Come usare i FANS secondo l'American Heart Association

Data 14 ottobre 2007
Categoria cardiovascolare

L'uso della terapia antinfiammatoria secondo l'American Heart Association.

L'American Heart Association (AHA) ha emanato delle linee guida sul corretto uso di FANS e coxib nel paziente cardiopatico o con fattori di rischio cardiovascolari.
Viene raccomandato un approccio a gradini per il trattamento del dolore muscolo-scheletrico che prevede come scelte iniziali la terapia non farmacologica (terapia fisica, esercizio, calo di peso, applicazione di caldo o freddo).
In caso di fallimento i farmaci di prima scelta sono il paracetamolo, l'aspirina, il tramadolo e gli analgesici narcotici (uso breve).
Come seconda scelta si possono usare FANS con bassa selettività per la COX2 mentre i più selettivi COX 2 inibitori dovrebbero essere l'ultima scelta.
Le linee guida consigliano di usare i farmaci alla dose più bassa possibile per controllare i sintomi e per il minor tempo possibile.
Il FANS di scelta dovrebbe essere all'inizio il naproxene che è dotato di scarsa selettività per la COX 2 e sembra avere un effetto neutro sul cuore; in realtà non lo sappiamo con sicurezza in quanto non ci sono molti studi ma il dato che il naproxene sembra associato ad un minor numero di eventi cardiovascolari sembra "non sbagliato".
Una volta che si è deciso di usare un FANS in un paziente con aumentato rischio cardiovascolare le linee guida consigliano di associare asa a basse dosi e un inibitore di pompa protonica (PPI).
Se si usa l'ibuprofene, dato che questo può ridurre l'efficacia antitrombotica dell'asa, conviene assumerlo circa 30 minuti dopo oppure 8 ore prima.
Se si usa un COX 2 inibitore viene raccomandato di monitorare la funzionalità renale (perchè si può avere una ridotta perfusione renale e una ritezione di sodio) oltre che la pressione arteriosa. Cosa utile anche in caso d'uso di un FANS non selettivo, aggiungiamo noi.
Gli estensori delle linee guida ammettono che sarebbero necessari molti altri studi per determinare la sicurezza cardiovascolare dei FANS tradizionali perchè ci sono evidenze che problemi cardiaci possono aversi con un uso regolare di tutti i FANS.
L'approccio suggerito dalle linee guida potrebbe essere valido anche per pazienti non cardiopatici e non ritenuti a rischio cardiovascolare in quanto spesso questo rischio è misconosciuto o poco chiaro.

Fonte:

Antman EM et al. Use of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. An Update for Clinicians. A Scientific Statement From the American Heart Association
Circulation 2007 Mar 27; 115:1634-1642

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida sono state emanate dall'AHA dopo aver esaminato 121 trials per più di 30.000 pazienti e raccolgono le attuali conoscenze circa l'uso della terapia antinfiammatoria nei disturbi muscoloscheletrici.
Se si può in linea generale essere d'accordo con le raccomandazioni della Società Scientifica Americana, vi sono alcuni punti di criticità. L'uso dei narcotici in prima battuta può essere problematico in pazienti affetti da malattia reumatiche croniche, come hanno fatto notare alcuni reumatologici, in quanto può diventare elevato il rischio di dipendenza. Le linee guida inoltre considerano solo il rischio cardiovascolare ma la realtà dei pazienti è molto più complessa: quali farmaci scegliere di fronte ad un paziente con rischio cardiovascolare basso ma ad elevato rischio gastrointestinale? Un COX 2 inibitore oppure un FANS tradizionale associato ad un PPI? E nel paziente che sia a rischio sia cardiovascolare che gastro-intestinale? La scelta non è semplice e la raccomandazione di usare questi farmaci per il minor tempo possibile e alle dosi più basse non è facile da mettere in pratica. Infine l'ultimo punto, il più complesso: la sensibilità del singolo paziente ad ogni farmaco antidolorifico è estremamente variabile e non sempre è possibile usare quello consigliato dalle linee guida, vuoi per intolleranza, vuoi per inefficacia.
Sulle problematiche legate all'uso dei FANS e dei COX 2 inibitori questa testata ha dedicato molti articoli. La bibliografia acclusa cerca di fare la storia della complessa vicenda a partire dal ritiro mondiale del rofecoxib.

Referenze

1.Ritiro del rofecoxib
2. Rapporto rischi/benefici dei coxib

3. Tossicità cardiovascolare dei coxib: effetto classe?
4. Rofecoxib: una debacle che poteva essere evitata?
5. Tossicità cardiovascolare di coxib eFANS
6. Rofecoxib: doveva essere ritirato prima?
7. Tempesta sui coxib
8. Anche naproxene nell'occhio del ciclone
9. Continua la saga dei coxib
10. Coxib: il giorno del giudizio
11. Etoricoxib: modifca della scheda tecnica
12. Sospeso il valdecoxib
13. Tutti gli antinfiammatori aumentano il rischio di infarto?
14.Tutti i FANS aumentano il rischio cardiovascolare?
15. Infarto e FANS: effetto classe
16. EMEA: conclusa revisione sui coxib
17. Anche paracetamolo causa ipertensione
18. Tossicità FANS non selettivi: per EMEA resta tutto così o quasi
19. Antinfiammatori aumentano rischio di morte negli infartuati
20. Il NEJM accusa gli autori del VIGOR di aver omesso i dati
21. Tollerabilità gastrointestinale: coxib e FANS pari sono?
22. Coxib e FANS: stesso rischio per il cuore ma non per il tratto gastrointestinale
23. Celecoxib: guerra di metanalisi
24. Celecoxib efficace come GANS ma più tollerato sul tratto gastrointestinale
25. FANS e paracetamolo aumentano rischio cardiovascolare in donne fumatrici
26. Coxib, FANS e rischio cardiovascolare: una storia infinita
27. Effetti cardiovascolari di celecoxib rispetto ai FANS non selettivi
28. Effetti avversi cardiovascolari e renali dei FANS
29. Diclofenac e ibuprofen ad alte dosi aumentano rischio trombotico
30. Stesso rischio trombotico per etoricoxib e diclofenac: studio MEDAL
31. Anche il naproxene aumenta il rischiocardiovascolare?
32. Quale terapia antinfiammatoria nel paziente a rischio gastrico?
33. Eventi gastrointestinali con coxib e FANS: studio MEDAL
34. FANS, coxib e rischio di ipertensione