



## *Effetto delle statine sulla placca aterosclerotica*

A cura di Marta F. Brancati

Tre puntuali riflessioni su tre novità dalla letteratura internazionale sull'effetto delle statine sulla placca aterosclerotica.

*R Puri, et al. Impact of baseline lipoprotein and C-reactive protein levels on coronary atheroma regression following high-intensity statin therapy. Am J Cardiol 2014 [Epubahead of print].*

*R Puri R, et al. Antiatherosclerotic effects of long-term maximally intensive statin therapy after acute coronary syndrome: insights from study of coronary atheroma by intravascular ultrasound: effect of rosuvastatin versus atorvastatin. ArteriosclerThrombVascBiol2014;34:2465-2472.*

*K Komukai, et al. Effect of atorvastatin therapy on fibrous cap thickness in coronary atherosclerotic plaque as assessed by optical coherence tomography: the EASY-FIT study. JACC2014;64:2207-2217.*

**R Puri, et al. Impact of baseline lipoprotein and C-reactive protein levels on coronary atheroma regression following high-intensity statin therapy. Am J Cardiol 2014 [Epubahead of print].**

Le attuali linee guida americane raccomandano un uso intensivo della terapia con statine nei pazienti con aterosclerosi comprovata. In 8 trials randomizzati 1881 pazienti trattati con statine (rosuvastatina 40 mg o atorvastatina 80mg/die) per 18-24 mesi sono stati stratificati a seconda dello stato lipidico di base e dei livelli di PCR, e sottoposti a valutazioni seriate del volume di ateroma con imaging intracoronarico (IVUS). La terapia con statine era associata a regressione del volume di ateroma in percentuale e del volume totale di ateroma .

**R Puri , et al. Antiatherosclerotic effects of long-term maximally intensive statin therapy after acute coronary syndrome: insights from study of coronary atheroma by intravascular ultrasound: effect of rosuvastatin versus atorvastatin. ArteriosclerThrombVascBiol2014;34:2465-2472.**

È noto che i pazienti con sindrome coronarica acuta presentano aterosclerosi con caratteristiche di instabilità diffusa che li pone a rischio di ricorrenza di eventi. Lo studio SATURN ha confrontato, mediante seriate valutazioni con IVUS, il volume di ateroma in pazienti trattati con statine ad alte dosi (rosuvastatina 40 mg o atorvastatina 80 mg/die) per 24 mesi. In un'analisi post-hoc è stato evidenziato che nei pazienti con SCA vi era una maggior regressione del volume di ateroma rispetto ai pazienti stabili ( $p < 0.003$ ), nonostante il raggiungimento di livelli simili di assetto lipidico e markers di infiammazione. Gli eventi cardiovascolari avversi a 24 mesi erano simili nei due gruppi. Di fatto lo studio suggerisce come i pazienti instabili possano presentare un substrato di placca "modificabile" e quindi possano beneficiare di più della terapia con statine ad alte dosi.

**K Komukai, et al. Effect of atorvastatin therapy on fibrous cap thickness in coronary atherosclerotic plaque as assessed by optical coherence tomography: the EASY-FIT study. JACC2014;64:2207-2217.**

Questo recentissimo studio si interroga sul meccanismo con cui le statine inducono la stabilizzazione della placca aterosclerotica. Settanta pazienti con angina instabile sono stati randomizzati a 5 mg vs 20 mg di atorvastatina/die e sottoposti a valutazione mediante



imagingintracoronarico (OCT) delle lesioni non colpevoli sia in acuto che al follow-up di 12 mesi. La terapia con 20 mg di atorvastatina, oltre a ridurre maggiormente i livelli di colesterolo LDL, era associata ad aumento dello spessore del cappuccio fibroso all'OCT ( $p < 0.001$ ), che a sua volta correlava con la riduzione dei livelli sierici di LDL ( $p < 0.001$ ), PCR ( $p = 0.033$ ) e metalloproteinasi-9 ( $p < 0.001$ ) e con la riduzione della componente macrofagica visibile all'OCT ( $p = 0.003$ )