Terapia ipolipemizzante combinata

Data 18 novembre 2009
Categoria cardiovascolare

Non ci sono evidenze che dimostrino che, nei pazienti ad alto rischio coronarico, una terapia ipolipemizzante combinata sia preferibile ad una monoterapia con alte dosi di statina.

Questa revisione sistematica si era proposta di confrontare i benefici e i rischi della monoterapia con statine ad alte dosi con la terapia combinata di più farmaci nei pazienti ad alto rischio di cardiopatia ischemica.
La ricerca ha permesso di ritrovare 102 studi. Ci sono evidenze di qualità molto povera che la combinazione di statina ed ezetimibe (2 trials per 439 pazienti) e statina con fibrati (1 trial per 166 pazienti) non riduce la mortalità rispetto alla monoterapia con alte dosi di statina.
Non ci sono studi che abbiano paragonato le due strategie valutando endpoint "hard" come l'infarto miocardico, lo stroke, la necessità di rivascolarizzazione coronarica.
In due studi per un totale di 295 pazienti si è visto che l'associazione statina/ezetimibe ottiene un valore di colesterolo HDL più elevato rispetto alla monoterapia. In sei studi si è evidenizato che la terapia combinata riduce il colesterolo LDL del 3-20% in più rispetto alla monoterapia.
In due studi la monoterapia ha avuto un efeftto migliore sul profilo lipidico rispetto alla associazione statina/acidi omega 3.
Nei trials effettuati in pazienti a basso rischio non è stata evidenziata alcuna differenza nella mortalità totale.
Limiti della revisione: brevità degli studi esaminati, valutazione di esiti surrogati, pochi studi che hanno confrontato associazioni diverse da statina/ezetimibe.
Gli autori concludono che ci sono evidenze limitate che la terapia combinata non migliora gli esiti clinici rispetto alla monterapia con alte dosi di statina. Evidenze di scarsa qualità favoriscono l'associazione statina/ezetimibe per il raggiungimento di più alti livelli di colesterolo HDL.

Fonte:

Sharma M et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness and Harms of Combination Therapy and Monotherapy for Dyslipidemia. Ann intern Med 2009 Nov 3;151:622-630

Commento di Renato Rossi

Le linee guida, nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, consigliano un target per il colesterolo LDL di 70-100 mg/dL. Quando dosi standard di statine non sono in grado di garantire questo target sono possibili due strade: o aumentare la dose di statina oppure associare un altro farmaco ipolipemizzante (per solito ezetimibe o fibrato). Tuttavia, nonostante il campo cardiovascolare sia quello in cui più è fiorente la ricerca scientifica, e nonostante che la revisione sistematica recensita in questa pillola abbia ritrovato ben 102 studi, non sappiamo ancora quale delle due scelte sia la migliore. Gli studi disponibili che confrontano le due opzioni sono di scarsa qualità, di breve durata, con poca casistica e spesso hanno valutato solo endpoint surrogati.
E' soprendente questa povertà di dati a confronto della ricchezza (per non dire della sovrabbondanza) dei lavori pubblicati ogni anno. C'è molto lavoro da fare ancora, concludono gli autori della revisione. Nel frattempo i medici pratici rimangono nell'incertezza di quale sia la terapia più adatta ai loro pazienti.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 20/11/2026 alle ore 23:1 | Pagina 1 di 1