IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTEMICA

a cura di

Elena Sofia Canuti

Medico in formazione specialistica in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

Sapienza Università di Roma

Un' epidemia da debellare

L'ipertensione arteriosa (IA), una delle principali cause di morbidità e mortalità evitabili, rappresenta una sfida significativa per la salute globale, coinvolgendo oltre 1 miliardo di persone nel mondo. Solo in Europa, più di 150 milioni di individui presentano questa condizione. Nonostante le opzioni terapeutiche siano accessibili ed efficaci, consolidate da una decennale esperienza, la diagnosi, il trattamento e il controllo dell'IA rimangono globalmente subottimali.

In questo articolo, ripercorreremo le linee guida sulla prevenzione cardiovascolare pubblicate nel 2021dall'ESC, nella speranza di ribadire come le armi a nostra disposizione per limitare questa condizione endemica siano più che sufficienti.

Diagnosi e Classificazione:

Sebbene uno screening universale sarebbe ideale, limitazioni pratiche richiedono uno screening opportunistico, specialmente in individui a rischio, come quelli in sovrappeso o con una storia familiare di ipertensione. Le linee guida raccomandano di confermare la diagnosi attraverso misurazioni ripetute della pressione sanguigna in ambulatorio o metodi alternativi come l'Holter-pressorio delle 24 ore o il monitoraggio della pressione a domicilio con diari pressori.

La diagnosi di IA si basa su misurazioni eseguite a paziente seduto, in ambulatorio, confrontando i valori con quelli eseguiti a casa dal paziente stesso, in modo da smascherare le pressioni fittizie da sindrome del camice bianco e viceversa individuare le cosiddette ipertensioni mascherate.

Si raccomandano modifiche allo stile di vita per l'ipertensione da camice bianco, mentre l'ipertensione mascherata richiede un monitoraggio attento ed eventuale trattamento farmacologico.

Si definiscono ottimali valori medi di pressione <120/80 mmHg, normali se la pressione arteriosa sistolica (PAS) si attesta tra 120-130 mmHg e pressione arteriosa diastolica (PAD) tra 80-85 mmHg, elevato-normali per PAS 130-140 mmHg e PAD tra 85-90 mmHg, mentre si parla di IA a partire da valori pressori > 140/90 mmHg.

Valutazione Clinica e Stratificazione del Rischio:

La valutazione di routine per i pazienti ipertesi coinvolge la valutazione dei fattori di rischio per la malattia cardiovascolare aterosclerotica, la rilevazione di danno d'organo (ipertrofia ventricolare sinistra, nefropatia e retinopatia) e l'esplorazione delle possibili cause secondarie (patologie nefro-vascolari, iperaldosteronismo, feocromocitoma, abuso di sostanze es. cocaina…). L'ecocardiografia è raccomandata in pazienti che presentino alterazioni dell'elettrocardiogramma. Il fundus oculi è invece raccomandato nelle IA di 2° e 3° grado e in tutti i pazienti in cui concomiti il diabete mellito.

Strategie di Trattamento:

La pietra angolare della gestione dell'ipertensione include interventi allo stile di vita per tutti i pazienti e la terapia farmacologica per la maggior parte di essi. Le modifiche allo stile di vita (in particolare alimentazione corretta, calo ponderale e attività fisica), discusse ampiamente nelle linee guida, non solo aiutano a controllare la pressione sanguigna, ma offrono anche benefici più ampi per la salute. L'inizio della terapia farmacologica è guidato dal rischio cardiovascolare assoluto, dai modulatori di rischio, dalle comorbilità e dalle preferenze del paziente. L'obiettivo è normalizzare la pressione arteriosa entro tre mesi.

Le linee guida raccomandano un approccio graduale, mirando a una PAS inferiore a 140 mmHg e una PAD inferiore a 80 mmHg. L'obiettivo finale raccomandato varia per gruppo di età, con un approccio più flessibile per gli individui più anziani (PAS tra 130-140 mmHg), per i quali vengono tollerati livelli pressori lievemente maggiori in quanto, soprattutto per pazienti anziani fragili, il beneficio sul lungo termine viene controbilanciato dalla necessità di limitare ipotensione ortostatica e cadute. Nel giovane invece è auspicabile un trattamento più aggressivo e il target pressorio è PAS 120-130 mmHg.

Le classi raccomandate di farmaci per abbassare la pressione includono 5 principi attivi fondamentali: inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), antagonisti del recettore dell'angiotensina (ARB), beta-bloccanti, bloccanti dei canali del calcio (CCB) e diuretici tiazidici o diuretici simili alle tiazidici.

La terapia combinata, utilizzando fin dall'inizio una combinazione di due farmaci, è raccomandata come scelta di prima linea per la maggior parte dei pazienti, in quanto più efficace e più rapida nel raggiungimento del target. È fondamentale ricordare però che la strategia del singolo farmaco per migliorare l'aderenza, per cui si ricorre in prima linea a compresse uniche dal doppio principio attivo es. ACEi+HCT, Calcio-antagonisti diidropiridinici+ACEi/HCT… Da notare però come alcune classi siano da privilegiare solo se concomitano altre comorbidità: i beta-bloccanti andrebbero utilizzati ad esempio in pazienti con cardiopatia ischemica, aritmie, HFrEF o per donne in gravidanza.

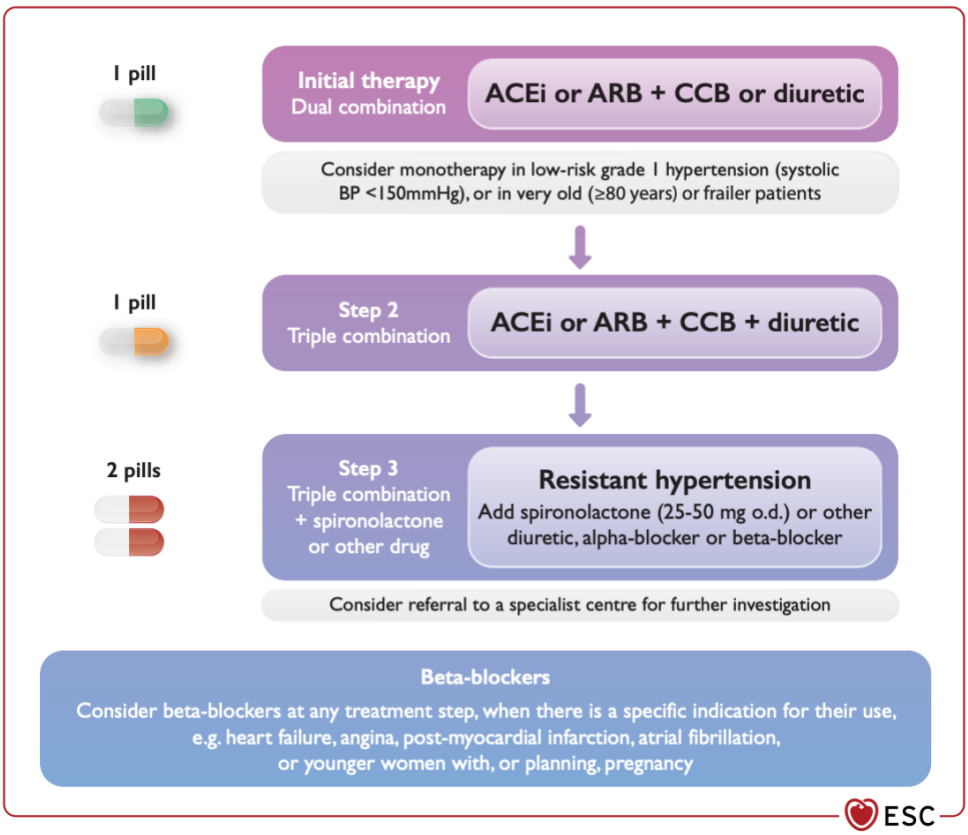

Figura 1

Linee guida ESC. Trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa.

Ipertensione Resistente:

L'ipertensione resistente è definita come una pressione non controllata nonostante il trattamento ottimale con tre o più farmaci a dose massimale incluso un diuretico, e riguarda il 10% dei casi. Il farmaco più indicato da aggiungere alla terapia in questi casi è lo spironolattone, che implica tuttavia rischi quali l'iperkaliemia, specialmente in pazienti con VFG <45 ml/min/mq. Se lo spironolattone non è tollerato, farmaci di seconda linea includono amiloride, alfa-bloccanti o farmaci ad azione centrale come la clonidina.

Durata del Trattamento e Follow-Up:

Il trattamento dell'ipertensione è generalmente mantenuto indefinitamente, con appuntamenti di follow-up regolari per monitorare la pressione sanguigna, valutare i fattori di rischio e rafforzare i consigli sullo stile di vita. Si incoraggia l'auto-misurazione della pressione sanguigna utilizzando il monitoraggio al domicilio, anche per migliorare il coinvolgimento del paziente e migliorare il controllo.

Conclusione:

Queste linee guida complete forniscono un approccio olistico alla diagnosi e alla gestione dell'ipertensione, sottolineando l'importanza delle tecniche di misurazione accurate, delle modifiche

allo stile di vita e delle terapie farmacologiche personalizzate. L'implementazione di queste raccomandazioni nella pratica clinica di routine ha il potenziale per ridurre significativamente il peso della morbidità e mortalità correlate all'ipertensione a livello globale.

Bibliografia

Frank L J Visseren et al., ESC Scientific Document Group , 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), September 2021, Pages 3227–3337