cosiddette carte del rischio, strumenti grafici che raffigurano con colori diversi le varie "categorie" di rischio: gli individui a rischio molto basso, basso, medio, alto, molto alto. Il medico deve quindi calcolare il rischio globale di un suo paziente considerandone l'età, il sesso, se è o non è un fumatore e se è diabetico, infine il suo valore di pressione sistolica e il suo livello di colesterolemia. Sulla base di questi semplici parametri potrà individuare il livello di rischio del suo paziente, e quindi stabilire se e quale strategia di trattamento adottare.

Queste carte sono valide per tutti gli individui? Anche per i giovani o gli anziani? E per qualsiasi razza o etnia?
In effetti, c'è da dire che negli ultimi anni sono nate diverse carte del rischio, che differivano tra loro in termini di fattori di rischio compresi nel calcolo, tipologia degli eventi considerati (eventi coronarici piuttosto che cardio- e cerebro-vascolari; solo mortali piuttosto che totali) e addirittura il sesso degli individui di riferimento (solo uomini o uomini e donne).
Tutte queste carte erano diverse perché elaborate sulla base di dati ottenuti da studi epidemiologici fatti su popolazioni diverse. Dobbiamo quindi chiarire e sottolineare che il risultato che vien fuori da ogni carta del rischio è valido soprattutto per gli individui appartenenti alla stessa popolazione che ha fornito quei dati epidemiologici. Per citare solo alcuni esempi, relativi a carte che in passato abbiamo anche noi usato, ricordiamo che le prime carte del rischio si riferivano a dati dello studio di Framingham (americano). Poi sono state proposte le carte europee del progetto SCORE, che però consideravano solo il rischio di eventi fatali e quindi rischiavano di sottostimare il rischio reale di un individuo (che in effetti potrebbe avere un evento non fatale).
Solo recentemente sono state pubblicate le carte italiane, che finalmente descrivono il rischio di eventi cardiovascolari relativo a popolazioni italiane.

Oggi, in Italia, il nostro Ministero della Salute ci chiede di utilizzare queste ultime carte per valutare il rischio dei nostri pazienti ed individuare quelli a rischio più alto sui quali indirizzare gli sforzi per la prevenzione.

LIVELLO DI RISCHIO A 10 ANNI

Nelle figure 1- 4 sono riportate le carte del rischio iataliane relative rispettivamente ai maschi non diabetici (fig.1), ai maschi diabetici (fig.2), alle femmine non diabetiche (fig.3) e alle femmine diabetiche (fig.4).
I colori si riferiscono al livello di rischio come riportato nella leggenda qui a fianco.

Fig. 1: CARTA DEL RISCHIO PER MASCHI NON DIABETICI

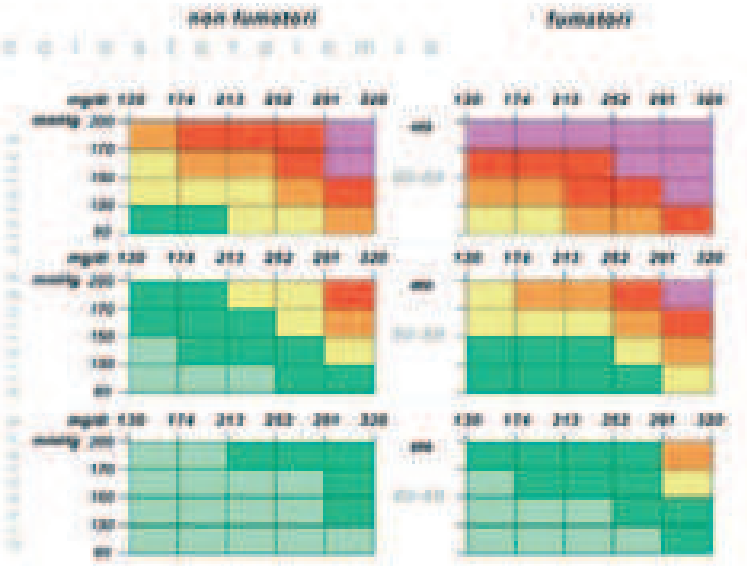


Fig. 2: CARTA DEL RISCHIO PER MASCHI DIABETICI

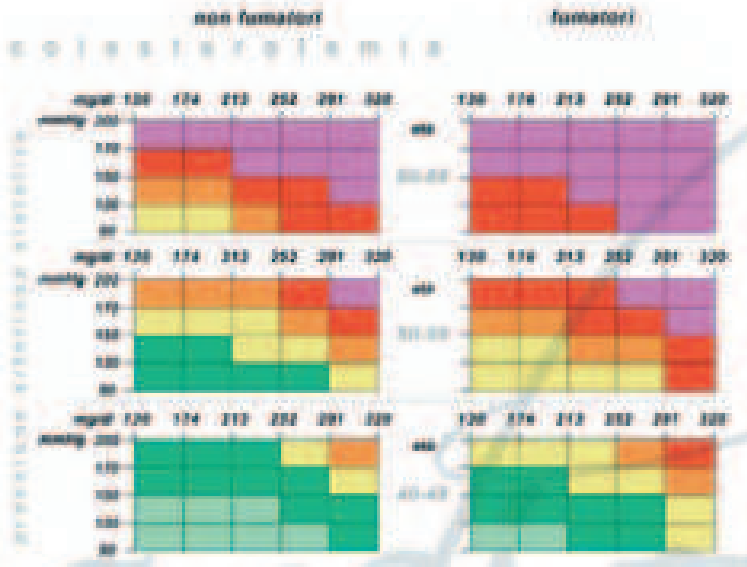


Fig. 3: CARTA DEL RISCHIO PER FEMMINE NON DIABETICHE

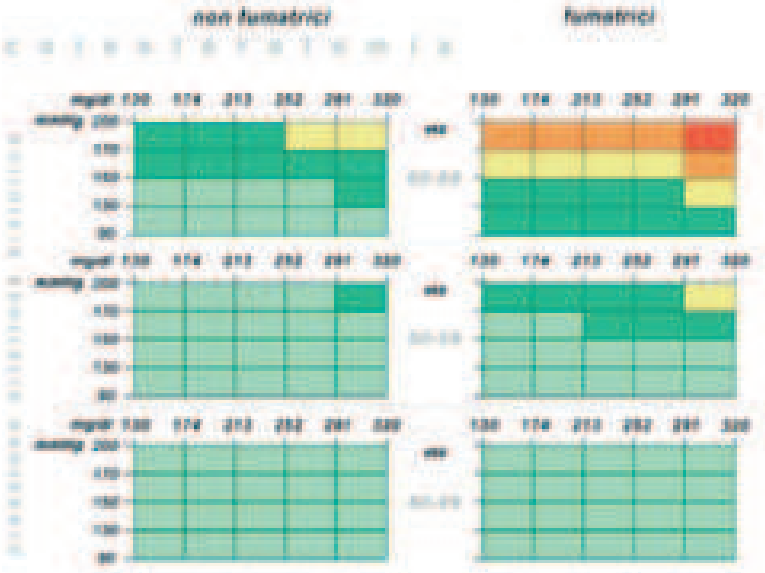
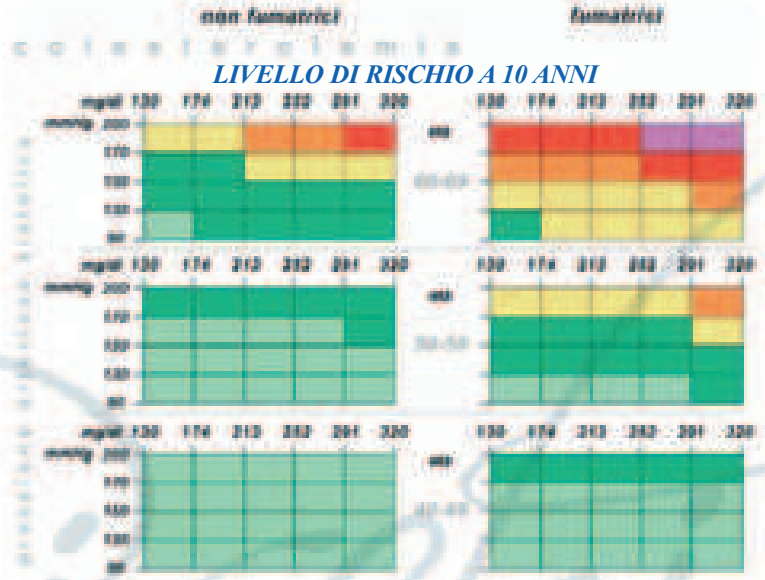


Fig.4: CARTA DEL RISCHIO PER FEMMINE DIABETICHE



LIVELLO DI RISCHIO A 10 ANNI

In che cosa consistono questi interventi di prevenzione?

Abbiamo già detto che un individuo apparentemente sano (cioè che non ha ancora avuto sintomi né eventi cardiovascolari) avrà comunque un rischio, magari basso o molto basso, di avere un evento cardiovascolare negli anni successivi. Questo perché il rischio zero non esiste. Ciascuno di noi, già alla nascita ha un rischio cardiovascolare "X", destinato a crescere negli anni. Tale rischio è legato a fattori genetici, alla familiarità, alla razza, al sesso (specie se maschile) e all'età.

Ferma restando l'impossibilità di trattare questi fattori, che come già detto definiamo "immodificabili", di recente si è sottolineata l'importanza di trattare invece tutti i fattori che possono essere in qualche modo "modificabili": ipercolesterolemia, ipertensione, fumo, diabete, inattività fisica e altri ancora.

Il trattamento consisterà in una serie di interventi che possiamo distinguere in non farmacologici e farmacologici. Tra i primi va sottolineata la modifica dello stile di vita, con l'eliminazione del fumo di sigaretta, con un'alimentazione più corretta che contempli un giusto apporto di carboidrati e sia povera di grassi animali ma ricca di pesce, frutta e verdura.

Il paziente dovrà anche dedicarsi maggiormente all'attività fisica extra lavorativa. Andrebbe dedicata almeno un'ora, 3 o 4 volte alla settimana, ad una attività aerobica di intensità moderata. Un esempio? Può essere sufficiente anche il semplice camminare a passo svelto.

Le condizioni patologiche che invece necessitano di terapia farmacologica (vale a dire l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e il diabete che sono già ad uno stato più avanzato), andranno invece individuate e attentamente tenute sotto controllo con il più opportuno trattamento.

Come mai altre condizioni, che pure conosciamo come fattori di rischio cardiovascolare, non figurano tra quelli considerati dalle carte?

Dobbiamo innanzitutto dire che la carta del rischio è uno strumento di facile utilizzo proprio perché considera solo sei fattori per i quali è in genere assai semplice acquisire il dato. Ogni altro fattore che volessimo considerare, complicherebbe il trasferimento grafico sulle carte, moltiplicando il numero delle carte stesse in modo esponenziale per poter permettere i dovuti incroci tra i dati.

Ciò premesso, dobbiamo aggiungere che un paio di condizioni, come i bassi livelli di colesterolo HDL (il cosiddetto "colesterolo buono") e il fatto di essere già in trattamento con farmaci antiipertensivi (condizione che, ovviamente, influenza il dato della pressione con il quale calcoliamo il rischio globale), non sono considerati dalle carte ma possono essere valutati con un algoritmo, cioè con una funzione matematica, messa a punto dall'Istituto Superiore di Sanità e che i medici possono usare scaricandolo da internet.

Altre condizioni, come la familiarità e l'obesità, non sono state considerate per una serie di motivi. I dati epidemiologici ci dicono che la familiarità ha un ruolo importante sul rischio individuale, meno sulla valutazione del profilo di rischio di una popolazione.

Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che i dati sulla presenza di eventi nei familiari non vengono raccolti in modo costante ed univoco; che non c'è una esatta e univoca cognizione del grado di parentela; ed infine che la familiarità ha un peso diverso a seconda della numerosità della famiglia: un evento in una famiglia con un figlio unico ha un peso maggiore che non un evento in una famiglia molto più numerosa.

Il peso della familiarità nell'influenzare il livello di rischio individuale può quindi essere giudicato dal medico, indipendentemente dal risultato delle carte.
Attenzione, però, perché questo giudizio sul rischio aggiuntivo legato alla presenza di eventi cardiovascolari nella linea familiare non va confuso, ovviamente, con la diagnosi delle forme familiari di ipercolesterolemia, che va fatta seguendo altri criteri.

Per quanto riguarda infine l'obesità, essa non è stata considerata perché spesso si correla con l'ipertensione, per cui sarebbe stata quasi un'inutile ripetizione.
Anche per l'obesità può valere il concetto che il medico può, caso per caso, giudicare il livello di rischio aggiuntivo che per quel paziente può essere legato all'obesità e conseguentemente stabilire le più opportune strategie terapeutiche.

In conclusione, se volessimo riassumere in pillole…
Per riassumere possiamo dire che oggi è importante considerare i vari fattori di rischio noti nella loro globalità e trattarli tutti per cercare di ridurre il cosiddetto "rischio cardiovascolare globale" (cioè la probabilità che un paziente possa essere colpito da un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni) ai livelli più bassi possibile.
Per il calcolo abbiamo a disposizione degli strumenti (le carte del rischio, raccomandando di utilizzare quelle italiane) che però potrebbero sottostimare il risultato in quanto, per semplicità, considerano solo sei fattori di rischio: il medico può tuttavia "correggere" tale risultato considerando – paziente per paziente – il "rischio aggiuntivo" legato a fattori come la familiarità e/o l'obesità. Infine, il trattamento deve essere innanzitutto sullo stile di vita ma, laddove necessario, deve considerare i numerosi farmaci oggi disponibili, per cui il medico deve conoscerli, saperli scegliere e non dimenticare di monitorarne non solo l'efficacia ma anche la tollerabilità.

Impariamo a conoscere il linguaggio scientifico
Aterosclerosi = è espressione del progressivo "invecchiamento" delle pareti dei vasi arteriosi, sulle quali col tempo si possono formare delle placche che li induriscono e che ostacolano il normale flusso di sangue. La più comunemente nota arteriosclerosi è la malattia che ne deriva
Evento cardiovascolare maggiore = è la più temibile complicanza di tale malattia; in genere si verifica per la rottura di una placca che può ostruire il lume di una coronaria (e portare all'infarto) o di un vaso cerebrale (e causare l'ictus).
Fattori di rischio = condizioni cliniche che influenzano la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare.

Dott. Marco Bucci, Università Gabriele d'Annunzio Chieti - Pescara