Statine ai bambini?

Data 19 luglio 2008
Categoria pediatria

Le ultime linee guida dell'American Academy of Pediatrics consigliano lo screening e il trattamento farmacologico della dislipidemia nei bambini ad alto rischio, ma è subito polemica.

L'American Academy of Pediatrics ha pubblicato le linee guida sullo screening delle dislipidemie nei bambini. Le precedenti risalivano al 1998. Si sottolinea che la formazione delle placche aterosclerotiche inizia già nell'infanzia e che livelli elevati di colesterolo da bambini sono associati ad un aumento del rischio di patologie cardiovascolari nella vita adulta. Le linee guida si dicono preoccupate perchè, negli USA, il peso medio dei bambini è in continuo aumento, così come il numero di essi francamente obeso.
Tutti i bambini dovrebbero quindi seguire una dieta povera in colesterolo e in grassi saturi (privilegiando per esempio prodotti caseari a basso contenuto in grassi).
Nei bambini con storia familiare di dislipidemia e/o di cardiopatia ischemica precoce (prima dei 55 anni nell'uomo e dei 65 anni nella donna) oppure se l'anamnesi familiare è ignota o ancora se vi sono fattori di rischio cardiovascolare (obesità o sovrappeso, ipertensione, diabete, etc.) le linee guida consigliano lo screening della iperlipemia ogni 3-5 anni a partire dai 2 anni di età e comunque prima dei 10 anni d'età. Nei bambini di 8 anni o più che, nonostante le misure dietetiche e l'attività fisica, abbiano un valore di colesterolo LDL superiore a 190 mg/dL, oppure a 160 mg/dL se vi è una storia familiare di cardiopatia ischemica precoce e/o se vi sono altri due fattori di rischio cardiovascolare, oppure 130 mg/dL se vi è associato un diabete mellito, si dovrebbe considerare l'uso di una statina. L'obiettivo è di portare il colesterolo LDL ad un valore inferiore a 130 mg/dL o anche a 110 mg/dL specialmente nei bambini ad alto rischio.

Fonte:

Daniels SR et al. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. Pediatrics 2008 Jul; 122:198.

Commento di Renato Rossi

Appena date alle stampe queste linee guida pediatriche hanno subito scatenato una polemica che non ha risparmiato i mass media. Il New York Times ha pubblicato l'opinione di alcuni esperti : mentre alcuni specialisti si sono detti d'accordo con le linee guida, altri hanno manistestato franca incredulità, soprattutto per la mancanza di evidenze che le statine usate in età pediatrica siano in grado di ridurre gli eventi cardiovascolari futuri a cui il paziente potrebbe andare incontro. Inoltre non ci sono studi che abbiano valutato quali potrebbero essere gli effetti di una terapia con statine iniziata durante l'infanzia e proseguita per tutta la vita. Da non sottovalutare poi il pericolo che la via farmacologica faccia passare in secondo piano, o persino dimenticare, l'adozione di un corretto stile di vita sia alimentare che comportamentale. Il quotidiano statunitense riporta anche l'opinione degli esperti che hanno stilato le linee guida, i quali, pur ammettendo che non ci sono per il momento evidenze con dati a lungo termine sull'uso delle statine nei bambini, difendono le loro scelte. Per esempio la FDA ha già approvato la pravastatina per i bambini affetti da ipercolesterolemia familiare omozigote a partire dagli 8 anni. Inoltre i dati derivanti dagli studi sugli adulti fanno ritenere che la stessa efficacia ci sia nei bambini (e non si vedono ragioni perchè sia diverso). Il New York Times ricorda anche che gli esperti che componevano il panel che ha stilato le linee guida non hanno dichiarato relazioni di tipo finanziario con ditte che producono statine e questo è, senza dubbio, importante.
Di certo non è facile prendere una posizione netta, come sempre d'altra parte quando mancano evidenze affidabili. Anche il Lancet dedica un editoriale alla questione e ricorda che la principale misura da adottare dovrebbe essere una dieta sana, povera in grassi animali e ricca in frutta e verdura, pur non escludendo, in casi selzionati, i farmaci .
Teoricamente, se si dovesse assumere un atteggiamento rigoroso, si dovrebbe dire chiaramente che, in assenza di prove documentali certe, una terapia farmacologica che dura tutta la vita lascia perlomeno perplessi, anche se le ragioni di chi difende questa scelta sono comprensibili: avere elevati livelli di colesterolo già da bambini non è sicuramente desiderabile e se non si riesce a raggiungere valori accettabili con le misure dietetiche e con lo stile di vita che cos' altro si può fare? Lasciar perdere espone, molto probabilmente, ad un aumento del rischio di eventi cardiovascolari futuri che i farmaci potrebbero evitare (pur se manca la prova "provata"), anche se questo comporterà l'esposizione al trattamento per tutta la vita con i potenziali effetti collaterali. Gli studi che sono stati effettuati sui bambini hanno arruolato solo pazienti affetti da forme importanti di ipercolesterolemia di tipo familiare ed hanno avuto una durata breve che ha permesso di valutare solo end-point surrogati.
D'altra parte non è pensabile, almeno a breve, che si possano organizzare degli RCT con adeguata potenza statistica, che durano 30 o 40 anni, per dimostare una riduzione degli eventi cardiovascolare in soggetti che hanno iniziato ad assumere una statina fin dall'età di 8-10 anni. E nel frattempo?
Vi è da considerare anche che negli USA la prevalenza di obesità, diabete e sindrome metabolica nei bambini e adolescenti è sicuramente maggiore che in Italia, dove una dieta diversa e meno ricca in zuccheri raffinati e grassi animali rende meno grave il problema. Fermo restando che le misure di prima scelta dovrebbero essere un' adeguata educazione alimentare e comportamentale sia del piccolo paziente che, soprattutto, della famiglia, rimane il problema di

cosa fare nei casi, peraltro probabilmente la minoranza, di bambini e adolescenti affetti da forme familiari gravi di ipercolesterolemia in cui, notoriamente, le misure dietetiche e l'attività fisica possono incidere solo marginalmente. In questi casi, che, ripetiamo, dovrebbero essere l'eccezione e non la regola, si può prevedere anche la terapia farmacologica, da usare alle dosi minori efficaci e da monitorare attentamente per la possibile comparsa di effetti collaterali. Purtroppo in certi casi, più che in altri, è giocoforza convivere con l'incertezza. Importante, tuttavia, che tale incertezza non solo non sia nascosta ai genitori (che dovranno decidere, in accordo col medico curante, se iniziare o meno il trattamento), ma sia chiaramente e completamente esplicitata. Ai genitori si dovrà quindi illustrare le varie opzioni, con i potenziali benefici, ma anche i possibili rischi, di una terapia iniziata molto precocemente. Sarà importante anche la sorvelianza post-marketing che potrà dire se le statine usate nei bambini siano, nel lungo periodo, farmaci sicuri e, di solito, ben tollerati come negli adulti.
Naturalmente, per la mancanza di evidenze dirette, la decisione di iniziare una statina non può essere presa a cuor leggero e deve essere limitata a quei pochi soggetti con valori molto elevati di colesterolo LDL e con più fattori di rischio cardiovascolare.

Referenze

1. http://www.nytimes.com/2008/07/08/health/08well.html
2. Editorial. Statins for children? Lancet 2008 Jul 19; 372:178