

STATINE E INSUFFICIENZA RENALE CRONICA: UNA BUONA COMBINAZIONE?

Fonte: Rev Med Suisse 2010; 6: 1984



Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org). Volutamente limitato a un campo di ricerca circoscritto, quest'articolo ri-specchia lo stato attuale delle conoscenze in quest'ambito. Non si tratta dunque di raccomandazioni per orientare la presa a carico di una problematica clinica vista nella sua interezza (linee guida).

Scenario

Seguite una paziente di 50 anni a cui avete diagnosticato un'insufficienza renale cronica (IRC) moderata di stadio 3 (TGF 35 ml/min) avvenuta a seguito di una glomerulonefrite cronica idiopatica. La paziente non ha antecedenti cardiovascolari, ma ha un'ipertensione arteriosa controllata (128/76 mmHg) con un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (enalapril 10 mg/die) e con un diuretico (idroclorotiazide 12.5 mg/die). La proteinuria è di 0.3 g/die e il colesterolo totale di 7 mmol/l. Quale potrebbe essere il beneficio di una prescrizione di un trattamento ipolipemizzante?

Quesito

Qual è l'efficacia clinica e quali sono i rischi legati all'assunzione quotidiana di statine in caso di IRC da moderata a severa?

L'IRC è frequente a causa dell'invecchiamento della popolazione. Le complicazioni cardiovascolari (CV) sono la principale causa di mortalità nei pazienti affetti da IRC. In circa il 60% dei pazienti in IRC (stadi 3-4; TFG<60 ml/min = pre-dialisi) è presente un'ipercolesterolemia, responsabile delle complicazioni CV e fattore di rischio nella progressione della malattia renale. Benché le statine siano frequentemente prescritte per il trattamento dell'ipercolesterolemia in pazienti affetti da IRC, pochi sono i dati sulla loro efficacia clinica. Questa revisione sistematica mira a determinare i benefici ed i rischi dell'assunzione quotidiana delle statine nei pazienti pre-dializzati, con o senza comorbidità CV 1) sul profilo lipidico; 2) sulla mortalità (totale e CV); 3) sulla progressione dell'insufficienza renale e 4) sugli effetti secondari.

Sono stati identificati ventisei studi (25'017 pazienti affetti da IRC) che confrontano l'assunzione di statine al placebo. L'assunzione quotidiana di statine:

1. riduce il colesterolo totale di -1,1 mmol/l (IC 95%: -1,3 a -0,9) e il colesterolo LDL di -1,1 mmol/l (IC 95%: -1,3 a -0,9)
2. diminuisce il rischio di mortalità totale (RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9) e di mortalità CV (RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9)
3. diminuisce l'escrezione urinaria di proteine (-0,7 g/24h; IC 95%: -0,95 a -0,5) ma non aumenta la clearance della creatinina (1,5 ml/min, IC 95%: -2,3 a 5,3)
4. non aumenta il rischio di effetti secondari (rabdomiolisi, diminuzione della funzione renale).

- Soltanto le statine sono considerate in questa revisione.
- Pochi studi di elevata qualità (informazioni mancanti relative alla randomizzazione, alla cecità ed al metodo di analisi dell'"intention to treat"), numero limitato di pazienti e breve periodo di follow up.
- Lo studio *Pravastatine pooling project* ha un'influenza maggiore sui risultati.
- Per certi risultati (clearance della creatinina e proteinuria) pochi sono gli studi inclusi nella metanalisi.
- I dati inclusi in questa revisione provengono spesso da analisi di sottogruppi inclusi in grandi studi clinici.

Le statine diminuiscono il rischio di mortalità totale e di mortalità CV e permettono un migliore controllo lipidico nei pazienti affetti da IRC. Malgrado le statine non abbiano impatto sulla filtrazione glomerulare, sembrano diminuire l'escrezione urinaria di proteine ed avere così un potenziale effetto nefroprotettivo. Le statine causano pochi effetti secondari. A fronte di questi risultati, gli autori concludono che le statine possono essere prescritte nei pazienti affetti da IRC.

Risposta al quesito clinico

Questa paziente potrebbe beneficiare di un trattamento con statine per diminuire il suo rischio di malattia CV. Tale trattamento potrebbe pertanto contribuire a diminuire l'escrezione urinaria di proteine senza accrescere il rischio di tossicità.

L'elevato rischio CV dei pazienti affetti da IRC necessita una prevenzione precoce. In effetti, il rischio di morire di una complicazione CV è più elevato nei pazienti affetti da IRC che non il rischio di un'evoluzione in insufficienza renale terminale. Questa prevenzione precoce è oltremodo importante poiché un

recente studio randomizzato controllato (AURORA) ed una recente revisione Cochrane dimostrano che le statine migliorano il profilo lipidico dei pazienti in dialisi senza ridurne la mortalità.

Abbreviazioni:

TGF: tasso di filtrazione glomerulare;
CV: cardiovascolare;
IC 95%: intervallo di confidenza al 95%;
RR: rischio relativo.

Redazione

Dottori V. Santschi¹, M. Burnier²,
I. Peytremann-Bridevaux³

¹ Department of epidemiology, biostatistics,
and occupational health, McGill University,
1020 Pine Avenue, West Montreal, Canada

² Service de néphrologie et consultation d'hy-
pertension, CHUV, 1011 Lausanne

³ Institut de médecine sociale et préventive
CHUV et Université de Lausanne et Réseau
francophone Cochrane, Bugnon 17, 1005
Lausanne

Corrispondenza

swiss.cochrane@chuv.ch

Traduzione in italiano

Dr med. Fabrizio Barazzoni, MPH,
FMH Prevenzione e salute pubblica
Capo Area medica Direzione generale EOC
fabrizio.barazzoni@eoc.ch

Stefania Pelli, MBA,
Collaboratrice scientifica
Area medica Direzione generale EOC
stefania.pelli2@eoc.ch

Bibliografia

Navaneethan SD, Pansini F, Perkovic V, et al.
HMG CoA reductase inhibitors (statins) for
people with chronic kidney disease not requir-
ing dialysis. Cochrane Database Systeme Re-
view 2009, Issue 2. Art. No.: CD007784. DOI:
10.1002/14651858.CD007784.