FANS e Coxib stesso rischio per il cuore non per il tratto intestinale

Data 27 marzo 2006
Categoria reumatologia

FANS (naprossente escluso) e Coxib aumentano in modo simile il rischio di eventi coronarici, ma non quello di ictus, tuttavia i FANS sono gravati da maggiori effetti collaterali sul tratto G-I.

Un convegno svoltosi recentemente alla Cattolica di Roma ha fatto il punto sulla terapia antinfiammatoria. Le principali indicazioni del convegno sono state le seguenti:

1) La selettività sulle COX è da considerarsi come un continuum piuttosto che come un'azione dictomica pertanto sia i FANS che i Coxib (tranne forse il naprossene) interferiscono con la COX1 e con la COX2 determinando, sia pure con diverse intensità, uno sbilanciamento della bilancia emostatica in senso procoagulativo. Questo avviene in quanto le curve di inibizione della prostaciclina e del trombossano sono assai diverse e pertanto azioni farmacologiche quantitativamente diverse possono produrre effetti clinici simili e dunque anche i FANS non selettivi determinano un aumento del rischio trombotico a livello coronarico.

2) I coxib rispetto ai FANS sono gravati da meno effetti collaterali sul tratto gastrointestinale (g-i). Le differenze sul tratto g-i superiore possono essere assai ridotte dalla contemporanea assunzione di PPI o misoprostolo, mentre i FANS rimangono assai più lesivi sul tratto G-I distale, ove l'impiego di misoprostolo o PPI non apporta sostanziali protezioni. La contemporanea assunzione di ASA vanifica parzialmente la miglior tollerabilità g-i dei coxib e pertanto in pazienti ad alto rischio può essere appropriato l'uso di PPI anche con i coxib se vengono assunti contemporaneamente all'ASA.

3) Un'ampia metanalisi di molti studi pubblicati dimostra che l'uso di FANS quali diclofenac e ibuprofene è associato ad un aumento del rischio relativo di eventi coronarici di entità simile a quella riscontrata con i Coxib, ossia del 40%. Non si è evidenziato, in base ai risultati della metanalisi, un aumento del rischio di ictus e dunque sembra dubbio l'effetto degli antinfiammatori non steroidei sugli eventi clinici strettamente correlati all'incremento della pressione arteriosa.

4) L'uso del naprossene, in base ai risultati della metanalisi, non è risultato associato ad un aumento del rischio coronarico in quanto presenta una risultante di effetti sulla bilancia emostatica che si avvicina a quella esercitata dalle basse dosi di acido acetilsalicilico, che invece ad alte dosi, al pari del paracetamolo, si comporta come un FANS.

Fonte: Efficacia e sicurezza dei FANS tradizionali e dei Coxib, 24-03-2006; Università Cattolica Del Sacro Cuore; Roma

Commento di Luca Puccetti

La terapia antinfiammatoria rappresenta oramai una scelta da ponderare bene. In base alle evidenze, spesso contraddittorie, sia degli studi epidemiologici che dei clinical trials appare chiaro che la prescrizione di un antinfiammatorio non steroideo, sia selettivo che non selettivo, rappresenta una decisione terapeutica per nulla banale che comporta una valutazione del rapporto rischio beneficio nel singolo paziente. Prima di tutto occorre valutare se il paziente necessiti veramente di una terapia antinfiammatoria, secondariamente essa deve essere protratta per il tempo strettamente necessario, infine la scelta del farmaco deve tener conto di una molteplicità di fattori tra cui spiccano i fattori di rischio e le comorbidità e le relative terapie concomitanti. Non è possibile avere sempre risposte dalle linee guida che non possono mai sostituirsi al discernimento clinico che, partendo dalle evidenze di popolazione della EBM, deve adattare le scelte terapeutiche alla multiforme varietà di spettro clinico ed alla peculiarità del singolo paziente in un determinato contesto temporale, familiare e sociale.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 23/11/2026 alle ore 22:30 | Pagina 1 di 1