



Un indice per predire l'insorgenza di diabete negli ipertesi

Data 04 gennaio 2007
Categoria metabolismo

Usando i dati dello studio ASCOT-BPLA sono stati individuati i fattori che predicono l'insorgenza di nuovi casi di diabete negli ipertesi.

Lo studio ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) è stato disegnato al fine di stabilire se nuovi farmaci antipertensivi fossero maggiormente efficaci rispetto a diuretici e betabloccanti nella riduzione degli eventi correlati alla ipertensione. In questo trial multicentrico, randomizzato e controllato, sono stati reclutati 19.257 pazienti ipertesi (età 40-79 anni) con almeno altri 3 fattori di rischio cardiovascolare, assegnati ad amlodipina (5-10 mg/die), eventualmente associata a perindopril (4-8 mg/die), oppure ad atenololo (50-100 mg/die), eventualmente associato a bendroflumethiazide (1,25-2,5 mg/die) e potassio, se necessario. L'end-point primario dello studio era l'infarto non fatale e la coronaropatia fatale.

Lo studio è stato interrotto anticipatamente dopo 5,5 anni. Infatti, anche se l'end-point primario non differiva tra i due gruppi (429 eventi nel gruppo amlodipina-perindopril e 474 eventi nel gruppo atenololo-bendroflumethiazide; RR 0,90; IC95% 0,79-1,02), vi era un minor numero di stroke fatali e non fatali (RR 0,77; IC95% 0,66-0,89), di eventi cardiovascolari totali e di procedure (RR 0,84; IC95% 0,79-0,90), e di mortalità totale (738 vs 820; RR 0,89; IC95% 0,81-0,99) nel gruppo trattato con il calcioantagonista. L'incidenza di nuovi casi di diabete (NOD), un end point predefinito dello studio, era più bassa nel gruppo trattato con i farmaci più recenti (8% vs 11,4%; RR 0,70; IC95% 0,63-0,78) rispetto a quelli più datati.

Tra la popolazione arruolata nello studio ASCOT 10305 pazienti con livelli di colesterolo totale inferiori a 6.5 250 mg/dL furono ulteriormente randomizzati a ricevere atorvastatina 10 mg/die o placebo (ASCOT-LLA lipid-lowering arm). L'end point primario era rappresentato da infarto miocardico non-fatale e malattia coronarica fatale. Il trattamento è stato interrotto dopo una media di 3,3 anni. Fin dal primo anno è emerso un netto beneficio nel gruppo trattato con l'Atorvastatina. Ci sono stati 100 eventi primari nel gruppo Atorvastatina contro 154 nel gruppo placebo (hazard ratio : 0,64 ; p= 0.0005). Il rischio di ictus fatale o non fatale è stato ridotto del 27% nel gruppo Atorvastatina (89 casi contro 121 casi nel gruppo placebo; p=0.024), il rischio di eventi cardiovascolari totali del 21% (389 versus 486; p=0.0005), il rischio di eventi coronarici totali del 29% (178 versus 247; p=0.0005). Nel gruppo trattato con l'Atorvastatina ci sono stati 185 morti e 212 nel gruppo placebo (hazard ratio : 0,87; p=0.16). Dopo 1 anno l'Atorvastatina ha abbassato il colesterolo plasmatico totale di circa 1,3 mmol/L rispetto al placebo; a 3 anni la riduzione è stata di 1,1 mmol/L

Il braccio lipid-lowering dello studio ASCOT fu dunque stoppato per manifesta superiorità della atorvastatina vs placebo.

Successivamente i dati dello studio ASCOT sono stati utilizzati per una serie di analisi post hoc tra cui uno di questi ha analizzato i fattori di rischio significativamente correlati all'insorgenza di NOD. I risultati di questa analisi sono stati presentati al congresso mondiale di cardiologia di Barcellona 2006. I fattori indipendenti rivelatisi all'analisi multivariata più fortemente correlati con il NOD sono risultati i livelli di glicemia basale a digiuno, il BMI, i trigliceridi e l'uso di farmaci antiangiogeni. (veditabella).

Fattori	HR	95% CI	p
età >55 aa (per 5 a)	0.94	0.90-0.96	.006
glicemia >90 mg/dL	5.80	5.24-6.43	<0.001
sexo maschile	0.98	0.84-1.14	0.750
BMI (per incremento di 5 unità)	1.49	1.38-1.62	<0.001
pressione sistolica (per 10 mm Hg)	1.07	1.04-1.10	<0.001
HDL-C (per 40 mg/dL)	0.72	0.58-0.89	0.002
trigliceridi (per 88 mg/dL)	1.12	1.07-1.17	<0.001
colesterolo tot (per 40 mg/dL)	0.89	0.84-0.94	<0.001
farmaci per CAD (S/N)	1.25	1.11-1.40	<0.001
alcol (unità/settimana)	0.99	0.99-1.00	.017



Stratificando la popolazione studiata in quartili in base ai fattori di rischio sopraelencati, il gruppo nel quartile più elevato ha presentato un rischio di NOD quasi 20 volte superiore a quello del quartile più basso (HR 19.0 95% IC 14.3-25.4). Gli Autori concludono che usando i parametri rivelatisi più fortemente associati con il NOD è possibile costruire un indice per un'accurata stratificazione del rischio di NOD in pazienti ipertesi.

Fonte: Ajay K Gupta; World Congress of Cardiology, Barcellona 2006

Referenze

- 1) Lancet 2003; 361:1149-1158
- 2) Lancet 2005; 366:895-906