

# Un update sull'ipertensione essenziale

Giuseppe Pannarale

Le linee guida del 2013 delle Società Europee di Cardiologia e dell'Ipertensione riguardanti il trattamento dell'ipertensione arteriosa (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, *J Hypertens* 2013, 31:1281–1357) presentano delle sostanziali novità rispetto alle precedenti linee guida del 2007.

Tali novità non riguardano modificazioni della classificazione dei livelli di pressione arteriosa, che è invariata dal 2003, ma piuttosto un'unificazione dei target pressori che si traduce in una minor aggressività terapeutica nella pratica clinica.

Inoltre, grande importanza nelle attuali linee guida viene attribuita all'uso del monitoraggio pressorio delle 24 ore (ABPM) e delle misurazioni pressorie domiciliari (HBPM) per diagnosticare un'ipertensione clinica isolata (cosiddetta ipertensione da camice bianco) o un'ipertensione "mascherata" (rilevata solo con ABPM) e per verificare il controllo pressorio in terapia, specialmente nell'ipertensione resistente o "refrattaria" al trattamento.

**Table 3** Definitions and classification of office blood pressure levels (mmHg)<sup>a</sup>

Category	Systolic		Diastolic
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	<u>140–159</u>	and/or	<u>90–99</u>
Grade 2 hypertension	<u>160–179</u>	and/or	<u>100–109</u>
Grade 3 hypertension	<u>≥180</u>	and/or	<u>≥110</u>
Isolated systolic hypertension	≥140	and	<90

<sup>a</sup>The blood pressure (BP) category is defined by the highest level of BP, whether systolic or diastolic. Isolated systolic hypertension should be graded 1, 2, or 3 according to systolic BP values in the ranges indicated.

**Il target di pressione arteriosa sistolica è <140 mmHg** in tutti i soggetti, indipendentemente dal livello di rischio cardiovascolare globale, dalla presenza di diabete mellito o di malattia cardiovascolare,

cerebrovascolare o renale. L'unica eccezione è rappresentata dagli ultraottantenni in buone condizioni psicofisiche in cui il target sale a 140-150 mmHg. Questa raccomandazione rappresenta la principale novità delle recenti linee guida: nel 2007, infatti, il target pressorio nei soggetti con rischio cardiovascolare elevato, inclusi i diabetici e i pazienti con malattia cardiovascolare, cerebrovascolare e renale, era <130/80 mmHg.

**Il target di pressione arteriosa diastolica è <90 mmHg in tutti i soggetti, indipendentemente dal livello di rischio cardiovascolare globale, tranne che nei diabetici in cui il target pressorio diastolico è <85 mmHg.**

La modificazione dei target pressori condiziona un diverso atteggiamento di intervento farmacologico rispetto al passato: non esiste più indicazione al trattamento con farmaci antipertensivi in soggetti con pressione arteriosa >130/85 mmHg anche in presenza di diabete mellito e/o malattia cardiovascolare, cerebrovascolare e renale. La terapia farmacologica viene iniziata dopo un periodo più o meno lungo di osservazione e modificazioni dello stile di vita (terapia non farmacologica) secondo il livello di rischio cardiovascolare globale.

**Initiation of lifestyle changes and antihypertensive drug treatment.**

Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110
No other RF	• No BP intervention	• Lifestyle changes for several months • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
1–2 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
≥3 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
OD, CKD stage 3 or diabetes	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
Symptomatic CVD, CKD stage ≥4 or diabetes with OD/RFs	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90

BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; DBP = diastolic blood pressure; HT = hypertension; OD = organ damage; RF = risk factor; SBP = systolic blood pressure.

La terapia farmacologica antipertensiva continua ad avvalersi delle ormai tradizionali 5 categorie di farmaci, utilizzati in monoterapia o in associazioni estemporanee o precostituite a dosi fisse: diuretici,

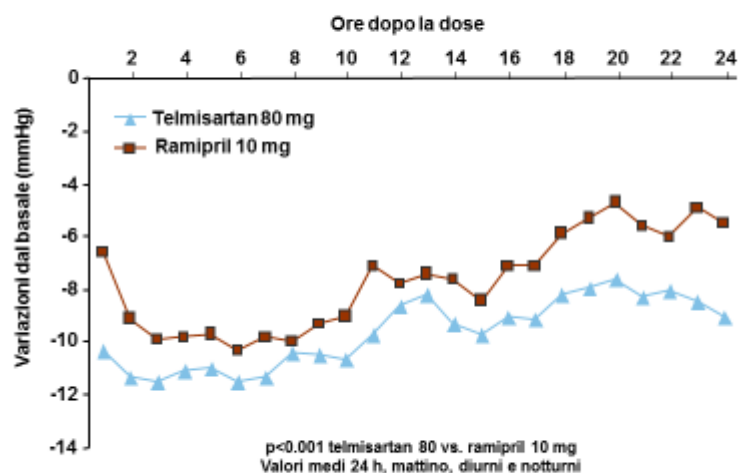
betabloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori e antagonisti dei recettori dell'angiotensina (cosiddetti sartani).

La terapia può essere iniziata con un farmaco appartenente a una qualunque delle suddette 5 categorie, dato che il beneficio del trattamento ai fini prognostici non dipende dalla scelta terapeutica, ma dalla normalizzazione dei valori pressori comunque ottenuta.

Tuttavia, alcune situazioni cliniche caratterizzate dalla presenza di comorbidità richiedono che alcune categorie di farmaci siano preferenzialmente utilizzate nella situazione specifica: ad esempio, nel caso di pazienti ipertesi con diabete o sindrome metabolica un ACE-inibitore o un sartano (non tutti e due insieme!) devono essere inclusi nel trattamento, mentre tiazidici e/o betabloccanti dovrebbero essere aggiunti alla terapia solo in caso di reale necessità (ipertensione resistente). Inoltre, l'associazione betabloccante-tiazidico, precedentemente assai popolare, dovrebbe essere utilizzata con molta cautela in quanto potenzialmente diabetogena.

Il trattamento farmacologico non può prescindere dalla farmacocinetica delle molecole utilizzate, ossia dalla conoscenza della durata d'azione (che deve essere di 24 ore, se la somministrazione è *semel in die*) del farmaco specifico utilizzato, che può non essere la medesima di altri farmaci della stessa categoria.

### Riduzione della PAD: Telmisartan 80 mg vs. ramipril 10 mg



Williams et al. *J Hypertension* 2006;24:193-200