Linee guida sull'ipertensione: è il turno degli USA

Data 29 dicembre 2013
Categoria cardiovascolare

Sono state pubblicate le nuove linee guida USA sull'ipertensione arteriosa che mostrano molti punti in comune con quelle europee ma anche alcune differenze.

A poche settimane dalla pubblicazione delle linee guida europee sull'ipertensione è la volta degli USA. Vengono infatti pubblicate quasi contemporaneamente le linee guida del Joint National Committe 8 e quelle dell'American Hypertension Society/International Hypertension Society .

Le **linee guida JNC 8** forniscono nove raccomandazioni che sono brevemente riassunte nel box sottostante.

[b]1) Target pressorio[/b]

Nei soggetti non diabetici e non nefropatici:
Se età >/= 60 anni:
- iniziare il trattamento per valori di PAS >/= 150 mmH e di PAD >/= 90 mmHg
- il target pressorio da raggiungere deve essere inferiore a 150/90 mmHg, tuttavia si può arrivare anche a valori inferiori a 140 mmHg se il trattamento è ben tollerato
Se età < 60 anni:
- iniziare il trattameto per valori di PAS >/= 140 mmHg e di PAD >/= 90 mmHg
- il target pressorio da raggiungere deve essere inferiore a 140/90 mmHg

Nei diabetici e nei nefropatici cronici (>/= 18 anni):
- iniziare il trattamento per valori di PAS >/= 140 mmHg e di PAD >/= 90 mmHg
- il target pressorio da raggiungere deve essere inferiore a 140/90 mmHg

[b]2) Terapia[/b]

Il trattamento iniziale nei soggetti non di razza nera può essere effettuato con un tiazidico, un calcioantagonista, un aceinibitore, un antagonista del recettore dell'angiotensina; nei soggetti di razza nera, inclusi i diabetici, i farmaci iniziali da preferire sono un tiazidico oppure un calcioantagonista; nei nefropatici (indipendentemente dalla razza e dalla coesistenza di diabete) deve essere presente un aceinibitore o un antagonista del recettore dell'angiotensina.
Se entro un mese dall'inizio non si raggiunge il target desiderato si può aumentare la dose del farmaco prescritto oppure aggiungere un secondo farmaco di una classe diversa ed eventualmente un terzo e un quarto farmaco se necessari. Se questa strategia non è sufficiente è consigliabile inviare il paziente ad una consulenza specialistica.

Come si vede rispetto al JNC 7 vi sono differenze sostanziali sia per quanto riguarda il target pressorio consigliato nei diabetici e nei nefropatici, sia per quanto riguarda il trattamento iniziale. Nel JNC 7 si consigliava per i diabetici e i nefropatici cronici un target pressorio più basso e come farmaco iniziale di scelta il tiazidico.
Il JNC 8 fornisce quindi, sia per i target pressori che per il trattamento iniziale, raccomandazioni abbastanza simili a quelle delle ultime linee guida europee, già recensite da questa testata .

Le **linee guida dell'ASH/ISH** concordano con la raccomandazione del JNC 8 di un target pressorio inferiore a 140/90 mmHg, compresi i diabetici e i nefropatici cronici. Tuttavia differiscono per alcuni aspetti perchè consigliano un target inferiore a 150/90 nei soggetti>/= 80 anni non diabetici e non nefropatici.
Differenze si notano anche per quanto riguarda il trattamento iniziale:
- per i pazienti non di razza nera si consiglia di iniziare con un aceinibitore o un antagonista dell'angiotensina se < 60 anni e con un tiazidico o un calcioantagonista se > 60 anni (in questo ricalcando in qualche maniera le linee guida NICE).
Nei pazienti di razza nera sono consigliati un tiazidico oppure un calcioanatagonista.
Un' ulteriore differenza rispetto alle linee guida JNC 8 è questa: nei pazienti con pressione iniziale >/= 160/100 mmHg è

preferibile prescrive subito due farmaci.
Anche le linee guida ASH/ISH consigliano che nei diabetici e nei nefropatici sia presente un aceinibitore oppure un antagonistadell'angiotensina.

Chedire?

In realtà se si confrontano queste due linee guida USA e quelle europee si può notare che i punti in comune sono molti:
- sia per quanto riguarda il target pressorio che ora è meno stringente di quello consigliato in passato per pazienti ipertesi ad alto rischio come i diabetici e i nefropatici
- sia per quanto riguarda la strategia terapeutica, perlomeno in molti punti
Vi sono in effetti alcune differenze per quanto riguarda il target da raggiungere nei soggetti anziani (>/= 60 anni?, >/= 80 anni?) e la scelta dei farmaci iniziali nei vari gruppi d'età, ma riteniamo che si tratti di differenze tutto sommato marginali che poco influenzeranno la pratica clinica quotidiana.

RenatoRossi

Bibliografia

1.James PA et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee . JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427.

2.Weber MA et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community. A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Clin Hypertens 2013; DOI:10.1111/jch.12237.

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5953

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2683