



NIFIC Breaking News

Regione
Lombardia
ASL Milano

a cura
Nucleo di Informazione Farmaceutica
Indipendente e Comparativa (NIFIC)

I sartani non riducono la mortalità totale nei pazienti ipertesi, gli ACE-inibitori sì (forse).



Una revisione sistematica con metanalisi del 2011 (Bangalore et al. BMJ 2011; 342:d2234), aveva dimostrato che i sartani hanno una mortalità totale analoga a quella del placebo. Una successiva revisione sistematica e metanalisi (van Vark LC et al. Eur Heart J 2012; 33:2088), su 20 RCT con quasi 160 mila ipertesi, ha chiaramente dimostrato che i sartani non riducono la mortalità totale (HR 0,99), mentre gli ACE-i la ridurrebbero di un significativo 10% (HR 0,90). Conclusione degli autori: data la diffusione dell'ipertensione, l'uso preferenziale di ACE-i salverebbe molte vite.

Ma ciò è vero solo in parte. In realtà una risposta pubblicata (Donzelli A. Reduction in all-cause mortality: from ACE-inhibitors or from associated drugs? Eur Heart J June 25, 2012) mostra che **anche nella maggior parte dei RCT con ACE-i gli effetti sulla mortalità totale non differiscono dal placebo**. I vantaggi (notevoli) sulla mortalità compaiono solo in 3 RCT in cui l'ACE-i non è da solo, ma associato con un altro farmaco. In due di questi l'ACE-i non fa parte subito dell'associazione "vincente", ma è aggiunto dopo, nei pazienti in cui la monoterapia con l'altro farmaco non raggiungeva il target di PA stabilito. In due su tre il farmaco associato è il **diuretico di tipo tiazidico indapamide**.

Anche in un quarto RCT, non incluso nella metanalisi perché di prevenzione secondaria dell'ictus, l'ACE-i perindopril da solo non ha fatto meglio del placebo, e il risultato molto buono è emerso solo quando associato con **indapamide**.



NIFIC Breaking News

Regione
Lombardia
ASL Milano

a cura
Nucleo di Informazione Farmaceutica
Indipendente e Comparativa (NIFIC)

La coerenza a questo punto vorrebbe che:

A) non si usassero sartani, ma ACE-i, con importante recupero finanziario, e forse anche di salute

(NB: nell'ASL di Milano nel 2011 il rapporto di dosi tra ACE-i e sartani è stato di 3 a 2, e la spesa totale per sartani è stata tre volte maggiore di quella per ACE-i.

Un report 2012 della Regione Lombardia cita le due più recenti revisioni sistematiche – Bangalore 2010 e DERP 2010 - che confermano la maggior incidenza di tosse con ACE-i: 10% vs 3-3,5% dei sartani, ma che solo nel 2,6% dei casi la tosse è disturbante al punto da portare a interruzione della cura/necessità di sostituzione)

B) gli ACE-i non si usassero da soli, ma in associazione, o in aggiunta successiva a un diuretico (come raccomanda anche il PDTA formalmente sottoscritto sull'ipertensione)

C) il diuretico **non** sia **idroclorotiazide** (come ormai riconosciuto da più Linee Guida, tra cui quella più recente del NICE), ma un **diuretico di tipo tiazidico**, come **indapamide**, o il suo affine clortalidone.