



LINEE GUIDA ESC 2024 SULL'IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTEMICA: LE PRINCIPALI NOVITÀ

a cura di

F. Jacoangeli

Cardiologia riabilitativa e prevenzione patologie cardiovascolari, USL Umbria1, Perugia

Introduzione

L'ipertensione arteriosa sistemica rappresenta il principale fattore di rischio modificabile per mortalità cardiovascolare e mortalità per tutte le cause¹.

Il 90% dei pazienti presenta ipertensione essenziale o primaria mentre il 10% dei pazienti è affetto da ipertensione secondaria, con una causa identificabile².

L'ipertensione è generalmente una condizione asintomatica. Le nuove linee guida suggeriscono di eseguire uno screening misurando la pressione arteriosa (PA) periodicamente, ogni 3 anni negli adulti fino a 40 anni ed ogni anno nei soggetti con più di 40 anni o in coloro che presentano valori di PA elevata, ma che non soddisfano le soglie di rischio per il trattamento antipertensivo³.

Il nuovo documento si avvicina all'ipertensione suddividendo i valori pressori in tre categorie: PA non elevata (< 120/70 mmHg), PA elevata (120-139/70-89 mmHg) ed ipertensione (>140/90 mmHg); tale classificazione è da intendersi a fini terapeutici e non prognostici: non è pensata per la stratificazione del rischio cardiovascolare.

Per la misurazione della pressione arteriosa, gli estensori raccomandano di prediligere l'auto-misurazione domiciliare ed il monitoraggio delle 24h piuttosto che la pressione misurata in ambulatorio (PA clinica), per individuare, tra gli altri, il maggior numero di pazienti con ipertensione da camice bianco ed ipertensione mascherata. Raccomandano inoltre di ricercare l'eventuale presenza di ipotensione ortostatica.

Grande importanza viene attribuita alla valutazione globale del paziente.

Il paziente con ipertensione arteriosa deve essere sempre inquadrato da un punto di vista del rischio cardiovascolare ed a questo scopo le precedenti carte del rischio sono state sostituite dalle nuove: SCORE e SCORE-OP (se il rischio di evento cardiovascolare a 10 anni è > 10% il paziente è da considerarsi ad alto rischio).

La ricerca di iperaldosteronismo primitivo mediante analisi del rapporto aldosterone/renina andrebbe eseguita in tutti i pazienti con PA > 140/90 mmHg, indipendentemente dai valori di potassiemia (Classe IIa, Livello di evidenza B).

In caso di rischio borderline (5-10%), la presenza di diabete, ipertensione in gravidanza, etnia sud-asiatica, condizioni socio-economiche disagiate, malattie infiammatorie autoimmuni, HIV, malattie mentali, calcium score coronarico alto (>100 unità Agatston), placche carotidee o femorali, incremento di troponina ad alta sensibilità o di NT-proBNP o aumento della rigidità arteriosa, agiscono come modificatori del rischio, facendo passare il paziente ad una fascia di rischio alto e rendendo quindi necessario l'inizio della terapia farmacologica anche in presenza di valori pari a 130-139/80-89 mmHg), analogamente ai pazienti in prevenzione secondaria.

La terapia farmacologica è raccomandata in tutti i pazienti con valori di PA > 140/90 mmHg, contemporaneamente alle modifiche dello stile di vita ed indipendentemente dal livello di rischio cardiovascolare.

Nei pazienti con valori di pressione 130-139/80-89 mmHg la terapia farmacologica è indicata in prevenzione secondaria (storia di malattia cardiovascolare) ed in prevenzione primaria se presente danno d'organo (nefropatia cronica, ipertrofia ventricolare sinistra, aumento di troponina ad alta sensibilità o NT-proBNP, presenza di placche carotidee o femorali, calcium score > 100 unità

Agatston), o in caso di ipercolesterolemia familiare, rischio cardiovascolare SCORE/SCORE-OP >10% o 5-10% in presenza dei modificatori del rischio sopra menzionati, dopo 3 mesi di misure non farmacologiche inefficaci. La ricerca del danno d'organo e l'inquadramento del paziente rappresentano pertanto due elementi fondamentali per la corretta gestione della terapia farmacologica.

Le linee guida raccomandano di iniziare con una associazione di due farmaci antipertensivi (scegliendo tra ACEI/ARB, CCB diidropiridinici e diuretici tiazidici o similtiazidici) nella maggior parte dei casi. La monoterapia dovrebbe essere lasciata per quei pazienti con PA elevata, in caso di paziente fragile, con età > 85 anni o in presenza di ipotensione ortostatica sintomatica. Nel caso in cui la combinazione di due farmaci non sia efficace, si deve ricorrere ad una associazione di tre farmaci (ACEI/ARB, CCB diidropiridinici e diuretici tiazidici o similtiazidici).

La classe dei betabloccanti può essere aggiunta in ogni momento, ma in presenza di indicazioni chiare (angina, post-infarto, scompenso cardiaco, controllo della frequenza cardiaca). Nei pazienti con ipertensione e nefropatia cronica (eGFR >20 ml/min) e nei pazienti ipertesi con scompenso cardiaco indipendentemente dalla frazione d'eiezione, è raccomandato l'impiego degli inibitori del co-transportatore sodio-glucosio per ridurre gli eventi cardiovascolari maggiori.

I pazienti che non raggiungono i target pressori nonostante una terapia di combinazione con tre classi farmacologiche, di cui un diuretico, sono circa il 10-20% del totale e rientrano nell'ambito dell'ipertensione resistente; sono pazienti con prognosi peggiore e rischio di eventi cardiovascolari da 2 a 6 volte più elevato. Prima di definire un paziente "resistente" devono essere escluse cause di ipertensione pseudo-resistente (scarsa aderenza terapeutica, ipertensione da camice bianco, misurazione della PA con apparecchi non adeguati, inerzia clinica).

I target raccomandati dalle linee guida sono compresi in un range di 120-129 mmHg (idealmente 120 mmHg) per la pressione sistolica e di 70-79 mmHg per la diastolica, a patto che la terapia sia ben tollerata. Per i pazienti fragili, la terapia deve essere individualizzata. Qualora non sia possibile scendere sotto i valori di 120-129 mmHg a causa di scarsa tollerabilità della terapia, bisogna cercare di scendere al più basso valore possibile (preferibilmente <140 mmHg) secondo il principio ALARA: *as low as reasonably achievable*.

Viene affrontato anche il tema delle terapie non farmacologiche con dispositivi, con particolare riferimento alla denervazione renale transcatetere.

Il razionale risiede nel fatto che l'iperattività del sistema nervoso simpatico contribuisce allo sviluppo e alla progressione dell'ipertensione: la denervazione ha quindi lo scopo di disattivare le fibre afferenti ed efferenti simpatiche nell'avventizia e nel tessuto perivascolare delle arterie renali.

Le precedenti linee guida, basandosi sull'esito negativo degli studi clinici fino ad allora svolti, non raccomandavano l'uso di terapie con dispositivi per il trattamento di routine dell'ipertensione (Classe III).

Dati più recenti, provenienti da trial clinici eseguiti con cateteri a radiofrequenza di seconda generazione e ad ultrasuoni, hanno dimostrato che la metodica è efficace nel ridurre i valori pressori con una durata fino a 3 anni⁴; uno studio monocentrico in aperto ha addirittura dimostrato una riduzione sostenuta della PA fino a 10 anni⁵. Va sottolineato però che l'effetto sulla riduzione della pressione arteriosa è modesto (circa 6 mmHg di PA sistolica), pertanto molti soggetti trattati devono mantenere la terapia farmacologica anche dopo la procedura. Inoltre, in termini di costo-efficacia, si tratta di una strategia non vantaggiosa rispetto alla classica terapia farmacologica.

Pertanto, la denervazione può essere considerata in centri esperti in pazienti con ipertensione resistente e mai come primo approccio terapeutico.

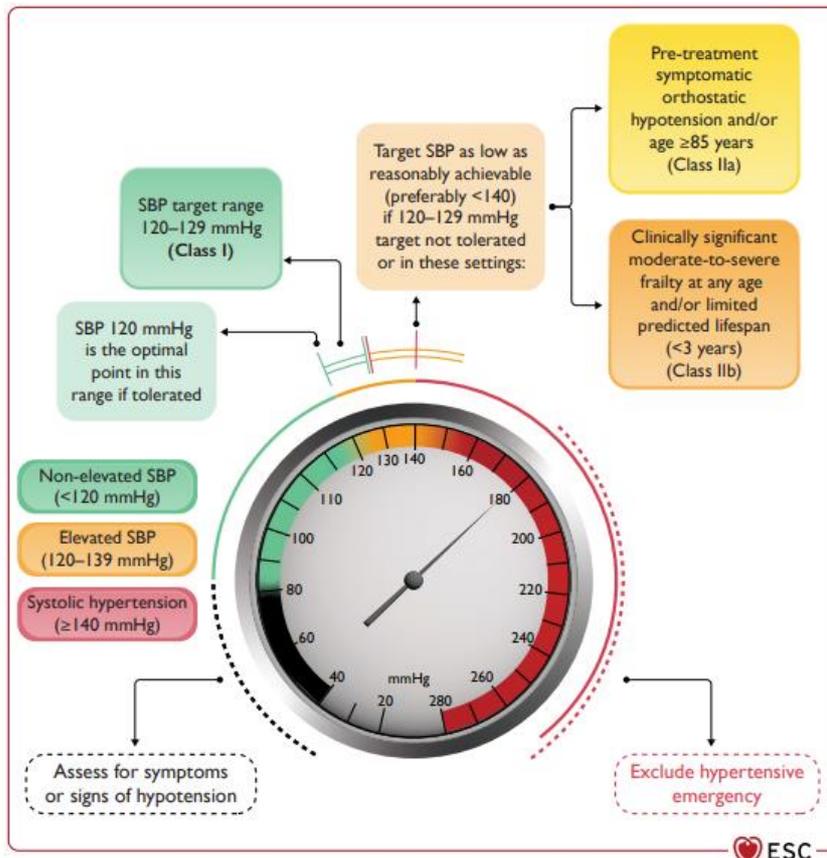


Figura 1

Categorie di valori pressori ed obiettivi terapeutici. ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension 2024

Bibliografia essenziale

1. Collet Chow CK et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310:959-68.
2. Brown JM et al. The unrecognized prevalence of primary aldosteronism: a cross-sectional study. *Ann Intern. Med* 2020; 173:10-20.
3. John William McEvoy et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO) *European Heart Journal*, Volume 45, Issue 38, 7 October 2024, Pages 3912-4018.
4. Rader F et al. Durability of blood pressure reduction after ultrasound renal denervation: three-year follow-up of the treatment arm of the randomised RADIANCE-HTN SOLO trial. *Euro Intervention* 2022;18: e677-85.
5. Al Ghorani H et al. 10-year outcomes of catheter-based renal denervation in patients with resistant hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2023; 81:517-9