Ipertensione: linee guida 2017 - Parte seconda

Data 03 dicembre 2017
Categoria cardiovascolare

Alcune considerazioni sulle ultime linee guida dell'AHA/ACC.

Nella prima parte dedicata alle nuove linee guida statunitensi sull'ipertensione abbiamo visto che il target del trattamento antipertensivo è stato ridotto a valori inferiori a 130/80 mmHg .

Ricordiamo che le linee guida del JNC 8, pubblicate nel 2013 , prevedevano quanto riassunto nella tabella 1.

[b]TABELLA 1[/b]

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

Sostanzialmente dello stesso tenore le linee guida europee, sempre del 2013 , prevedevano quanto riassunto nella tabella2.

[b]TABELLA 2[/b]

Target di pressione sistolica inferiore a 140 mmHg, compresi i pazienti diabetici, quelli con pregresso ictus e quelli nefropatici.
Per quanto riguarda la pressione diastolica si raccomandano valori inferiori a 90 mmHg. Solo per i diabetici si consigliano valori inferiori a 85 mmHg.
Negli anziani con PAS >/= 160 mmHg si consiglia un target compreso tra 140 e 150 mmHg purchè si tratti di pazienti non fragili e in buona salute (se il paziente sta bene e ha meno di 80 anni è ragionevole anche arrivare a valori inferiori a 140 mmHg). Negli anziani fragili è importante personalizzare la terapia basandosi soprattutto sulla tolleranza del paziente.

Recentemente (gennaio 2017) sono state pubblicate anche le linee guida dell'American College of Physicians (ACP)/American Academy of Family Physicians (AAFP) che si sono interessate degli ipertesi con età >/= 60 anni (la tabella 3 riassume le principali raccomandazioni).

[b]TABELLA 3[/b]

Il trattamento va iniziato, negli anziani con età >/= 60 anni, per valori di pressione arteriosa sistolica >/= 150 mmHg.
Il target del trattamento dovrebbe essere inferiore a 150 mmHg (raccomandazione forte).
Nei pazienti con pregresso ictus o TIA il target potrebbe essere inferiore a 140 mmHg (raccomandazione debole).

Nei pazienti con rischio cardiovascolare elevato (malattia cardiovascolare pregressa, molti diabetici, pazienti con nefropatia cronica, pazienti con sindrome metabolica, pazienti con rischio cardiovascolare a 10 anni >/= 15%, pazienti di età >/= 75 anni) il target potrebbe essere inferiore a 140 mmHg (raccomandazione debole).

Perchè le ultime linee guida dell'AHA/ACC hanno ridotto il target del trattamento a valori inferiori a 130/80?
Sostanzialmente, come abbiamo già detto nella prima parte, perchè hanno recepito in pieno i risultati dello studio SPRINT che, tuttavia, come abbiamo rimarcato in quell'occasione, presenta una criticità nella modalità in cui la pressione veniva misurata .

Ma, si potrebbe obiettare, in ultima analisi il punto più controverso è quello che riguarda il trattamento dei soggetti in stadio 1 secondo le nuove linee guida. Tuttavia per questi soggetti è previsto solo un trattamento non farmacologico, a meno che non vi sia

1) una patologia cardiovascolare nota
2) il paziente non abbia un rischio cardiovascolare a 10 anni (valutato con il software messo a punto dall'AHA/ACC) >/= 10%.

In realtà è opportuno ricordare, per il primo punto, una revisione Cochrane secondo cui il raggiungimento di un target pressorio inferiore a 140/90 mmHg non sembra portare a benefici clinici sostanziali proprio nei soggetti con pregresso eventocardiovascolare.

Per quanto riguarda il secondo punto (soggetti con rischio cardiovascolare a 10 anni >/= 10%) va sottolienato che il software consigliato tende a sovrastimare il rischio .

A complicare ulteriormente la questione arriva una revisione sistematica con metanalisi di 75 trials per oltre 306.000 pazienti . Secondo questa revisione la riduzione della pressione riduce il rischio di morte ed eventi cardiovascolari maggiori, sia in prevenzione primaria che secondaria, quando i valori basali della pressione sistolica sono >/= 140 mmHg. Per valori basali inferiori a 140 mmHg il trattamento non è associato a benefici clinici in prevenzione primaria ma solo in soggetti con pregressi eventi cardiovascolari. Tuttavia anche in questi pazienti si ottiene una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori del 10% ma non un aumento della sopravvivenza.

Insomma è probabile che queste nuove linee guida saranno ampiamente discusse e che la parola fine debba ancora esserescritta.

Un'ultima annotazione: le linee guida dedicano molto spazio alle modalità di misurazione della pressione arteriosa (oltre che alla diagnosi di ipertensione da camice bianco).

In particolare il paziente dovrebbe essere messo a sedere per più di 5 minuti, aver evitato fumo, esercizio fisico e caffeina almeno da 30 minuti, aver vuotato la vescica. Inoltre si
deve usare uno strumento calibrato periodicamente, il braccio del paziente dovrebbe essere appoggiato ad un tavolo ed essere all'altezza dell'atrio destro, la cuffia dello sfigmomanometro deve essere adatta alla circonferenza del braccio. Infine si dovrebbero eseguire almeno due misurazioni a distanza di 1-2 minuti. Per determinare i valori della pressione si dovrebbero usare almeno due misurazioni eseguite in almeno due occasioni diverse.

Ma quante delle misurazioni effettuate durante una normale visita medica rispondono, nella realtà, a queste regole?

Oltre che delle misurazioni effettuate in ambulatorio il medico, sia per la diagnosi che per la determinazione dell'efficacia della terapia, dovrebbe basarsi sull'automisurazione domicilare della pressione (il paziente deve essere ben istruito sulla tecnica, si deve usare uno strumento validato e controllato, si devono fare più misurazioni e queste devono essere scrupolosamente registrate) e sull'Holter pressorio (ABPM = ambulatory blood pressure monitoring).
In una tabella vengono confrontati i valori corrispondenti della pressione registrata dal medico con quelli dell'automisurazione e dell'ABPM. Per esempio valori di 140/90 mmHg registrati dal medico corrispondono generalmente a valori di 135/85 automisurati e 130/80 dell'ABPM 24 ore. Così valori di 160/100 corrispondono generalmente a valori di 145/90 sia dell'automisurazione domiciliare sia dell'ABPM 24 ore.

Queste precisazioni, al di là di quale target pressorio si decida di prendere come valido, sono quanto mai opportune perchè una misurazione non corretta della pressione e/o una valutazione basata solo su poche determinazioni effettuate nello studio del medico possono comportare errori sia di diagnosi che di trattamenti non necessari.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Whelton PK et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 2017; pubblicato online il 13 novembre 2017.

2. Whelton PK et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017; pubblicato online il 13 novembre 2017.

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5987

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

5. Qaseem A et al. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: A clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. Pubblicato online il 17 gennaio 2017.

6. Weiss J et al. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older: A systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. Pubblicato online il 17 gennaio 2017.

7. Pignone M et al..Blood pressure treatment targets in adults aged 60 years or older. Ann Intern Med. Pubblicato online il 17 gennaio 2017.

8. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6436

9. Saiz LC et al. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 11;10:CD010315.
http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6850

10. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5952

11. Brunstrom M et al. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis.
Jama Intern Med. Pubblicato online 13 novembre 2017.