



Capitolo 1

CASO CLINICO B

Uomo di 41 anni

In buona salute, si presenta in ambulatorio perché ha valori lipidi alterati da diversi anni e la moglie lo ha convinto a farsi controllare

- Forte fumatore
- Beve modeste quantità di alcol ai pasti, ma in compagnia talvolta eccede
- Praticava molto sport, ma negli ultimi anni impegni di lavoro e familiari lo costringono ad una vita sedentaria

Uomo di 41 anni

Altezza	173 cm
Peso	82 Kg (BMI 27,4 Kg/m ²)
Circonferenza addominale	98 cm
PA	135/75 mmHg
Colesterolo Totale	320 mg/dl
TG	1570 mg/dl
LDL-colesterolo	N.C.
HDL-colesterolo	27 mg/dl
Glicemia a digiuno	92 mg/dl

Qual è il rischio cardiovascolare assoluto a 10 anni di questo paziente?



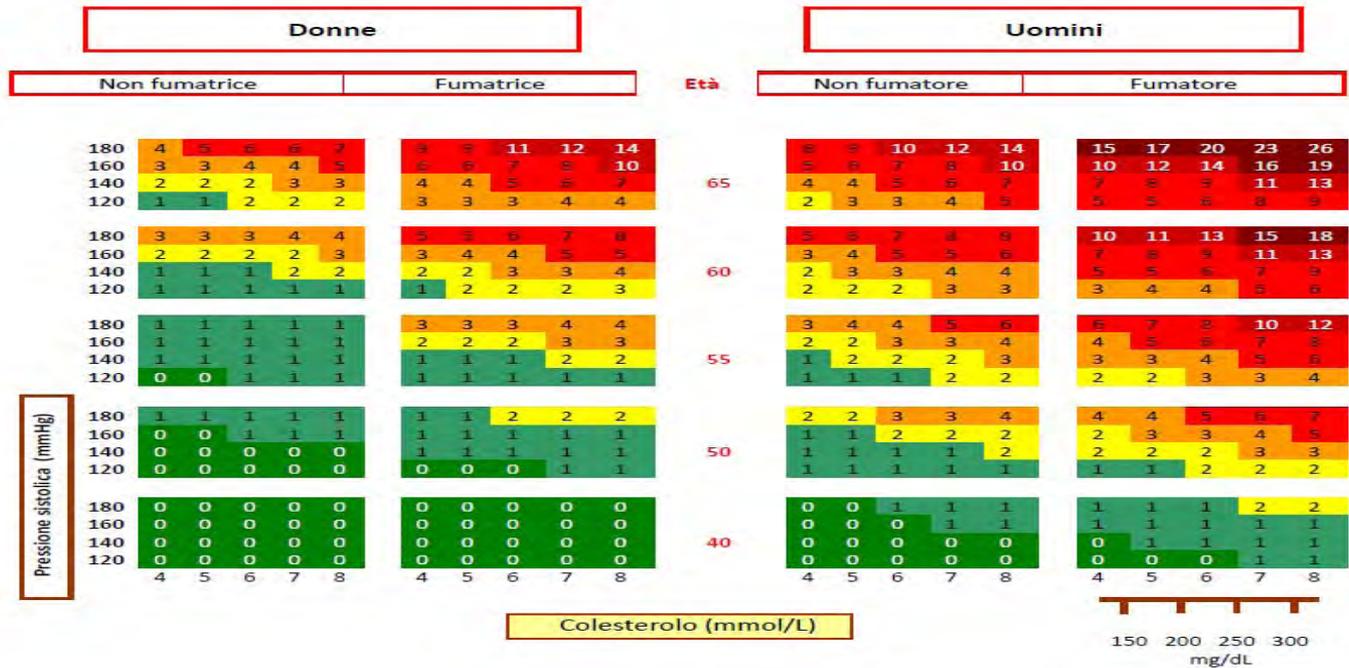
4

- 1 < 5%
- 2 5-10%
- 3 10-20%
- 4 > 20%

Qual è il rischio cardiovascolare assoluto a 10 anni di questo paziente?

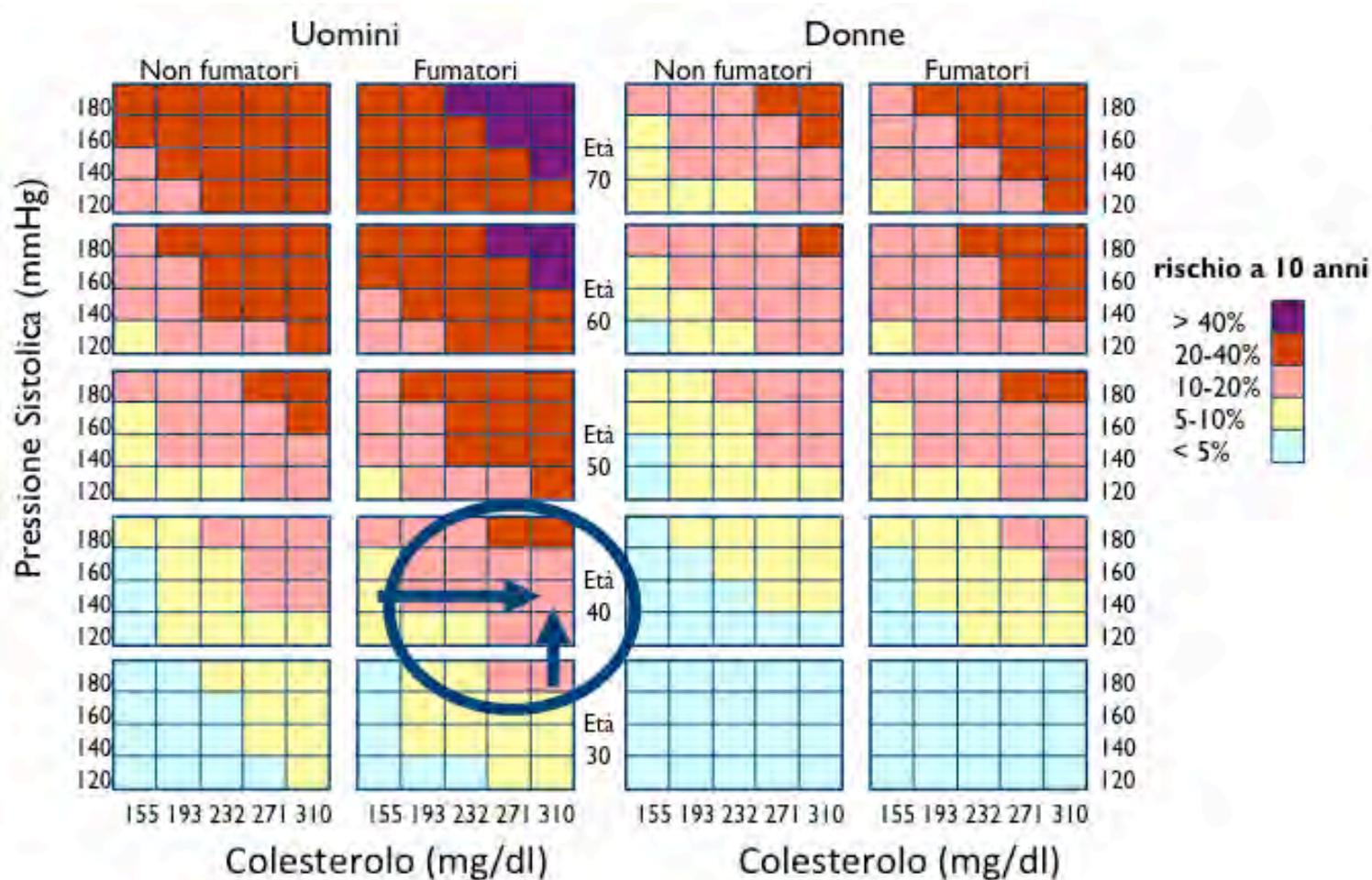
- 1 < 5%
- 2 5-10%
- 3 10-20%**
- 4 > 20%

Carta del rischio



Rischio di eventi CV fatali a 10 anni
≥15%
10- 14%
5 -9%
3-4%
2%
1%
< 1%

Schema di valutazione del rischio cardiovascolare nei soggetti sani (*European Atherosclerosis Society*)



Qual è la prima informazione utile in un caso come questo?

- 1 Tipo di alimentazione dell'ultimo mese
- 2 Osservazione del prelievo dopo 24h a 4° C
- 3 Accurata anamnesi farmacologica
- 4 Profilo glicemico
- 5 Orario e tipologia del pasto precedente il prelievo

Qual è la prima informazione utile in un caso come questo?

- 1 Tipo di alimentazione dell'ultimo mese
- 2 Osservazione del prelievo dopo 24h a 4° C
- 3 Accurata anamnesi farmacologica
- 4 Profilo glicemico
- 5 **Orario e tipologia del pasto precedente il prelievo**

Il paziente riferisce che effettivamente la sera prima del prelievo era stato a cena da amici, aveva mangiato tardi, bevuto molto, e quindi non aveva rispettato le 12-14 ore di digiuno

- Ricontrolla quindi l'assetto lipidico che mostra:

Colesterolo totale	260 mg/dl
TG	570 mg/dl
LDL-colesterolo	N.C.
HDL-colesterolo	28 mg/dl

Il paziente ha quindi una dislipidemia mista. Cosa è più utile indagare a questo punto per arrivare ad una diagnosi?

- 1 Valori lipidici passati del paziente e dei familiari
- 2 Ricerca di altri parametri lipidici alterati (Lp(a), apoB, apoA-I)
- 3 Determinazione di enzimi lipolitici ed apoC-II per diagnosi di iperchilomicronemia
- 4 Altro

Anamnesi familiare

- Nonno materno morto di IMA a 67 anni
- Padre morto a 61 anni (neoplasia polmonare)
- Madre (69 anni, vivente), diabetica con una dislipidemia mista
- Un fratello con valori elevati di trigliceridemia
- 2 figli di 12 anni e 9 anni probabilmente normolipidemici
- Uno zio con valori elevati di colesterolemia
- Un cugino ipertigliceridemico

Valori lipidici precedenti del paziente

Anno	Colesterolo Totale	TG	HDL-colesterolo	
1990	290 mg/dl	144 mg/dl	33 mg/dl	
1993	275 mg/dl	257 mg/dl	34 mg/dl	
1995	190 mg/dl	620 mg/dl	26 mg/dl	
1995	175 mg/dl	106 mg/dl	35 mg/dl	(Fibrato)
1998	288 mg/dl	350 mg/dl	30 mg/dl	
1998	243 mg/dl	256 mg/dl	32 mg/dl	(Statina)
2000	222 mg/dl	198 mg/dl	30 mg/dl	
2002	250 mg/dl	406 mg/dl	28 mg/dl	(Statina)
2002	234 mg/dl	530 mg/dl	29 mg/dl	

Su quale diagnosi ci si deve orientare?

- 1 Ipertrigliceridemia familiare
- 2 Sindrome chilomicronemica
- 3 Ipercolesterolemia familiare
- 4 Iperlipidemia familiare combinata**

Le Ipercolesterolemie Genetiche

■ Ipercolesterolemia Poligenica

Interazione di fattori genetici multipli con fattori ambientali (dieta)

■ Ipercolesterolemia Familiare

Patologia autosomica dominante a carico del recettore delle LDL (forma classica) o dell'apoproteina B (“Familial Defective ApoB”)

■ Iperlipidemia Familiare Combinata

Aumentata produzione epatica di ApoB e di VLDL con conseguente estrema variabilità del fenotipo dislipidemico nel soggetto e nei familiari

Qual è l'atteggiamento terapeutico iniziale?

- 1 Iniziare una terapia farmacologica con una statina
- 2 Iniziare una terapia farmacologica con un fibrato
- 3 Norme igienico-dietetiche (alimentazione, fumo, attività fisica)

Qual è l'atteggiamento terapeutico iniziale?

- 1 Iniziare una terapia farmacologica con una statina
- 2 Iniziare una terapia farmacologica con un fibrato
- 3 **Norme igienico-dietetiche (alimentazione, fumo, attività fisica)**

Il paziente torna dopo 4 mesi

- Ha praticato una dieta ipocalorica
- Ha smesso di fumare
- Ha cominciato ad andare in palestra tre volte la settimana
- Esibisce un ECG normale ed un ECO-TSA con una piccola placca fibro-lipidica

Peso	75 Kg (BMI 25,4 Kg/m²)
Circonferenza addominale	92 cm
PA	130/70 mmHg

Ulteriori indagini utili per la valutazione della terapia e della prevenzione

- 1 Ecocardiogramma
- 2 ECG da sforzo
- 3 Indice pressorio caviglia-braccio
- 4 Ecocolor Doppler degli arti inferiori

Edinburgh Artery Study

- Indice pressorio caviglia/braccio (Indice di Winsor) in una popolazione randomizzata, follow-up 5 anni
- 1592 uomini e donne, 614 con CHD, età 55–74
- 137 eventi coronarici fatali e non fatali durante il follow-up



Il paziente aveva una pressione sistolica alla caviglia di 140 mmHg con un indice di Winsor di 1.1

■ L'assetto lipidico era:

Colesterolo Totale	235 mg/dl
TG	280 mg/dl
LDL-colesterolo	148 mg/dl
HDL-colesterolo	31 mg/dl

Ottenute queste informazioni e valutati i risultati dell'intervento igienico-dietetico, come ci dobbiamo comportare?

- 1 Prescrivere un fibrato
- 2 Prescrivere una statina
- 3 Prescrivere olio di pesce

Il paziente in terapia con statine, dopo 4 mesi...

■ Esami di laboratorio:

Colesterolo Totale	190 mg/dl
TG	205 mg/dl
LDL-colesterolo	116 mg/dl
HDL-colesterolo	33 mg/dl
Colesterolo non-HDL	157 mg/dl

A questo punto ci riteniamo soddisfatti dei valori raggiunti?



24

- 1 Sì
- 2 No

A questo punto ci riteniamo soddisfatti dei valori raggiunti?



25

- 1 Sì
- 2 No

ATP-III. Confronto degli obiettivi terapeutici per LDL-Colesterolo e non HDL-Colesterolo per tre categorie di rischio

CATEGORIA	LDL-C (mg/dL)	Non-HDL-C (mg/dL)
· CHD ed equivalenti	< 100	< 130
· Fattori di rischio multipli (2 o più)	< 130	< 160
· 0 o 1 fattore di rischio	< 160	< 190

ATP-III. Confronto degli obiettivi terapeutici per LDL-Colesterolo e non HDL-Colesterolo per tre categorie di rischio

- Alla stessa visita il paziente ci porta degli esami di laboratorio che mostrano CPK e TGO normali, ma una TGP aumentata (< 2 ULN)
- Su consiglio del medico esegue un Eco-addome che dimostra una modesta epatomegalia con steatosi epatica emarkers epatici negativi

Come dobbiamo comportarci?

- 1 Sospendiamo la terapia
- 2 Ricontrolliamo I valori di transaminasi ogni due settimane
- 3 Proseguiamo la terapia

Come dobbiamo comportarci?

- 1 Sospendiamo la terapia
- 2 Ricontrolliamo I valori di transaminasi ogni due settimane
- 3 Proseguiamo la terapia

NASH

- Nonalcoholic steatohepatitis or NASH is a common, often “silent” liver disease. It resembles alcoholic liver disease, but occurs in people who drink little or no alcohol
- NASH is usually first suspected in a person who is found to have elevations in liver tests that are included in routine blood test panels, such as alanine aminotransferase (ALT) or aspartate aminotransferase (AST) While the underlying reason for the liver injury that causes NASH is not known, several factors are possible candidates: insulin resistance release of toxic inflammatory proteins by fat cells (cytokines) oxidative stress (deterioration of cells) inside liver cells

Statine e Eventi Avversi: la NASH

- È una patologia in continua crescita
- Cause: obesità, diabete, iperlipidemie, farmaci, altro
- Si presenta clinicamente con un'epatomegalia, modesto incremento delle transaminasi e steatosi epatica
- Necessita di diagnosi differenziale strumentale e di laboratorio con le epatopatie di altra natura
- Non rappresenta una controindicazione alla terapia con statine ma, anzi, può averne benefici



METIS
Società scientifica
dei medici
di medicina generale
socio unico FIMMG
Piazza G. Marconi, 25
00144 Roma
tel. 0654896627
fax 0654896647
metis@fimmg.org
P.I. 05344721005