Alta prevalenza di ipertensione non controllata mascherata negli ipertesi trattati

Data 15 febbraio 2015
Categoria cardiovascolare

Un recente studio ha evidenziato che circa un terzo dei pazienti con pressione arteriosa (PA) ben controllata nella pratica clinica presentano ipertensione non controllata mascherata.

Un gruppo di ricercatori ha analizzato retrospettivamente i dati del Registro spagnolo ABPM (Ambulatory Blood Pressure Monitoring) per definire la prevalenza e le caratteristiche della "ipertensione non controllata mascherata", definita come PA elevata secondo i criteri del monitoraggio delle 24 ore (PA sistolica > 130 mmHg e/o PA diastolica > 80 mmHg) in pazienti con PA controllata secondo le attuali linee guida internazionali (PA clinica < 140/90 mmHg).
Tra i 62.788 pazienti del registro, sono stati identificati 14840 soggetti con PA controllata. Di questi, 4608 (31,1%) avevano una ipertensione non controllata mascherata. La prevalenza di tale condizione era maggiore negli uomini, tra i pazienti con valori clinici borderline (130-9/80-9 mmHg) e nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare (fumatori, diabetici, ipertesi).
L'ipertensione non controllata mascherata era nella maggior parte dei casi legata allo scarso controllo notturno, con una percentuale di pazienti non controllati attribuibile esclusivamente ad elevati valori di PA notturni circa doppia rispetto ai pazienti con PA elevata nelle ore diurne (24,3 vs 12,9%, P < 0,001).
Gli autori concludono che la prevalenza di controllo subottimale della PA nei pazienti ipertesi trattati e ben controllati è elevata. Il solo monitoraggio clinico non è adeguato per ottimizzare il controllo pressorio a causa dell'elevata incidenza di valori notturni elevati. Soprattutto nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare e/o in quelli con valori borderline dovrebbe essere effettuato di routine l'ABPM.

Bibliografia

Banegas JR et al. High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension. European Heart Journal 2014; 3304-12

Commento di Giampaolo Collecchia

L'osservazione di O'Brien del 1996 ("La misurazione della PA effettuata nella pratica clinica odierna è una procedura del tutto inattendibile") è stata confermata. Ormai è chiaro che per ottenere informazioni sul reale profilo pressorio di un paziente, in fase diagnostica o in trattamento, è necessaria l'integrazione tra la PA clinica e la cosiddetta PA extra-clinica ("out-of-office"), che comprende la PA ambulatoria (MAPA o ABPM) e domiciliare. Tali metodiche hanno consentito di individuare tipologie di ipertensione come la mascherata, caratterizzata da PA clinica normale ma con valori extra-clinici elevati, condizione molto frequente (10-17% della popolazione generale) ma sottodiagnosticata e sottotrattata, associata ad elevato rischio cardiovascolare.
Nello studio spagnolo è stata evidenziata l'elevata prevalenza dell'ipertensione mascherata anche nei pazienti trattati, apparentemente ben controllati, utilizzando la PA ambulatoria media delle 24 ore. Lo scarso controllo è risultato attribuibile principalmente alla elevata PA notturna. Questa ovviamente non è evidenziata dalla misurazione clinica e nemmeno da quella domiciliare, peraltro, come riconosciuto dagli stessi autori, occorrono altri studi per valutare l'impatto clinico e il reale bilancio danno-beneficio della strategia proposta. I pazienti coinvolti sarebbero infatti molti, e inoltre, nella pratica quotidiana, non è agevole effettuare, direttamente o indirettamente, il monitoraggio della PA ambulatoriale.
Un approccio realistico per ottimizzare i valori pressori può essere quello di non basarsi solo sulla PA clinica ma anche su quella domiciliare e richiedere il MAPA solo nei pazienti con PA automonitorata diurna stabilizzata ma a rischio di ipertensione notturna, ad esempio per neuropatia diabetica, OSAS, malattia renale cronica, ipotensione ortostatica, obesità, anziani, disturbi del sonno.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 21/11/2026 alle ore 3:42 | Pagina 1 di 1