I betabloccanti nello scompenso cardiaco sono tutti uguali?

Data 12 agosto 2009
Categoria cardiovascolare

Due studi suggeriscono che, nello scompenso cardiaco, non vi sono grandi differenze tra i vari betabloccanti, ma la valutazione di questi risultati richiede prudenza.

In un primo studio è stata analizzata la mortalità nel primo anno dopo una ospedalizzazione per insufficienza cardiaca in più di 8000 anziani. Sono stati paragonati tre betabloccanti: atenololo, metoprololo e carvedilolo. Dopo aggiustamento per vari fattori confondenti si è visto che il rischio di morte, rispetto ad atenololo, era leggermente più elevato con metoprololo (HR 1,16; 1,01-1,34), ma non con carvedilolo (HR 1,16; 0,92-1,44). Il rischio era inoltre più elevato in chi non riceveva betabloccanti (HR 1,63; 1,44-1,84). Tuttavia gli autori suggeriscono che i loro risultati devono essere interpretati con cautela e che sono necessari RCT di paragone diretto tra i vari betabloccanti.
In un secondo studio è stata analizzata la mortalità in circa 12000 pazienti affetti da scompenso cardiaco a seconda se avevano ricevuto betabloccanti evidence-based, betabloccanti non evidence-based oppure se non avevano ricevuto betabloccanti. Si è visto che per tutti i betabloccanti si aveva una riduzione della mortalità rispetto al non uso, indipendentemente dal fatto se erano o non erano evidence-based. Paradossalmente, il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco era maggiore con i betabloccanti evidence-based rispetto a quelli non evidence-based ($P < 0,001$) e persino rispetto al non uso di betabloccanti ($p = 0,002$).

Fonte:

1. Kramer JM et al. Comparative Effectiveness of β-Blockers in Elderly Patients With Heart Failure
Arch Intern Med. 2008 8/22 Dec;168:2422-2428.
2. Go AS et al. Comparative Effectiveness of Different β-Adrenergic Antagonists on Mortality Among Adults With Heart Failure in Clinical Practice. Arch Intern Med. 2008 8/22 Dec;168:2415-2421.

Commento di Renato Rossi

La prognosi dello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica è radicalmente cambiata da quando si è cominciato ad usare i betabloccanti ed i farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina.
Ma i betabloccanti sono tutti efficaci oppure si deve usare solo quelli (carvedilolo, bisoprololo, metoprololo) che hanno dimostrazioni di efficacia? Due commentatori che, negli Archives of Internal Medicine, illustrano gli studi recensiti in questa pillola, hanno pareri discordanti: uno sostiene che si dovrebbero usare solo betabloccanti evidence-based, l'altro che probabilmente tutti i betabloccanti sono simili in termini di efficacia.
Chi scrive ritiene che sia difficile trarre conclusioni certe da studi di tipo osservazionale come quelli di Kramer e Coll. e di Go e Coll. Infatti vi sono troppi fattori confondenti che possono aver determinato delle distorsioni nei risultati. Per esempio come si può spiegare che nello studio di Go e coll. il rischio di ricovero per peggioramento dello scompenso fosse maggiore con i betabloccanti evidence-based anche rispetto al non uso? E' probabile che i vari gruppi di pazienti avessero caratteristiche cliniche e di rischio molto diverse, dato che non si trattava di gruppi randomizzati. Il paragone risulta perciò molto difficile, per quanto sofisticate siano le tecniche messe in atto per eliminare i fattori di confondimento.
In realtà la risposta alla domanda: "Tutti betabloccanti sono uguali nello scompenso cardiaco?" può venire solo da studi randomizzati e controllati di paragone diretto. Fino a quel momento sembra prudente usare solo quei betabloccanti che hanno al loro attivo dimostrazioni di efficacia basate su RCT.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 21/11/2026 alle ore 3:56 | Pagina 1 di 1