

Meeting europeo su ipertensione e protezione cardiovascolare

Controllo dell'ipertensione arteriosa a livello di popolazione e negli anziani e messa in campo di tutti gli strumenti disponibili, anche con lo "sdoganamento" della terapia di combinazione di due o più farmaci a basso dosaggio, sono stati i temi centrali del congresso dell'European Society of Hypertension che si è svolto a Milano

Il 29° Meeting annuale della European Society of Hypertension di quest'anno si è svolto a Milano (21-24 giugno). Per l'occasione M.D. ha intervistato alcuni dei massimi esperti italiani, nonché relatori/moderatori delle più importanti sessioni.

► Diagnosi, trattamento e gestione

Tra i temi maggiormente trattati vi sono stati il controllo dell'ipertensione arteriosa (IA) a livello di popolazione, le difficoltà nel raggiungerlo e la possibilità che il mancato controllo pressorio nel paziente trattato possa esporre a un rischio CV superiore a quello di un soggetto pari età non iperteso.

Giuseppe Mancia, Professore emerito dell'Università di Milano-Bicocca ha posto l'accento su alcuni elementi innovativi delle ultime linee guida (Williams B, Mancia G et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; 39: 3021-3104). Il primo elemento riguarda il fatto che sono diventati candidati alla terapia pazienti con pressione di grado I a rischio CV medio-basso, individui con ipertensione di grado 1 ed età > 65 anni e i soggetti con ipertensione norma-

le-alta con rischio CV elevato, per esempio con storia di infarto miocardico. Altra novità riguarda gli obiettivi: se il paziente tollera bene la terapia si può cercare di portare la pressione arteriosa sotto i 130 mmHg (senza scendere sotto i 120): questo atteggiamento più "aggressivo" non va adottato nei pazienti anziani e nei nefropatici.

Anche il prof. **Guido Grassi**, dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, con la relazione "Unmet needs in diagnosi e trattamento dell'ipertensione arteriosa" ha illustrato come in questo contesto, le linee guida hanno ribadito la necessità di utilizzare quanto prima un trattamento con terapia di associazione a basso dosaggio. Pur essendo una certa resistenza da parte del paziente per l'utilizzo in prima battuta di un'associazione farmacologica, i benefici di questo approccio sembrano indubbi.

"Pressione arteriosa normale-alta: quale atteggiamento tenere? È stato il tema affrontato dal prof.

Enrico Agabiti Rosei (Past president ESH). Secondo le linee guida europee, per pressione arteriosa normale-alta si intende un range compreso fra 130 e 139 mmHg di PAS e 85-89 mmHg per PAD. Le considerazioni da fare riguardano

l'osservazione che spesso nell'arco di pochi anni questi livelli pressori tendono ad aumentare e a rientrare così nel range dell'ipertensione arteriosa stabile. In una percentuale non trascurabile di casi è inoltre presente un danno d'organo pre-clinico, oltre che un aumentato rischio di eventi CV, configurando quindi una situazione da tenere sotto controllo. Per quanto riguarda l'opportunità di ricorrere a un trattamento farmacologico, le LG tendono a subordinarlo al livello di rischio cardiovascolare globale.

► Popolazione anziana

Gli elevati valori pressori, in particolare se riguardano la PAS, conferiscono a soggetti con età >65 anni un rischio CV significativo e pertanto il paziente anziano richiede un opportuno intervento terapeutico. Intervento che deve essere considerato e instaurato anche nei soggetti con età >80 anni poiché l'ipertensione rappresenta un rilevante fattore di rischio e il trattamento prolunga la vita e previene eventi quali l'ictus e l'insufficienza cardiaca.

Sul significato clinico e sul trattamento dell'ipertensione arteriosa nell'anziano, nella valutazione del li-

vello di rischio si applicano le medesime regole generali utilizzate per l'intera popolazione ipertesa, ha spiegato il prof. **Giovambattista Desideri** (Università degli Studi dell'Aquila).

Il calcolo del rischio CV totale con metodi come quelli proposti dalla European Society of Hypertension - European Society of Cardiology è raccomandato anche nei soggetti anziani/molto anziani. La presenza di altri fattori di rischio (fumo, ipercolesterolemia, diabete mellito e/o presenza di danno d'organo - ipertrofia ventricolare sinistra, proteinuria e/o ridotta funzionalità renale) rafforzano l'indicazione per il trattamento farmacologico anche in caso di ipertensione lieve: lo studio HYVET ha dimostrato che la riduzione della PAS da circa 170 a 140 mmHg in pazienti di età >80 anni riduce la mortalità, l'ictus e l'insufficienza cardiaca".

Il trattamento dell'ipertensione nei pazienti molto anziani deve essere limitato a quei soggetti che sono in buona forma fisica e con documentata ipertensione di grado II. Le linee guida ESH/ESC concludono che i risultati degli studi randomizzati e controllati lasciano pochi dubbi sul fatto che i pazienti anziani beneficiano di un trattamento antipertensivo in termini di riduzione della morbilità e della mortalità CV, indipendentemente dal fatto che abbiano ipertensione sistolica-diastolica o sistolica isolata.

► Iperuricemia

Numerosi studi epidemiologici hanno mostrato che esiste una forte associazione tra gli elevati livelli di acido urico e IA, condizione per la quale l'iperuricemia rappresenta un consolidato fattore di rischio. Il prof. **Claudio Borghi** (Policlinico

S.Orsola-Malpighi, Bologna) spiega che una recente revisione sistematica e una meta-analisi di 18 coorti prospettiche hanno rivelato che un aumento di 1 mg/dL dei livelli di acido urico equivale a un aumento del rischio di ipertensione arteriosa incidente del 13%. Questi effetti erano significativamente maggiori nelle donne e nella popolazione più giovane.

Pertanto, l'iperuricemia è da considerarsi come un fattore di rischio indipendente per l'ipertensione arteriosa, specialmente nelle prime decadi di vita. Anche l'iperuricemia asintomatica rientra nel novero dei fattori di rischio di forte impatto per l'ipertensione arteriosa resistente del soggetto anziano.

Esiste infine anche un'associazione tra iperuricemia e malattie CV, mortalità, sindrome metabolica, aterosclerosi subclinica, ictus, malattie renali e disfunzione endoteliale.

Le possibilità di intervento terapeutico prevedono diversi step. Il primo si identifica con i provvedimenti rivolti allo stile di vita, concentrati in particolare sulle modificazioni della dieta (privilegiando alimenti a basso contenuto di acido urico) che possono essere integrate con l'assunzione di nutraceutici. Il trattamento farmacologico può giovare di diverse classi terapeutiche, a partire dai farmaci ipouricemizzanti, per estendersi alla somministrazione di molecole nate con indicazioni differenti ma che nel corso delle sperimentazioni hanno evidenziato azioni anche sull'acido urico: losartan, valsartan e inibitori SGLT2.

► Angina microvascolare

L'angina microvascolare è una caratteristica del paziente iperteso e

colpisce essenzialmente le donne. Il prof. **Stefano Taddei** (Università di Pisa) chiarisce che i pazienti con questo tipo di problematica hanno la stessa prognosi di quelli che hanno angina macrovascolare e l'ipertensione arteriosa è uno dei fattori predisponenti, soprattutto in presenza di ipertrofia ventricolare sinistra. La terapia prevede farmaci in grado di ridurre le alterazioni strutturali, come per esempio ACE-inibitori.

► Ipertensione arteriosa in ambito oncologico

Il legame fra ipertensione arteriosa e tumori è estremamente importante eppure tuttora poco considerato. Il prof. **Claudio Ferri** (Presidente SIIA) chiarisce che si tratta di una problematica molto comune e in alcuni casi sembra avere un legame biunivoco: alcuni tipi di tumore sembrano essere più comuni nel paziente iperteso, e spesso il paziente oncologico è iperteso al momento della diagnosi di tumore; diverse persone diventano inoltre ipertese a causa della terapia.

Anche in ragione di ciò, il paziente con tumore ha spesso patologia cardiovascolare ed è quindi importante che il clinico misuri periodicamente la pressione arteriosa ed eventualmente corregga l'ipertensione, considerato anche che la terapia antipertensiva non interferisce con quella antitumorale.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti dal Congresso