

Sezione IV

Percorso terapeutico dei pazienti ipertesi. Le indicazioni delle linee guida

Sergio Pede, Paolo Verdecchia*

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale "N. Melli", San Pietro Vernotico, AUSL BR/1, Brindisi,
*Dipartimento di Discipline Cardiovascolari, Ospedale "R. Silvestrini", Perugia

(Ital Heart J 2000; 1 (Suppl 5): 61-62)

Per la corrispondenza:

Dr. Sergio Pede

Unità Operativa
di Cardiologia
Ospedale "N. Melli"
Via Lecce, 246
72027 San Pietro
Vernotico (BR)
E-mail:
spede@mail.clio.it

Come sottolineato nella Sezione I, le linee guida di maggior riferimento internazionale, WHO-ISH¹ e JNC VI², concordano pienamente sul principio di considerare l'ipertensione arteriosa nel contesto del rischio cardiovascolare globale del singolo soggetto iperteso. Da tale principio deriva la necessità di trattare il singolo paziente non solo sulla base dei livelli di pressione arteriosa (PA) ma anche della presenza o meno di altri fattori di rischio cardiovascolare, di danno d'organo, di malattie cardiovascolari in atto e di altre malattie concomitanti, quali il diabete mellito. La nota relazione tra valori di PA ed eventi cardiovascolari giustifica, nella pratica clinica, la decisione di sottoporre o meno a trattamento farmacologico i pazienti sulla base di una definita soglia pressoria; tuttavia per ogni livello di PA il trattamento di soggetti ad elevato rischio previene un maggior numero di eventi rispetto allo stesso trattamento rivolto a soggetti a basso rischio; per prevenire un episodio di ictus cerebrale è sufficiente trattare 40 ipertesi, se questi sono ad alto rischio globale, mentre, se gli ipertesi sono a basso rischio, è necessario trattarne molte centinaia per 1 anno³.

Obiettivi della terapia

Da questa concordanza di impostazione deriva una perfetta corrispondenza per gli obiettivi della terapia fissati dalle due linee guida: riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolari attraverso sia la riduzione dei valori di PA sia il controllo degli eventuali altri fattori di rischio con una strategia tanto più aggressiva quanto

più elevato è il grado di rischio nel singolo paziente.

Una diversificazione esiste, tra i due documenti, sui valori pressori da raggiungere con il trattamento:

- JNC VI: PA < 140/90 mmHg;
- WHO-ISH: PA < 140/90 mmHg nei soggetti anziani; PA < 130/85 mmHg nei giovani, nei soggetti di mezza età o nei diabetici.

Indicazioni al trattamento farmacologico

WHO-ISH e JNC VI concordano nel ritenere che varie misure non farmacologiche debbano essere raccomandate in tutti i pazienti ipertesi, con ovvi criteri di individualizzazione (ad esempio calo ponderale nei soggetti sovrappeso o obesi, interruzione del fumo nei fumatori, ecc.).

Tuttavia, alcune divergenze emergono tra le due linee guida per quanto riguarda l'inizio della terapia farmacologica.

WHO-ISH (Fig. 1) raccomanda l'inizio immediato del trattamento farmacologico antipertensivo nei soggetti ad alto o altissimo rischio cardiovascolare, definiti sulla base della combinazione tra valori di PA e fattori di rischio associati e/o danno d'organo e/o malattia cardiovascolare in atto. Nei soggetti a medio rischio, il trattamento dovrebbe iniziare solo dopo 3-6 mesi di misure non farmacologiche, nel caso che con queste non si riesca ad abbassare la PA al di sotto di 140/90 mmHg. Nei soggetti a basso rischio, il trattamento dovrebbe iniziare solo dopo 6-12 mesi di misure non farmacologiche, nel caso che con queste non si riesca ad abbassare la PA al di sotto di 150/95 mmHg.

RISCHIO BASSO	- Uomini < 55 anni - Donne < 65 anni - IA di grado 1	Farmaci dopo 6-12 mesi se PAS >= 160 o PAD >= 95
RISCHIO MEDIO	- IA di grado 1 con 1-2 FR - IA di grado 2 senza altri FR - IA di grado 2 con 1-2 FR	Farmaci dopo 3-6 mesi se PAS >= 140 o PAD >= 95
RISCHIO ALTO	- IA di grado 1 con 3 o più FR o DM o DO - IA di grado 2 con 3 o più FR o DM o DO - IA di grado 3 senza altri FR	Farmaci
RISCHIO MOLTO ALTO	- IA di grado 1,2,3 con MC - IA di grado 3 con 1-2-3 o più FR o DM o DO	Farmaci

Figura 1. Indicazioni alla terapia secondo WHO-ISH. DM = diabete mellito; DO = danno d'organo; FR = fattori di rischio; IA = ipertensione arteriosa; MC = malattie cardiovascolari; PAD = pressione arteriosa diastolica; PAS = pressione arteriosa sistolica.

Per JNC VI (Fig. 2), nei pazienti con diabete, scompenso cardiaco o insufficienza renale il trattamento è indicato anche nei pazienti con pressione normale-alta. Infatti, indagini prospettiche hanno dimostrato il significato prognostico favorevole del mantenimento dei livelli pressori al di sotto di 140/90 mmHg.

Nei casi di ipertensione lieve, con PA sistolica < 160 mmHg e PA diastolica < 95 mmHg ed assenza di fattori di rischio, danno d'organo o malattie cardiovascolari pregresse o in atto, JNC VI raccomanda il trattamento farmacologico dopo una fase di attesa (con tentativi non farmacologici) di durata fino a 12 mesi.

Scelta della terapia farmacologica iniziale

Alcune differenze tra le linee guida WHO-ISH e JNC VI riguardano la scelta della terapia farmacologica iniziale.

JNC VI ritiene che diuretici e betabloccanti siano le classi farmacologiche con le quali iniziare il trattamento nei pazienti che non mostrano indicazioni obbligate o specifiche a particolari classi di farmaci. In questo contesto, è interessante sottolineare la distinzione tra

indicazioni obbligate (*compelling*) e indicazioni specifiche. Le prime sono quelle che derivano da indagini prospettive controllate e randomizzate, con morbilità e mortalità cardiovascolare come end-point. Le seconde sono indicazioni che nascono dalla constatazione di un apparente miglioramento di particolari segni o sintomi con quella particolare classe farmacologica, senza tuttavia la dimostrazione di implicazioni prognostiche favorevoli nel senso di una ridotta mortalità e morbilità cardiovascolare.

Al contrario, WHO-ISH ritiene che sei classi di farmaci (diuretici, betabloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori, alfabloccanti, antagonisti dell'angiotensina II) siano ugualmente utili ed utilizzabili nel primo trattamento dell'ipertensione arteriosa, salvo suggerimenti sulla scelta di una o dell'altra classe farmacologica sulla base di indicazioni (codificate come evidenti o possibili) non dissimili da JNC VI.

In sostanza, JNC VI fa una sostanziale differenza tra pazienti senza indicazioni obbligate e pazienti con indicazioni obbligate ad una particolare classe farmacologica. Nei primi, raccomanda l'impiego iniziale di diuretici e/o betabloccanti poiché le principali indagini randomizzate, con mortalità e morbilità cardiovascolare come end-point, prevedevano un trattamento basato prevalentemente su queste due classi farmacologiche. Nei secondi, l'indicazione ad una particolare classe farmacologica nasce da analogia considerazione (esistenza di indagini randomizzate di intervento basate su quella particolare classe farmacologica in quella particolare indicazione).

Al contrario, WHO-ISH ritiene che la riduzione della mortalità e morbilità cardiovascolare dimostrata nelle indagini randomizzate non sia effetto di una particolare classe farmacologica, ma sia effetto della riduzione, comunque ottenuta, dei livelli di PA. Pertanto, tutte le classi farmacologiche, inclusa quella degli inibitori diretti dell'angiotensina II, sono raccomandate da WHO-ISH come primo gradino terapeutico, salvo preferenze, da interpretare come suggerimenti, verso l'una o l'altra classe farmacologica sulla base di ragioni analoghe a quelle enumerate da JNC VI.

Stadio (ipertensione)	GRUPPO A Non FR, non DO, non MC	GRUPPO B 1 o +FR (no DM), non DO, non MC	GRUPPO C DO, MC, o DM o o e senza FR
PA normale-alta (130-139/85-89)	Modificazioni stile vita	Modificazioni stile vita	Farmaci (in caso di DM, SC, IR)
IA Stadio 1 (140-159/90-99)	Modificazioni stile vita (fino a 12 mesi)	Modificazioni stile vita (fino a 6 mesi)	Farmaci
IA Stadi 2 e 3 (>=160/>=100)	Farmaci	Farmaci	Farmaci

Figura 2. Indicazioni alla terapia secondo JNC VI. IR = insufficienza renale; SC = scompenso cardiaco. Altre abbreviazioni come in figura 1.

Bibliografia

1. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83.
2. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. National Institute of Health. NIH publication No. 98-4080, 1997.
3. Collins R, Peto R, MacMahon S. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.