

Il nuovo documento ESH/ESC sull'ipertensione arteriosa

L'edizione 2013 delle linee guida ESH/ESC sull'ipertensione arteriosa è il risultato di un anno e mezzo di lavoro di una task force di 24 membri provenienti da varie parti d'Europa. Pubblicate su Journal of Hypertension, European Heart Journal e Blood Pressure, e presentate al 23° congresso ESH, le attuali raccomandazioni presentano diverse novità sia in ambito diagnostico che terapeutico, e anche alcune importanti conferme

Elisabetta Torretta

A distanza di 6 anni dalla precedente edizione la pubblicazione di un nuovo documento è diventata necessaria in quanto, in questo lasso di tempo, sono stati condotti molti importanti studi e sono stati pubblicati numerosi nuovi dati relativi sia alla diagnosi sia al trattamento dell'ipertensione arteriosa che hanno fatto sì che le precedenti raccomandazioni dovesse essere "rifinite", modificate e ampliate (*J Hypertens* 2013; 31: 1281-357).

► Le novità introdotte

In relazione alle nuove evidenze su diversi aspetti terapeutici e diagnostici dell'ipertensione arteriosa, le nuove linee guida contengono parecchie novità rispetto alle precedenti. Sono, infatti, presenti dati epidemiologici sull'ipertensione e sul suo controllo e viene data particolare evidenza al valore prognostico del monitoraggio domiciliare (HBPM) e del suo ruolo in ambito diagnostico, dove affianca il monitoraggio ambulatoriale (ABPM).

Si è voluto aggiornare il significato prognostico dell'ipertensione notturna, dell'ipertensione da camice bianco e dell'ipertensione mascherata. Una particolare enfasi è stata dedicata alla necessità di integrare i valori pressori, i fattori di rischio cardiovascolari, il danno d'organo asintomatico e le com-

plicazioni cliniche in modo da giungere ad una valutazione complessiva del rischio cardiovascolare totale. La revisione ha incluso anche il significato prognostico del danno d'organo asintomatico relativo a numerosi distretti: cuore, vasi, rene, occhio, SNC. Sono stati riconsiderati due parametri di rischio, il soprappeso e il target di indice di massa corporea, come anche l'ipertensione della popolazione giovane.

Altri nuovi aspetti includono la sfera terapeutica. Il primo relativo all'inizio del trattamento, dove è stata data grande enfasi alla non necessità di una terapia farmacologica nei pazienti con valori di pressione normali-alti. L'altro punto importante riguarda invece i nuovi valori target, che sono stati unificati nei pazienti sia ad alto sia a basso rischio e che, salvo poche eccezioni, vengono stabiliti in PAS <140 mmHg.

L'edizione 2013 delle linee guida è molto più specifica rispetto alla precedente per quanto riguarda il trattamento degli anziani - compresa la fascia di età degli ottuagenari - e sottolinea come il trattamento, in tutti i pazienti, debba essere guidato dalla presenza di un eventuale danno d'organo.

► Valutazione diagnostica

Un compito importante viene svolto dalle rilevazioni pressorie

effettuate al di fuori dello studio medico: il loro maggior vantaggio è che forniscono un gran numero di rilevazioni effettuate nell'ambiente del paziente e rappresentano una valutazione più affidabile dei valori pressori. Secondo diversi studi il monitoraggio ambulatorio della pressione ha un importante valore prognostico in quanto è correlato all'ipertrofia ventricolare sinistra, all'aumento dello spessore intima-media e ad altri *marker* di danno d'organo. Inoltre, rispetto alla misurazione *office*, rappresenta un predittore di rischio di eventi cardiovascolari più sensibile (morbilità coronarica, eventi fatali, ictus).

L'automonitoraggio domiciliare dovrebbe essere effettuato per almeno 7 giorni consecutivi, sia al mattino che alla sera; se associato al telemonitoraggio e all'uso di applicazioni su smartphone diventa ancora più utile, in quanto l'interpretazione dei risultati avviene sotto la guida di un medico. Il significato prognostico è strettamente legato al danno d'organo (prevalentemente ipertrofia ventricolare sinistra) e alla predittività di morbilità e mortalità cardiovascolare. Tra le indicazioni di queste due modalità di valutazione vi sono il sospetto di ipertensione da camice bianco o di ipertensione mascherata, in caso di variabilità consistente dei parametri registrati tra una visita e l'altra, presenza di ipotensione autonoma, posturale, post-prandiale, ecc.

► Ricerca del danno d'organo

Considerando l'importanza del danno d'organo asintomatico come stadio intermedio nel *conti-*

nuum della malattia cardiovascolare e come determinante del rischio cardiovascolare globale, la presenza di segni e sintomi deve essere accuratamente vagliata con le tecniche più appropriate (EGC, Doppler, frazione di filtrazione renale, microalbuminuria, spessore intima-media, *stiffness* arteriosa, indice caviglia-braccio, fonduoscopia). L'osservazione che ognuno di 4 marker di danno d'organo (microalbuminuria, aumento della *pulse wave velocity*, ipertrofia ventricolare sinistra e placche carotidee) è in grado di predire la mortalità cardiovascolare, indipendentemente dalla stratificazione SCORE, è un importante argomento in favore dell'uso di questo strumento di valutazione nella pratica clinica quotidiana.

► Quando iniziare il trattamento?

Un tempestivo inizio della terapia è raccomandato nei pazienti con ipertensione di grado 2 e 3 con ogni livello di rischio CV, contestualmente o poche settimane dopo l'introduzione delle modificazioni dello stile di vita. Lo stesso dicasi quando il paziente ha un livello di rischio elevato, è diabetico, presenta malattia renale o cardiovascolare, anche nel caso fosse un'ipertensione di grado 1. Il trattamento va considerato nei pazienti ipertesi di grado 1 a rischio moderato o basso quando i valori non si modificano in seguito a un ragionevole periodo di tempo in cui siano stati adottati stili di vita corretti.

Il paziente iperteso anziano va trattato quando abbia valori di PAS ≥ 160 mmHg, mentre la te-

rapia può essere considerata in caso di valori compresi tra 140-159 mmHg, purchè si sia certi che il soggetto tolleri bene i farmaci.

È invece previsto un atteggiamento più conservatore riguardo ai pazienti ipertesi di grado 1, in quanto non sono disponibili evidenze che suggeriscano di trattarli sin dall'inizio; lo stesso vale per i soggetti giovani nei quali sia stato rilevato un innalzamento isolato della PAS, che però devono essere monitorati nel tempo per verificarne l'aderenza ai cambiamenti di stili di vita.

► Unificazione dei valori target

Con piccole eccezioni, riservate al paziente diabetico nel quale è stato fissato un obiettivo di PAD legaremente più basso o nel paziente anziano per il quale i target per la PAS sono leggermente più elevati, la nuova edizione delle linee guida ha sostanzialmente abbandonato il concetto di obiettivo flessibile in funzione delle caratteristiche del paziente (dove a un profilo di rischio più elevato corrispondeva un trattamento più aggressivo) in favore di una unificazione dei target, stabiliti in 140/90 mmHg (*tabella 1*).

► Terapia farmacologica

Si riconferma il concetto che i principali benefici del trattamento antipertensivo sono derivati dalla riduzione dei valori pressori di per sé e spesso indipendenti dal tipo di farmaco impiegato.

Le principali classi che questa

nuova edizione riconferma nella loro validità sono i diuretici (inclusi tiazidici, clortalidone, indapamide), i betabloccanti, i calcioantagonisti, gli ACE-inibitori e gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II che possono essere impiegati in monoterapia o in associazione (tabella 2).

È però fondamentale che la scelta sia effettuata considerando le specifiche caratteristiche del singolo paziente piuttosto che indirizzarsi a un "paziente teorico medio": in altre parole devono essere le singole

Tabella 1

Linee guida ESH/ESC 2013: valori pressori desiderabili

PAS <140 mmHg

- raccomandata in pazienti con rischio CV basso-moderato
- raccomandata in pazienti con diabete
- da considerare in pazienti con precedente ictus o TIA
- da considerare in pazienti con coronaropatia
- da considerare in pazienti con diabete o con nefropatia non diabetica

Negli anziani ipertesi <80 anni con PAS \geq 160 mmHg si raccomanda di ridurre la PAS tra 150-140 mmHg

Negli anziani ipertesi <80 anni si può considerare di portare la PAS <140 mmHg se il trattamento è tollerato

Negli anziani \geq 80 anni con una PAS iniziale \geq 160 mmHg si raccomanda di ridurre i valori tra 150 e 140 mmHg

PAD <90 mmHg

è sempre raccomandata, tranne nei soggetti diabetici dove si raccomandano valori <85 mmHg

Tabella 2

Antipertensivi da preferire in relazione a specifiche condizioni cliniche

Condizione clinica	Farmaco
Danno d'organo asintomatico	
Ipertrofia ventricolare sinistra	ACE-inibitore, calcioantagonista, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Aterosclerosi asintomatica	Calcioantagonista, ACE-inibitore
Microalbuminuria	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Disfunzione renale	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Evento clinico	
Pregresso ictus	Qualunque farmaco antipertensivo efficace
Pregresso infarto miocardico	Betabloccante, ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Angina pectoris	Betabloccante, calcioantagonista
Scompenso cardiaco	Diuretico, betabloccante, ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II, antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi
Aneurisma aortico	Betabloccante
Fibrillazione atriale (prevenzione)	Considerare antagonista del recettore per l'angiotensina II, ACE-inibitore, antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi
Fibrillazione atriale, (controllo frequenza ventricolare)	Betabloccante, calcioantagonista non diidropiridinico
Malattia renale stadio terminale/proteinuria	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Arteriopatia periferica	ACE-inibitore, calcioantagonista
Altro	
Iperensione sistolica isolata (anziano)	Diuretico, calcioantagonista
Sindrome metabolica	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II, calcioantagonista
Diabete mellito	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Gravidanza	Metildopa, betabloccante, calcioantagonista
Etnia (razza nera)	Diuretico, calcioantagonista

situazioni a guidare la scelta del farmaco più opportuno e ciò che per un determinato paziente può a buona ragione considerarsi di prima scelta (per esempio un betabloccante in pazienti con storia di cardiopatia ischemica) non lo è in un altro paziente (per esempio un iperteso con diabete).

www.qr-link.it/video/1013



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento