Betabloccanti nell'ipertensione: come stanno le cose?

Data 05 marzo 2008
Categoria cardiovascolare

Dopo la pubblicazione della ultime linee guida NICE qual è il ruolo dei betabloccanti nel trattamento dell'ipertensione? Una revisione Cochrane cerca di fare il punto della situazione.

I betabloccanti, che fino a qualche tempo fa avevano l'onore di essere considerati dalle varie linee guida come farmaci di prima scelta, insieme ai diuretici tiazidici, nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, sono stati recentemente declassati dal NICE (l'ente britannico che valuta l'appropriatezza degli interventi medici) a terapia di terza o quarta scelta . La presa di posizione del NICE è venuta dopo che una meta-analisi aveva suggerito che i betabloccanti sono gravati da outcomes peggiori rispetto agli altri antipertensivi . Per la verità autori canadesi avevano contestato queste conclusioni affermando che in realtà i betabloccanti dovrebbero essere ancora farmaci da usare senza problemi negli ipertesi giovani mentre negli anziani sarebbero meno efficaci. A loro volta sono state oggetto di contestazione sia la posizione del NICE che quella degli autori canadesi .
Come stanno dunque le cose? Si deve ancora riporre fiducia in questa classe di farmaci o davvero il loro tempo è finito, perlomeno come farmaci di prima scelta nel trattamento dell'iperteso non complicato? Per cercare una risposta si può provare a controllare la banca dati della Cochrane: è noto che le revisioni della letteratura effettuate dalla Cochrane Collaboration sono di solito di elevata qualità metodologica. Purtroppo non sempre la Cochrane fornisce la risposta a tutte le possibili domande, ma fortunatamente è appena stata pubblicata una revisione che ha esaminato dettagliatamente la questione dei betabloccanti nell'ipertensione . Lo scopo dichiarato degli autori è stato quello di rivalutare il ruolo dei betabloccanti come terapia di prima linea nell'ipertensione relativamente alle altre classi di antipertensivi. Sono stati ritrovati 13 RCT (per un totale di 91.561 partecipanti).
La tabella che segue riassume i risultati della revisione.

BETABLOCCANTI VS PLACEBO (4 RCT, 23.613 partecipanti)
Mortalità totale: differenza non significativa
Eventi cardiovascolari: RR 0,88; IC95% 0,79 - 0,97; NNT = 140
Stroke: RR 0,80; IC95% 0,66 - 0,96; NNT = 200
Eventi ischemici cardiaci: differenza non significativa

BETABLOCCANTI VS DIURETICI (5 RCT, 18.241 partecipanti)
Mortalità totale: differenza non significativa
Eventi cardiovascolari totali: differenza non significativa
Eventi ischemici cardiaci: differenza non significativa
Sospensione per effetti collaterali: RR 1,86; IC95% 1,39 - 2,50; NNH = 16

BETABLOCCANTI VS INIBITORI DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA (3 RCT, 10.828 partecipanti)
Mortalità totale: differenza non significativa
Eventi cardiovascolari totali: differenza non significativa
Eventi ischemici cardiaci: differenza non significativa
Sospensione per effetti collaterali: RR 1,41; IC95% 1,29 - 1,54; NNH = 18

BETABLOCCANTI VS CALCIOANTAGONISTI (4 RCT, 44.825 partecipanti)
Mortalità totale: RR 1,07; IC95% 1,00 - 1,13; NNH = 200
Eventi cardiovascolari totali: RR 1,18; IC95% 1,08 - 1,29, NNH = 80
Stroke: RR 1,30; IC95% 1,11 - 1,53; NNH = 65
Eventi ischemici cardiaci: differenza non significativa
Sospensione per effetti collaterali: differenza non significativa

Gli autori della revisione Cochrane concludono che in effetti le prove disponibili non consigliano l'uso dei betabloccanti come farmaci di prima scelta nel trattamento dell'ipertensione, tuttavia nella maggior parte dei trials esaminati (75% dei partecipanti) il farmaco usato era l'atenololo. Ci sono perciò aree di incertezza per quanto riguarda gli altri betabloccanti, nè sappiamo se essi siano più efficaci nei giovani rispetto agli anziani.

Cos'altro si può aggiungere? Rimanendo ai dati della Cochrane bisogna ammettere che i betabloccanti non sembrano meno efficaci dei diuretici e degli inibitori del sistema renina-angiotensina, anche se sono meno tollerati. Rispetto ai calcioantagonisti hanno un profilo di tolleranza sovrapponibile ma mostrano un trend peggiore per quanto riguarda la mortalità totale e sono meno efficaci sul versante degli eventi cardiovascolari totali (soprattutto per lo stroke).
In definitiva se può essere comprensibile il declassamento di questi farmaci dalla posizione di prima scelta, appare francamente esagerato porli come farmaci di terza o quarta scelta: non dovrebbero essere nè demonizzati nè abbandonati in quanto possono rivelarsi preziosi sia come terapia di associazione sia in specifiche condizioni come

l'iperteso infartuato o con scompenso cardiaco o con aritmie ipercinetiche. Rimane per ora incerto se betabloccanti diversi dall'atenololo abbiano profili di efficacia differenti e se i giovani possano avvantaggiarsi di questi farmaci di più deglianziani.

RenatoRossi

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2683
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2013
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2549
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2569
5. Wiysonge CS et al. Beta-blockers for hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD002003.