



## Meno scompenso con clortalidone che con lisinopril od amlodipina nei nefropatici

**Data** 11 febbraio 2006  
**Categoria** cardiovascolare

La riduzione del GFR costituisce un fattore indipendente di rischio coronarico e che né amlodipina e lisinopril sono inferiori al clortalidone nella riduzione del rischio di scompenso cardiaco.

Si tratta di una analisi a posteriori dello studio ALLHAT che si proponeva, da una parte di valutare se la funzionalità renale fosse un indicatore indipendente di eventi cardiovascolari e dall'altra se un trattamento con aceinibitore o calcioantagonista fosse superiore al tiazidico nel ridurre gli outcomes cardiovascolari in soggetti ad alto rischio stratificati sulla base della velocità di filtrazione glomerulare (GFR).

I partecipanti, sulla base del GFR, sono stati suddivisi in tre gruppi: GFR normale (90 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup>), con riduzione lieve (da 60 a 89 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup>) e riduzione moderata o grave (< 60 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup>).

Sono stati valutati i seguenti esiti: uremia terminale, coronaropatia, stroke, eventi cardiovascolari combinati (coronaropatia, rivascolarizzazione coronarica, angina, stroke, scompenso cardiaco, arteriopatia periferica).

Nei soggetti con riduzione del GFR moderata-severa la frequenza a 6 anni di malattia coronarica fu maggiore che l'uremia terminale (15,4% vs 6,0%). Un GFR basale < 53 ml/min (rispetto a valori di GFR > 104 ml/min) risultò associato ad un aumento del 32% del rischio di cardiopatia ischemica. L'amlodipina risultò simile al clortalidone per quanto riguarda coronaropatia, stroke ed eventi cardiovascolari, ma meno efficace sullo scompenso. Il lisinopril fu simile al clortalidone nel prevenire la coronaropatia, ma meno efficace nel ridurre stroke, eventi cardiovascolari e scompenso cardiaco.

Gli autori concludono che la riduzione del GFR costituisce un fattore di rischio indipendente di aumentato rischio coronarico e che né amlodipina né lisinopril sono superiori al clortalidone nel ridurre vari eventi cardiovascolari e anzi sono inferiori per quanto riguarda lo scompenso cardiaco.

Fonte: Ann Intern Med 2006; 144: 172-180

Commento di Renato Rossi

Questa analisi post-hoc conferma i risultati già evidenziati dallo studio ALLHAT a suo tempo: il clortalidone non è inferiore agli altri trattamenti e questo è vero anche nei soggetti con ridotta funzionalità renale.

Queste conclusioni vanno interpretate con qualche cautela in quanto si tratta di uno studio a posteriori, non erano disponibili i dati della proteinuria, non è stato possibile valutare l'effetto di terapie antipertensive combinate.

Un dato interessante, comunque già evidenziato da altri studi, è che i soggetti con insufficienza renale moderata-grave sono ad elevato rischio di cardiopatia ischemica. Anzi la comparsa di questa complicanza è molto più frequente della stessa uremia terminale. Va fatto quindi ogni sforzo per controllare al meglio la pressione con una combinazione di più farmaci e gli altri fattori di rischio cardiovascolare come l'ipercolesterolemia, il fumo, il diabete.

Già un'analisi post-hoc precedente dell'ALLHAT aveva suggerito che il clortalidone, usato anche in pazienti con riduzione del filtrato glomerulare sia lieve che moderata-severa, non è inferiore agli altri antipertensivi per quanto riguarda la comparsa di insufficienza renale terminale o una riduzione del 50% o più del filtrato glomerulare. E' vero che nel gruppo amlodipina il filtrato glomerulare (outcome surrogato) è risultato più elevato rispetto al clortalidone, ma la velocità di sviluppo di insufficienza renale terminale (outcome sicuramente più importante) è risultata simile.

Bibliografia

1. Arch Intern Med. 2005;165:936-946