

Attualità in tema di trattamento della dislipidemia nei pazienti affetti da arteriopatia polidistrettuale

F. Proietti

Tra i fattori di rischio che influenzano l'insorgenza e la progressione delle lesioni ateromasiche, oltre che la polidistrettualità delle stesse, la dislipidemia rappresenta uno dei più rilevanti. Va considerato inoltre che il progressivo accumulo di colesterolo nella parete vasale comporta l'insorgenza della placca ateromasica e ne condiziona significativamente la progressione, con gli eventi clinici che conseguono. Ogni fase del processo aterosclerotico corrisponde a situazioni cliniche ben definite, nelle quali anche l'avanzare dell'età gioca di pari passo un ruolo fondamentale:

- Normale / stria lipidica: clinicamente silente
- Placca fibrosa / placca ateromasica: angina stabile / claudicatio intermittens
- Placca vulnerabile / fissurazione e/o trombosi: sindrome coronarica acuta (angina instabile/IMA), ictus ischemico/TIA, ischemia critica arti inferiori, morte improvvisa.

La rilevanza che la dislipidemia riveste nella genesi e nella progressione della arteriopatia, sia in ambito coronarico che vascolare periferico, ha determinato la tendenza ad un uso sempre più diffuso delle statine, anche per valori lipemici non particolarmente elevati. Le statine oggi rappresentano uno dei cardini terapeutici fondamentali, in virtù della loro capacità di ridurre il tasso di colesterolo ematico e di contrastare efficacemente i fenomeni infiammatori intrapacca che condizionano così severamente la prognosi del paziente arteriopatico. Il loro impiego nella prevenzione della malattia vascolare periferica prevede oltre che ai cardini per la riduzione del rischio cardiovascolare in genere basati su programmi di abolizione del fumo di tabacco, di incremento dell'esercizio fisico (camminare), del controllo farmacologico (ace inibitori) della pressione arteriosa e della terapia antiaggregante piastrinica, anche in maniera specifica l'impiego del cilostazolo, della cura accurata della integrità delle estremità inferiori e di eventuali programmi di rivascolarizzazione.

La simvastatina, riducendo il livello di colesterolemia e quindi con la sua azione protettiva vascolare, è in grado di ritardare del 38% l'insorgenza della claudicatio.

Alte dosi di atorvastatina (80 mg vs 10 mg die) hanno dimostrato di ridurre la colesterolemia e di incrementare significativamente il tempo massimo di percorrenza a piedi e di comparsa della sintomatologia dolorosa muscolare.

Dott. Fabrizio Proietti Direttore U.O.C. di Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologica, Aurelia Hospital, Roma

Per la corrispondenza: f.proietti@aureliahospital.com