



Statine riducono flogosi ed eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio

Data 15 febbraio 2005
Categoria cardiovascolare

Le statine sono in grado di agire positivamente sui marker della flogosi riducendo la PCR e gli eventi clinici in pazienti ad elevato rischio coronarico.

Alcuni studi hanno dimostrato che le statine ad alto dosaggio in soggetti ad elevato rischio coronarico (per esempio nel caso di sindromi coronariche acute o aterosclerosi coronarica documentata) sono utili a ridurre gli outcomes (Cannon CP et al. Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2004 April 8; 350:1495-1504. Studio PROVE-IT) e la progressione dell'aterosclerosi coronarica (Nissen SE et al. for the REVERSAL Investigators. Effect of Intensive Compared With Moderate Lipid-Lowering Therapy on Progression of Coronary Atherosclerosis. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2004 March 3; 291:1071-1080).

Ora un'analisi dei due studi ha messo in relazione l'uso delle statine, i livelli di LDL e di PCR, gli outcomes clinici e la progressione dell'aterosclerosi.

Nello studio PROVE-IT mostravano una più bassa incidenza di eventi clinici i pazienti che avevano raggiunto un valore di LDL inferiore a 70 mg/dL rispetto a chi aveva un LDL più elevato. Un beneficio tutto sommato analogo però si è osservato anche in coloro che avevano valori di PCR inferiori a 2 mg/L rispetto a coloro che avevano valori superiori e questo indipendentemente dal livello di LDL raggiunto e dal tipo di statina usata (atorvastatina o pravastatina). In realtà il gruppo trattato con atorvastatina (80 mg/die) raggiungeva più frequentemente questi valori target di LDL e di PCR rispetto a chi era trattato con pravastatina (40 mg/die), ma quello che conta sembra non tanto in sè la statina usata e il suo dosaggio e neppure in sè i valori di LDL raggiunti, quanto la riduzione della PCR ottenuta. Per esempio nei soggetti che avevano a fine studio un LDL inferiore a 70 mg/dL e una PCR superiore a 2 mg/L il tasso di eventi era di 3,1 per 100 persone-anno mentre era di 2,4 per chi aveva raggiunto una PCR inferiore a 2 mg/L. Nello stesso tempo tra coloro che avevano un valore di LDL a fine studio superiore a 70 mg/dL la frequenza di eventi era di 4,6 per 100 persone-anno per chi aveva una PCR maggiore di 2 mg/dL e di 3,2 per chi aveva una PCR inferiore a 2 mg/dL.

Nello studio REVERSAL si è notato che chi aveva una maggior riduzione della PCR e del colesterolo LDL aveva una minor progressione della aterosclerosi coronarica valutata tramite ultrasuonografia intra-vascolare e questo risultato veniva raggiunto soprattutto da chi era posto in terapia con alte dosi di statina.

Fonti:

N Engl J Med 2005 Jan 6; 352:20-28
N Engl J Med 2005 Jan 6; 352:29-38

Commento di Renato Rossi

Si sa che vi è un'associazione positiva fra valori elevati di PCR e rischio coronarico. Dato che la PCR è un indice di flogosi si è fatta strada l'ipotesi che l'aterosclerosi sia in qualche modo una malattia di tipo infiammatorio e alcune linee guida sono arrivate a proporre, insieme alla valutazione dei classici fattori di rischio universamente usati, il dosaggio della PCR (con metodica ultrasensibile) per meglio stratificare i pazienti, soprattutto quelli che hanno un rischio valutato con le carte tra il 10% e il 20%. Si sa anche che le statine hanno degli effetti pleiotropici e antinfiammatori oltre a quelli più noti di riduzione del colesterolo LDL.

Questi due studi confermano che le statine sono in grado di esercitare un'influenza positiva sui markers della flogosi riducendo i valori della PCR. Addirittura sembra che la riduzione della PCR sia importante tanto quanto la riduzione del colesterolo LDL, indipendentemente dalla dose e dal tipo di statina usata. I maggiori benefici, comunque, si ottengono quando si riesce a ridurre in modo cospicuo sia LDL e PCR, cosa che si riesce a fare soprattutto con un dosaggio elevatodifarmaco.

Forse in un prossimo futuro, nei pazienti in trattamento con statine, per valutare l'efficacia della terapia dovremo monitorare non solo il colesterolo LDL ma anche la PCR.

Infine un richiamo alla cautela: questi risultati sono stati ottenuti in pazienti altamente selezionati e a rischio molto elevato, non è noto se si possa automaticamente estenderli ai pazienti a rischio meno elevato della prevenzione primaria.