**Il livello ottimale di colesterolo dopo ictus ischemico**

Giuseppe Trisolino, Specialista in Cardiologia - Segretario Regionale ANCE, Emilia-Romagna

L'uso di una terapia ipolipemizzante intensiva mediante statine è raccomandato dopo un attacco ischemico transitorio (TIA) o ictus ischemico di origine aterosclerotica. Queste raccomandazioni si basano sui risultati dello *Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Level* (SPARCL) trial che aveva mostrato, in pazienti con ictus e malattia coronarica nota, una incidenza inferiore del 16% di ictus ricorrente nel gruppo di pazienti in trattamento con atorvastatina (alla dose di 80 mg al giorno) rispetto al placebo (1). Un'analisi successiva dei dati di tale studio aveva mostrato che i pazienti che avevano raggiunto un livello di Col-LDL inferiore a 70 mg/dl aveva un 28% in meno di rischio relativo di ictus rispetto a quelli che avevano raggiunto un livello di 100 mg/dl. (2) Le linee guida dell'AHA e *American Stroke Association* (AHA-ASA) e le Linee Guida italiane SPREAD pur raccomandando la terapia ipolipemizzante con statine dopo un ictus ischemico di origine aterosclerotica, non stabiliscono il livello target di Col-LDL (3,4). Per definirne il *target* è stato condotto uno studio a gruppi paralleli in Francia e Corea del Sud con l’arruolamento di 2.860 pazienti (età media: 67 anni; 68% maschi), seguiti per una mediana di 3,5 anni (5). L’86% dei pazienti aveva avuto un recente ictus ischemico (entro 3 mesi) e il 14% aveva presentato un TIA (entro 15giorni). I pazienti con ictus sono stati arruolati in media 6 giorni dopo l'evento. I pazienti sono stati assegnati in modo casuale, proporzione 1:1, ad un target inferiore di Col-LDL (<70 mg/dl o 1,8 mmol/l) o un target più alto di Col-LDL (90-110 mg/dl o 2,3-2,8 mmol/l). Il Col-LDL basale medio dei partecipanti era di 135 mg/dl. Tutti i pazienti presentavano evidenza di aterosclerosi cerebrovascolare o coronarica e ricevevano statine, ezetimibe o entrambi. I livelli medi di Col-LDL raggiunti sono stati 65 mg/dl nel gruppo a *target* inferiore e 96 mg/dl nel gruppo a target superiore. A 2 anni, il gruppo a target inferiore ha fatto maggiore uso di statine ad alta intensità (23% contro 8%) e un uso più frequente di ezetimibe (37% contro 6%). L'*endpoint* primario composito, comprendente ictus ischemico, infarto del miocardio, nuovi sintomi che portavano a rivascolarizzazione coronarica o carotidea urgente o morte per cause cardiovascolari, si è verificato nel 8,5% nel gruppo a target inferiore e nel 10,9% nel gruppo a target superiore (*hazard ratio* aggiustato, 0,78; IC 95%, da 0,61 a 0,98; P = 0,04). L'incidenza di emorragia intracranica e diabete di nuova diagnosi non differiva significativamente tra i due gruppi [emorragia intracranica 1,3% nel gruppo a target inferiore e nello 0,9% nel gruppo a target superiore, diabete di nuova diagnosi 7,2% nel gruppo a target inferiore e del 5,7% nel gruppo a target più alto]. Questo studio conferma che dopo un ictus ischemico o TIA con evidenza di aterosclerosi, i pazienti con un livello target di Col-LDL inferiore a 70 mg/dl hanno un rischio inferiore di eventi cardiovascolari successivi rispetto ai pazienti che hanno un intervallo *target* da 90 mg a 110 mg/dL. Questi risultati sono coerenti con meta-analisi di precedenti studi sul trattamento dell’ipercolesterolemia, che supportano l'uso di una terapia medica intensiva nei pazienti a seguito di ictus ischemico o TIA con un *target* di Col-LDL<70 mg/dl.

**Bibliografia**

1. Amarenco P. et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006;355:549-59.

2. Amarenco P. et al. Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack: the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. Stroke 2007;38:3198-204.

3. Kernan WN et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014;45:2160-236

4.https://www.osservatorioictusitalia.it/wpcontent/uploads/2017/11/LINEE\_GUIDA\_SPREAD\_8a\_EDIZIONE.pd

# 5. Amarenco P e al. A Comparison of Two LDL Cholesterol Targets after Ischemic Stroke. N. Engl J Med 2020; 382:9-19

Testo visionato ed approvato per la pubblicazione online da: prof. Renato Nami, Docente FR di Cardiologia, Università degli Studi di Siena.