Preipertensione: prevenzione del rischio del rischio ?

Data 12 agosto 2012
Categoria cardiovascolare

In presenza di valori pressori compresi tra 120-139 mmHg di PAS o 80-89 mmHg di PAD, si deve evitare di etichettare i pazienti come preipertesi.

Nel 2003 il JNC (Joint National Committee) ha identificato una nuova entità nosografica: la preipertensione . I soggetti in precedenza inclusi nella categoria di pressione normale-alta (PAS 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg) sono definibili preipertesi in quanto hanno un 90% di probabilità di diventare ipertesi e la preipertensione è correlata ad aumento di morbilità e mortalità . Negli Stati Uniti la preipertensione interesserebbe circa 70 milioni di persone e sarebbe responsabile ogni anno del 9,1% dei decessi, del 6,5% delle cure domiciliari e del 3,4% delle ospedalizzazioni nei soggetti di età compresa tra 25 e 74 anni .

Qualeprevenzione?

La scelta è essenzialmente tra la prospettiva di popolazione oppure l'intervento su gruppi ad alto rischio (tabella 1), ossia sui soggetti con i valori pressori più elevati.

La medicina ha privilegiato la seconda opzione, più efficiente, ma a prezzo di una scarsa efficacia a livello di popolazione, in quanto non prende in considerazione i pazienti a basso rischio in cui si verificano la maggior parte (in termini assoluti) degli eventi. Inoltre la strategia dell'alto rischio interviene dopo lo sviluppo dell'ipertensione senza effetti sulla prevenzione primaria.

Negli ultimi anni si è tentato una sorta di fusione delle due strategie abbassando le soglie di diagnosi e di intervento. La relazione lineare, o più spesso esponenziale, tra fattori di rischio e probabilità di malattia, consente infatti di trovare sempre una soglia oltre la quale le persone hanno un rischio aumentato di eventi. Dai valori più alti ai più bassi si riduce il rischio, ma aumenta il numero di soggetti interessati. Il risultato è che i benefici si riducono e molte persone sono esposte agli svantaggi della cura senza averne apprezzabili vantaggi.
La decisione di ridurre una soglia di intervento dovrebbe pertanto basarsi sulla valutazione complessiva di criteri ben definiti (vedi sotto), ovvero sul riconoscimento dell'incertezza di una valutazione completa dei rischi e benefici dell'intervento.

Criteri per stabilire la necessità di ridurre la soglia di intervento per una determinata condizione (da Satolli R, 2006)

 anni di vita salvati da un intervento a soglia inferiore

 morbilità evitata da un intervento precoce

 effetti psicologici, sociali e di altra natura provocati da una precoce etichetta di malattia

 morbilità indotta dai trattamenti anticipati

 anni di vita perduti per effetti iatrogeni

Nell'attuale orientamento della cultura medica dominante, il confine tra normale e patologico appare fluttuante, spesso condizionato da interessi economici. La disponibilità di interventi amplifica gli interventi medici, allo scopo di ottenere risultati teoricamente favorevoli a livello di popolazione, ma a prezzo di un aumento insostenibile degli interventi e di un' inquietante medicalizzazione della normalità.

Il concetto di preipertensione sembra rappresentativo di tali tendenze e, nonostante le stesse linee guida statunitensi consiglino, in assenza di malattie renali o diabete, solo modifiche comportamentali, molti esperti hanno subito ipotizzato il successivo passaggio dalle raccomandazioni sullo stile di vita al consiglio di assumere farmaci. E' nota infatti la scarsa efficacia degli interventi non farmacologici, soprattutto nel lungo periodo, nel prevenire l'ipertensione, anche in considerazione della difficile sostenibilità nel tempo dei cambiamenti sugli stili di vita.

Il primo studio di intervento sulla prevenzione farmacologica dell'ipertensione (TROPHY, Trial of Preventing Hypertension) si è posto come obiettivo di determinare se, in pazienti con preipertensione, due anni di trattamento con candesartan riducessero l'incidenza di ipertensione nei due anni successivi all'interruzione del trattamento attivo. Il razionale dello studio è costituito dall'associazione tra preipertensione ed eventi cardiovascolari (vedi figura), dalla presenza nei preipertesi di alterazioni fisiopatologiche tipiche dell'ipertensione, quali ipertrofia arteriolare e la disfunzione

endoteliale.

Due gruppi di circa 400 “preipertesi” sono stati pertanto randomizzati a ricevere candesartan (alla dose di 16 mg/die) o placebo per due anni (prima fase), solo placebo per entrambi i gruppi nei due anni successivi (seconda fase). Tutti i partecipanti, in gran parte in sovrappeso e con alta incidenza di dislipidemie, sono stati istruiti a modificare il proprio stile di vita per ridurre la PA. Nel caso di diagnosi d’ipertensione, ai pazienti veniva offerto un trattamento gratuito con metoprololo o idroclorotiazide. La prescrizione di sartani era proibita.

Durante i primi due anni l’ipertensione si è sviluppata in 154 pazienti del gruppo placebo e 53 del gruppo trattamento (riduzione del rischio relativo 66,3%). Alla fine dello studio l’ipertensione di stadio 1 si è manifestata in 240 partecipanti del gruppo placebo e 208 del gruppo trattamento (riduzione del rischio relativo 15,6%, riduzione assoluta 9,8%) (tabella 2).

Secondo gli autori dello studio la somministrazione di un antagonista dell’angiotensina II per 2 anni ritarda l’insorgenza di ipertensione. In realtà, il calo pressorio dovuto al farmaco, più che prevenire, semplicemente può aver impedito il raggiungimento dell’end point ipertensione nella prima fase mentre, nella seconda, può averne influenzato il tempo di raggiungimento. I soggetti trattati hanno manifestato valori pressori più bassi e minore necessità di terapia ipotensiva nei primi due anni, ma successivamente la percentuale di soggetti che hanno iniziato un farmaco per ridurre la PA è stata quasi identica (40,4% nel gruppo placebo e 39,6% nel gruppo trattamento) . Inoltre, il tempo mediano di sviluppo della ipertensione nel corso dell’intero trial è stato di 2,2 anni nel gruppo placebo e 3,3 anni nel gruppo trattamento. In pratica il trattamento ha ritardato l’ipertensione di un anno.
I risultati dello studio ovviamente non consentono di raccomandare il trattamento farmacologico dei pazienti preipertesi. A causa dell’alto tasso di transizione dalla preipertensione all’ipertensione, appare opportuno un follow-up più frequente. Nei 4 anni dello studio l’ipertensione si è infatti sviluppata in circa due terzi dei soggetti “preipertesi” non trattati e complessivamente nel 50% dei preipertesi, percentuali sicuramente alte, tenendo conto del breve periodo di osservazione.

Conclusioni

In presenza di valori pressori compresi tra 120-139 mmHg di PAS o 80-89 mmHg di PAD, si deve evitare di etichettare i pazienti come preipertesi. Se si associano altri fattori di rischio, danno d’organo o condizioni cliniche sottostanti, i livelli pressori devono essere utilizzati per una più accurata stratificazione del rischio complessivo. Nella maggioranza dei casi, sono invece sufficienti le abituali raccomandazioni comportamentali, pur con tutti i limiti di adesione.

GiampaoloCollecchia

Referenze

1) Chobanian AV et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289: 2560-71

2) Greenlund KJ et al. Prevalence of heart disease and stroke risk factors in persons with prehypertension in the United States, 1999-2000. Arch Intern Med 2004; 164: 2113-18

3) Russell LB et al. Effects of prehypertension on admissions and death. A simulation. Arch Intern Med 2004; 164: 2119-24

4) Collecchia G, Tombesi M. Il rischio cardiovascolare. In: Tombesi M. Prevenzione nella pratica clinica. UTET, Torino, 2006

5) Satolli R. Prevenzione e industria della salute. In: Tombesi M. Prevenzione nella pratica clinica. UTET, Torino, 2006

6) Julius S et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. N Engl J Med 2006; 354: 1685-97

7) Schunkert H. Pharmacotherapy for prehypertension-mission accomplished ?. N Engl J Med 2006; 354: 1742-44

Sull'argomento vedasi anche il contributo di Clementino Stefanetti :
[url]http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=5486[/url]