



Le statine sono tutte uguali?

Data 22 luglio 2006
Categoria cardiovascolare

Le statine sembrano tra loro equivalenti in termini di efficacia clinica.

Per stabilire se vi sono differenze in termini di end-point clinici fra pravastatina, simvastatina ed atorvastatina gli autori di questa meta-analisi, tramite una ricerca in MEDLINE e nel Cochrane Registry, hanno identificato gli RCT con almeno 1.000 partecipanti che duravano almeno un anno e che valutavano la mortalità e gli esiti cardiovascolari. Sono stati selezionati solo studi in lingua inglese.

La ricerca ha permesso di ritrovare 8 RCT per un totale di circa 64.000 pazienti in cui una statina era paragonata al placebo oppure alla terapia usuale. Non sono stati inclusi studi che paragonavano una statina con un'altra in quanto lo scopo di questi studi era di paragonare l'intensità del trattamento piuttosto che l'efficacia clinica dei due farmaci.

Tutti gli studi hanno dimostrato una riduzione sovrapponibile dei livelli di lipidi. Non si sono riscontrate differenze fra le tre statine nel ridurre la coronaropatia fatale, l'infarto miocardico non fatale, lo stroke fatale e non, le morti cardiovascolari e la mortalità totale.

Fonte:

Zhou Z, et al. Are statins created equal? Evidence from randomized trials of pravastatin, simvastatin, and atorvastatin for cardiovascular disease prevention. Am Heart J February 2006;151:273-81.

Commento di Renato Rossi

Già in uno studio precedente di tipo osservazionale lo stesso autore aveva dimostrato che in soggetti anziani colpiti da infarto miocardico gli outcomes (morte da ogni causa e recidiva di infarto) rimangono gli stessi indipendentemente dalla statina prescritta. Le dosi medie di statina erano le seguenti: atorvastatina 10 mg, pravastatina 20 mg, simvastatina 20 mg, lovastatina 20 mg, fluvastatina 20 mg.

Pur trattandosi di uno studio osservazionale il dato è attendibile perchè è improbabile che vi sia stato un bias di selezione nella prescrizione delle statine da parte dei medici curanti.

Ora questa meta-analisi di RCT conferma che tre fra le statine più prescritte sono equivalenti nel ridurre la mortalità e la morbilità cardiovascolari e la mortalità totale. Anche se questa conclusione deriva da un confronto indiretto perchè non esistono finora studi che abbiano paragonato due statine a dosaggi equivalenti, è ragionevole ritenere che sia così.

A questo punto, stabilito che probabilmente non ha molta importanza quale statina si usa, rimane da definire quale sia la dose ottimale.

Sono possibili tre strategie :

1. usare la dose sperimentata nei vari studi clinici
2. usare la dose necessaria per ottenere una riduzione della colesterolemia attorno al 20-25%, cioè quella media ottenuta negli RCT
3. usare la dose necessaria per raggiungere il target di LDL consigliato dalle linee guida

Ogni scelta ha i suoi pro e i suoi contro. Per esempio la prima strategia ha il vantaggio di non richiedere un monitoraggio frequente della colesterolemia ma potrebbe essere insufficiente a raggiungere il target di LDL consigliato.

Al contrario la terza strategia ha il vantaggio di raggiungere il goal terapeutico ma richiede un controllo frequente della colesterolemia e spesso dosaggi elevati di farmaco che aumentano il rischio di effetti collaterali.

Per il momento non è chiaro quale sia la scelta ottimale.

Bibliografia

1. Zhou Z et al. CMAJ 2005;172(9):1187-94
2. Therapeutics Letter n. 49. In: <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter49.htm>