Polipillola per la prevenzione cardiovascolare secondaria

Data 04 settembre 2022
Categoria cardiovascolare

La polipillola, in soggetti con recente infarto miocardico, riduce i decessi cardiovascolari gli infarti e gli ictus non fatali e le rivascolarizzazioni coronariche rispetto alla terapia usuale.

La polipillola, costituita in genere da un'associazione di antiaggregante, statina e antipertensivi, è stata proposta come strategia efficace sia nella prevenzione cardiovascolare primaria che in quella secondaria .
Vengono ora pubblicati dal New England Journal of Medicine i risultati dello studio SECURE , presentati contemporaneamente al meeting annuale dell'European Society of Cardiology che si è tenuto a Barcellona dal 26 al 29 agosto 2022.
Nel trial sono stati reclutati 2499 soggetti che avevano avuto un infarto miocardico nei 6 mesi precedenti. I partecipanti sono stati randomizzati a trattamento usual care oppure a una polipillola contenente ASA 100 mg, ramipril (da 2,5 a 10 mg) e atorvastatina (20 o 40 mg). L'endpoint primario comprendeva la morte da cause cardiovascolari, l'infarto e l'ictus non fatali e la necessità di rivascolarizzazione coronarica urgente. Il follow-up medio è stato di 3 anni.
L'endpoint primario si è verificato nel 9,5% del gruppo polipillola e nel 12,7% del gruppo controllo (HR 0,76; 95%CI 0,60-0,96; p = 0,02).
L'endpoint secondario (morte cardiovascolare, infarto e ictus non fatali) si è verificato rispettivamente nell'8,2% e nell'11,7% (HR 0,70; 95%CI 0,50-0,90; p = 0,005).
Questi risultati erano simili in tutti i sottogruppi esaminati.

Lo studio suggerisce quindi che in prevenzione secondaria la polipillola è più efficace della terapia usuale. Questo a prima vista sorprende un po' perché in soggetti con recente infarto miocardico una terapia con ASA, aceinibitore o sartano e statina ad alto dosaggio dovrebbe essere il minimo sindacale, quindi anche i pazienti del gruppo controllo dovrebbero essere stati trattati in maniera analoga o quasi analoga a quelli del gruppo polipillola. La stranezza si può spiegare soprattutto con la compliance del paziente, che è sicuramente superiore se deve assumere una pillola invece di tre. In effetti gli autori sottolineano che l'aderenza al trattamento è stata superiore nel gruppo polipillola.
Si può dire che l'efficacia della polipillola è legata a due fattori: da una parte la certezza che il paziente assume farmaci di provata efficacia e dall'altra una maggior aderenza al trattamento. Aspetto, quest'ultimo già evidenziato dallo studio UMPIRE : in questo studio non vi erano differenze tra polipillola e controllo per gli eventi cardiovascolari ma questo probabilmente dipende dal follow-up che era troppo breve (solo 15 mesi) e anche dal fatto che la dimensione campionaria non era stata studiata per valutare questo outcome (in effetti l'endpoint primario era rappresentato dall'aderenza alla terapia e dalle variazioni della pressione arteriosa sistolica del colesterolo LDL).
Se l'uso della polipillola sembra giustificato in prevenzione secondaria, dubbi si possono avanzare in prevenzione primaria . Tuttavia il recente studio TIPS-3 suggerisce che anche in soggetti senza precedenti eventi cardiovascolari la polipillola potrebbe essere utile, con però alcuni caveat : se ne può prevedere l'uso in pazienti ad alto rischio, nei quali peraltro di solito la terapia con statine e antipertensivi è già indicata, mente per gli antiaggreganti la cosa è più discutibile. In ogni caso probabilmente saranno necessari ulteriori studi, soprattutto in prevenzione primaria, per stabilire quali soggetti trattare e quali farmaci assemblare nella polipillola.

RenatoRossi

Bibliografia

1. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7524

2. www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=5558

3. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5943

4. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4328

5. Castellano JM et al. SECURE Investigators. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. N Engl J Med. 2022 Aug 26. doi: 10.1056/NEJMoa2208275. Epub ahead of print. PMID: 36018037.