

DATA:

30/11/2015

TITOLO:

Statine poco utili nello Scompenso cardiaco: niente di nuovo sotto al sole

INTRODUZIONE:

Questo mese, durante il monitoraggio delle maggiori riviste di medicina cardiovascolare (fra cui Journal of the American College of Cardiology, Circulation, European Heart Journal, ecc.) ha attirato la nostra attenzione un'ampia metanalisi sull'efficacia delle statine in pazienti con scompenso cardiaco e il relativo editoriale.

ARTICOLO ED EDITORIALE:

European Heart Journal (2015) 36, 1536–1546 [link](#)

The effect of statin therapy on heart failure events: a collaborative meta-analysis of unpublished data from major randomized trials. David Preiss et al.

Gli effetti della terapia mediante statine sugli eventi cardiovascolari nel paziente con scompenso cardiaco: una meta-analisi collaborativa di dati non pubblicati dai maggiori RCT.

European Heart Journal (2015) 36, 1502–1504 [link](#)

Editorial - Are statins failing in heart failure? John Kjekshus

Stanno fallendo le statine nello scompenso?

L'articolo riporta gli effetti della terapia ipocolesterolemizzante con statine nel ridurre eventi legati allo scompenso cardiaco (ospedalizzazione non fatale e decesso per scompenso cardiaco) su una popolazione di 132.538 pazienti (età media 63 anni) provenienti da 17 diversi studi, seguiti per circa 4 anni. I pazienti sono stati arruolati da grandi studi di prevenzione primaria o secondaria con più di 1000 pazienti arruolati e seguiti per oltre un anno. Sono stati esclusi studi che arruolavano prevalentemente pazienti con scompenso sintomatico.

I risultati della metanalisi concludono che l'uso di statine, prima che si verifichi una situazione di scompenso cardiaco sintomatico, riducono modestamente il rischio di ospedalizzazione non fatale (rischio relativo -10%), ma non il numero di decessi legati allo scompenso. Il modesto effetto positivo registrato sulle ospedalizzazioni non fatali era lo stesso sia per i pazienti con pregresso infarto che non.

Valutando i rischi assoluti (e non la riduzione di rischio relativo) l'effetto positivo delle statine sulle ospedalizzazioni da scompenso cardiaco si osserva solo nei pazienti trattati in prevenzione secondaria con un NNT di 200 (riduzione di un evento ogni 200 trattati).

RICERCA BIBLIOGRAFICA:

ricerca in PubMed di articoli di letteratura secondaria (revisioni sistematiche) che mettono in relazione le statine e lo scompenso cardiaco. [Link](#)

NOSTRO COMMENTO:

Le conclusioni tratte dallo studio di Preiss et al. concordano con altre revisioni presenti in letteratura: il ruolo delle statine nello scompenso cardiaco cronico è, ad oggi, ancora oggetto di discussione.

L'analisi della letteratura primaria nello scompenso cardiaco fa emergere che le statine avrebbero un ruolo positivo sui marcatori infiammatori (hsCRP, IL-6) e probabilmente, anche su alcuni parametri ecocardiografici (frazione di eiezione); ma su esiti clinicamente più robusti le statine non mostrano evidenze di riduzione della mortalità, e solo modesti risultati sugli episodi di riacutizzazione che causano le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco.

Come a dire che ad esiti surrogati positivi non corrisponde un beneficio clinico adeguato!

La metanalisi di Preiss prende in esame pazienti senza scompenso di base, quindi valuta l'effetto di prevenzione terziaria sulla mortalità cardiovascolare, come ben focalizzato dall'editoriale di Kjekshus, che sostiene il ruolo delle statine soprattutto nella prevenzione primaria e secondaria. La prevenzione terziaria nello scompenso ha invece bisogno di altri farmaci (ACE inibitori e betabloccanti) che hanno dimostrato inequivocabilmente di migliorare la sopravvivenza. D'altronde grandi studi come il CORONA ([link1](#), [link2](#), [link3](#)) e il GISSI-HF ([link](#)), centrati su pazienti scompensati sintomatici ed esclusi quindi dalla metanalisi di Preiss, avevano ben dimostrato l'inefficacia di 10 mg di Rosuvastatina nel ridurre eventi maggiori, rispetto al placebo.

Alla luce di questi dati verrebbe da dire che nei pazienti con scompenso cardiaco, di solito molto anziani, multimorbosi e politrattati, potremmo ridurre la terapia senza timori di creare danni.

Anzi!