

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

La vera sfida per il clinico è l'intervento precoce

Il congresso ESC 2016 di Roma è stato teatro di un intenso dibattito su alcuni temi di estrema attualità nella gestione dell'ipertensione arteriosa. Il messaggio emerso dalle numerose sessioni, così come illustra a **M.D. Gianfranco Parati**, Presidente Società Italiana Ipertensione Arteriosa, è che per raccogliere la sfida rappresentata dall'ipertensione arteriosa è necessario prendere in carico al più presto il paziente e gestirlo al meglio per evitare che diventi un paziente difficile e complicato.

► Molto animata la discussione intorno ai risultati e alle indicazioni proposte dallo studio SPRINT, che riportava una significativa diminuzione del rischio per eventi cerebro-cardiovascolari grazie alla riduzione della PAS al di sotto di 120/80 mmHg rispetto all'obiettivo di 140/90 mmHg ritenuto accettabile nella popolazione di ipertesi ad alto rischio CV. Riduzione che nello studio veniva ottenuta grazie ad un approccio terapeutico intensivo confrontato con un intervento standard. Ma è davvero realistico generalizzare i risultati di questo trial, applicarli nella pratica clinica e auspicare che essi conducano a una revisione delle attuali raccomandazioni? Diversi i pareri contrari, che hanno sottolineato come l'affermazione che una terapia in-

tensiva potrebbe abbassare del 25% il rischio di eventi CV - a fronte di un aumento di eventi avversi dal 2.5% al 4.7% - in realtà riduce la mortalità di meno dell'1% mentre aumenta il rischio di ipotensione, sincope e danno o insufficienza renale acute di oltre l'88%. È stato sottolineato come nello studio SPRINT le misurazioni della PA venivano effettuate in modo automatico che, molto probabilmente, corrispondono a valori di PA convenzionale misurati dal medico più elevati, intorno presumibilmente a 136-137 mmHg. In mancanza di una equivalenza definita tra i due valori, si richiama comunque a una maggiore attenzione nella traduzione automatica dei risultati dei trial clinici in raccomandazioni cliniche pratiche.

► Ciò che invece è emerso con decisione è che è più importante ridurre al più presto i valori elevati di PA che non porsi come obiettivo quello di ridurre "energicamente" i valori stessi. Il dato si collega al concetto di rischio residuo, cioè quella quota di rischio che, indipendentemente dall'efficacia della terapia nel ridurre la pressione, non è scalfita dal trattamento. È intuitivo che più è alto il rischio basale e più si mantiene elevato il rischio residuo: un dato che sarebbe indice di un fallimento della terapia proposta. Il messaggio

fondamentale è quello di ridurre i valori elevati ma soprattutto ridurli il più precocemente possibile, prima che compaia il danno d'organo, prima che l'ipertensione diventi resistente, prima che il rischio si faccia irreversibile.

► Altro punto in discussione è stato quello relativo al tipo di ipertensione considerata, con riferimento tanto all'ipertensione da camice bianco quanto all'ipertensione mascherata, condizioni cliniche che pongono problemi di diagnosi e di gestione terapeutica. L'indicazione principale che è emersa è la necessità di integrare la misurazione eseguita dal medico con l'automisurazione a domicilio. Una prassi che se bene gestita e ben coordinata o, meglio ancora, associata alla possibilità di una telemedicina semplificata basata anche sull'impiego di apposite App, migliora la raccolta dei dati e la loro semplice trasmissione al medico. In alternativa, la misurazione delle 24 ore fornisce un quadro esauritivo e reale dell'andamento pressorio in tutti i momenti del giorno.

Bibliografia

- Curr Cardiol Rep 2016; 18: 98.
- Hypertension 2016;67:263-265.
- Parati G. Perspectives on blood pressure assessment and CV risk prediction in 2016. ESC Congress 2016, Roma.
- N Engl J Med 2015;373:2103-2116.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Gianfranco Parati