

# Ipertensione, contrordine: abbattuto il muro dei 140

## Un aggiornamento delle Linee Guida sulla terapia farmacologica dell'ipertensione arteriosa essenziale

**James PA et al.**, 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2013 Dec 18. doi: 10.1001/jama.2013.284427.

**di Anna Giulia Bottaccioli**

La pubblicazione delle nuove linee guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, apparsa su JAMA, la rivista dei Medici Americani, nel Dicembre dell'anno appena trascorso, è frutto del lavoro congiunto di esperti e fornisce un aggiornamento necessario dopo ben 10 anni di silenzio.

L'ipertensione arteriosa essenziale (ovvero sine causa, in quanto non sostenuta da patologie vascolari, endocrine o metaboliche) costituisce il più importante fattore di rischio modificabile per l'insorgenza di patologia cardiovascolare, ictus ed insufficienza renale, oltre ad incrementare fortemente la mortalità se non identificata e trattata in maniera appropriata.

Il lavoro della Commissione di esperti si è basato innanzi tutto sulla revisione ed analisi critica di soli trials randomizzati controllati (RCT) pubblicati negli ultimi 10 anni, che rappresentano il gold standard per la determinazione dell'efficacia diagnostico-terapeutica di qualsiasi trattamento evidence-based in ambito sanitario.

Queste le importanti novità: a differenza del precedente protocollo diagnostico-terapeutico, nelle nuove Linee Guida scompaiono alcune classificazioni, come "pre-ipertensione", "ipertensione non complicata" ed "ipertensione complicata da diabete ed insufficienza renale", ma si stabilisce esclusivamente la soglia numerica oltre la quale è possibile definire iperteso un paziente e iniziare un'opportuna terapia farmacologica, al fine di mantenere i livelli pressori entro il valore-soglia e ridurre così il rischio di complicanze potenzialmente fatali (infarto, ictus, insufficienza renale). Per gli over-60, gli Autori innalzano l'asticella a 150 mmHg o superiore per quanto riguarda il valore della pressione arteriosa sistolica e mantengono a 90 mm Hg o superiore la pressione arteriosa diastolica.

Per i pazienti al di sotto dei 60 anni, permane il precedente limite di 140/90 mmHg, sebbene non vi siano robuste evidenze scientifiche che ne supportino la raccomandazione, eccezion fatta per la classe di età compresa tra i 30 e i 59 anni, per la quale è fortemente raccomandato iniziare una terapia farmacologica per valori di pressione arteriosa diastolica superiori o uguali a 90 mmHg.

Le nuove linee guida americane raccomandano di iniziare il trattamento per valori pressione uguali o superiori a 140/90 mmHg anche per i pazienti che hanno storia di diabete o insufficienza renale, annullando di fatto la pregressa classificazione dei pazienti in "ipertesi puri" e "ipertesi con patologie associate", dimostrando come l'imposizione di terapie antiipertensive aggressive non

abbia apportato ulteriori benefici in termini di riduzione di mortalità e morbilità né nella popolazione sana né in pazienti a rischio affetti da diabete o insufficienza renale.

Per quanto riguarda i farmaci antiipertensivi da utilizzare in prima linea nella terapia dell'ipertensione, gli Autori sottolineano l'esistenza di differenze razziali, raccomandando per la popolazione nera, indipendentemente dalla presenza di diabete mellito, l'utilizzo di diuretici tiazidici o di calcio-antagonisti, e sconsigliando l'uso di farmaci inibitori del sistema renina-angiotensina (sartani e ace-inibitori) visto l'incremento di eventi cardio- e cerebro-vascolari in questa tipologia di pazienti.

Per quanto riguarda pazienti di altre etnie, siano essi diabetici o meno, nessuna limitazione all'uso di farmaci bloccanti il sistema renina-angiotensina, come anche di diuretici tiazidici e calcio-antagonisti. Non è stato possibile provare in maniera definitiva la superiorità di una classe farmacologica su un'altra nel ridurre eventi cardiaci o cerebrali in pazienti che inizino per la prima volta una terapia antiipertensiva.

Se si è invece di fronte a pazienti ipertesi già affetti da insufficienza renale cronica, gli Autori raccomandano l'uso in prima istanza di sartani o di ace-inibitori, anche in pazienti diabetici; raccomandato l'uso anche in pazienti neri, ma solo dopo aver tentato un primo trattamento con diuretici tiazidici o calcio-antagonisti è possibile inserirli in associazione.

Una volta impostato lo schema terapeutico adeguato alla tipologia di paziente, le Linee Guida danno tempo un mese per il raggiungimento del valore pressorio indicato; qualora non venisse ottenuto, si suggerisce di aumentare la dose del farmaco oppure di aggiungere un secondo farmaco tra le classi consigliate, fino ad un massimo di tre, quindi di passare a farmaci di seconda linea (beta-bloccanti, diuretici dell'ansa, antagonisti dell'aldosterone, ecc. ).

Gli Autori quindi concludono sottolineando l'importanza di impostare e modificare la terapia farmacologica al fine di mantenere i valori della pressione arteriosa sui livelli raccomandanti, non necessariamente al di sotto di essi.