

Ipertensione: linee-guida ESC 2024

Target più stringenti e nuova categoria di rischio

La Società europea di cardiologia punta l'attenzione anche su valori oggi ritenuti normali (sistolica: 120-129 mmHg; diastolica: 70-79 mmHg) che, invece, andrebbero considerati "elevati" e da trattare in determinate circostanze

Nicola Miglino

Obiettivi di trattamento ambiziosi e intensivi da raggiungere nei pazienti in terapia e, per la prima volta, una nuova categoria di pressione sanguigna, definita **elevata**, per identificare meglio le persone a rischio di infarto e ictus. Queste le principali novità delle nuove linee-guida **ESC** (European Society of Cardiology), presentate di recente a Londra. Le Linee guida 2024 mantengono la definizione esistente di "ipertensione" come pressione arteriosa (PA) $\geq 140/90$ mmHg. Introducono un target di trattamento della PA sistolica di **120-129 mmHg** e **70-79 mmHg** per la diastolica nella maggior parte dei pazienti in terapia con farmaci antipertensivi,



sione arteriosa include soggetti con valori di PA normale/alta che possono diventare ipertesi più rapidamente nel tempo rispetto a individui con valori pressori

ponendo, così, l'accento su un target di trattamento più intensivo, salvo nei casi in cui la terapia non venga tollerata, per i quali si suggerisce di raggiungere una pressione arteriosa "quanto più bassa possibile".

La novità sicuramente più significativa è la definizione della nuova categoria "**PA elevata**", identificata con valori 120-139/70-89 mmHg, introdotta per porre maggiore attenzione a soggetti a maggior rischio cardiovascolare.

"Questa nuova categoria di pres-

più bassi e può includere pazienti con un più alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari come, per esempio, i diabetici, che potrebbero trarre beneficio da un trattamento più intensivo prima che la loro PA raggiunga la soglia tradizionale dell'ipertensione", sottolinea **Bill McEvoy**, Università di Galway, in Irlanda, tra gli estensori del documento.

Negli adulti, nella categoria "Pressione Elevata" e rischio CV medio/basso (<10% in 10 anni), è raccomandata una riduzione pres-

TABELLA 1

Ipertensione: le nuove indicazioni Esc

	PA Clinica (mmHg)	PA con automisurazione a domicilio (mmHg)	PA media ore diurne (mmHg)	PA media delle 24 ore (mmHg)	PA media ore notturne (mmHg)
PA normale	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
PA elevata	120/70 - <140/90	120/70 - <135/85	120/70 - <135/85	115/65 - <130/80	110/60 - <120/70
Ipertensione	$\geq 140/90$	$\geq 135/85$	$\geq 135/85$	$\geq 130/80$	$\geq 120/70$

soria mediante la correzione dello stile di vita. In quelli con PA elevata e rischio CV maggiore, è necessario intervenire con i farmaci, se la modificazione dello stile di vita non ha avuto effetti. Per valori uguali o superiori a 140/90 mmHg, indipendentemente dal rischio CV, la correzione degli stili di vita e il trattamento farmacologico vanno intrapresi immediatamente.

Sul fronte dietetico, la raccomandazione generale è di **limitare il consumo di zucchero** e, in particolare di bevande zuccherate, fino a un massimo del 10% dell'energia giornaliera. Si raccomanda di limitare l'assunzione totale di sodio con la dieta a circa 2 g/die, pari a circa 5 g/die di sale. In pazienti con ipertensione senza insufficienza renale cronica e con un elevato apporto giornaliero di sodio, è indicato un **aumento dell'assunzione di potassio** pari a 0,5-1,0 g/die, per esempio mediante diete ricche di frutta e verdura o, se necessario, la sostitu-

zione del sodio con sale arricchito di potassio (composto al 75% da cloruro di sodio e al 25% da cloruro di potassio). Occhio, invece, nei pazienti con insufficienza renale cronica che assumono farmaci risparmiatori di potassio, quali diuretici, ACE-inibitori, ARB (sartani) o spironolattone.

Sul fronte **attività fisica**, si conferma l'utilità di un esercizio aerobico di intensità moderata per 150 minuti/settimana o più (≥ 30 min, 5-7 giorni/settimana) o, in alternativa, 75 min di esercizio aerobico intenso per tre giorni a settimana, insieme a **esercizi isometrici** di resistenza a bassa o moderata intensità (potenziamento della forza).

Le linee guida del 2024, infine, forniscono anche raccomandazioni sull'uso della **denervazione renale** per il trattamento dell'ipertensione: solo in casi di resistenza ai farmaci, in centri altamente specializzati e con il consenso del paziente, una volta va-

lutato il rapporto rischio beneficio. La procedura non viene raccomandata come trattamento di prima linea, né in caso di funzionalità renale compromessa (eGFR < 40 mL/min/1,73 m²) né di cause secondarie di ipertensione.

“La novità più rilevante, rispetto alle linee guida 2023 della Società europea dell'ipertensione, è indubbiamente la definizione della nuova categoria “Pressione elevata”, nella fascia 120-139 mmHg per la sistolica e 70-89 mmHg per la diastolica”, commenta **Maria Lorenza Muiesan**, presidente della Società Italiana dell'ipertensione Arteriosa (SIIA). “Già nel 2018 l'European Society of Hypertension e la European Society of Cardiology avevano identificato la fascia 130-139 e 85-89 mmHg sotto l'etichetta *normale/alta*, il che implicava una particolare attenzione a pazienti che, pur non presentando malattia CV o renale, sarebbero potuti diventare più rapidamente di altri franca-

FARMACI ANTIPERTENSIVI, ALLA SERA O ALLA MATTINA? NON CAMBIA NULLA

I farmaci antipertensivi possono essere somministrati una volta al giorno, nel momento più adatto al paziente. Sera o mattina, non fa alcuna differenza in termini di protezione cardiovascolare. Queste le conclusioni di una metanalisi di cinque studi clinici (46.606 pazienti coinvolti) presentate di recente a Londra, nel corso del Congresso della Società europea di cardiologia. Trattasi di una revisione sistematica e metanalisi che ha incluso l'insieme di studi clinici randomizzati controllati a gruppi paralleli che hanno confrontato la somministrazione serale o mattutina di tutti i farmaci antipertensivi. L'endpoint primario era costituito da un composito di eventi cardiovascolari maggiori (MACE), ovvero morte per qualsiasi causa, infarto miocardico non fatale, ictus non fatale ed esacerbazione dell'insufficienza cardiaca.

Gli endpoint secondari includevano incidenza di eventi singoli MACE, ospedalizzazione per tutte le cause ed eventi specifici e peculiari quali fratture, eventi correlati al glaucoma e peggioramento cognitivo. I risultati non hanno evidenziato alcuna differenza tra somministrazione mattutina e serale sul fronte dell'incidenza di MACE, così come nella mortalità per tutte le cause e sugli endpoint secondari.

“Questi dati possono essere considerati la prova definitiva del fatto che non vi è alcuna differenza tra somministrazione serale e mattutina. Ciò che conta è che i pazienti assumano i loro farmaci anti-BP una volta al giorno nel momento più adatto alle loro preferenze e circostanze”, ha concluso Ricky Turgeon, University British Columbia (Vancouver), coordinatore dello studio.

mente ipertesi. In questa stessa categoria di pazienti era raccomandato il trattamento farmacologico, in presenza di un rischio CV molto elevato. Quindi, il **messaggio per i medici di Medicina generale** è che, per le fasce di individui con valori di PA più bassi rispetto alla diagnosi di ipertensione arteriosa e in assenza di rischio cardiovascolare elevato, è opportuno rafforzare le modifiche dello stile di vita. In caso di rischio maggiore e valori pressori moderatamente elevati, si interviene già con i farmaci. Laddove i valori pressori corrispondano alla diagnosi di iperten-

sione arteriosa, ovvero ≥ 140 e/o 90 mmHg, servono sempre le modifiche dello stile di vita in associazione ad un trattamento con farmaci. Certo, la nuova definizione di pressione arteriosa elevata amplia la popolazione da monitorare e indagare, con tutte le potenziali conseguenze del caso: da una parte, potrebbe far transitare gli individui da una condizione di normalità, a una di malattia *border line* e, dall'altra, potrebbe aumentare i **costi sanitari** per il monitoraggio degli indicatori di rischio in questa nuova fascia di popolazione. L'ipertensione è il più importante fattore di rischio

cardiovascolare, nonché il più prevalente nella popolazione, spesso associato ad altri, quali dislipidemia, diabete e obesità. Va preso in considerazione il prima possibile, con **monitoraggio** nel tempo, tramite l'educazione e la diffusione di possibilità di misurazione anche fuori dall'ambulatorio del medico, come l'automisurazione domiciliare e/o la misurazione durante le 24 ore, con holter pressorio, laddove indicato. Le **linee guida ESH 2023 e quelle ESC** appena presentate, ricalcano in sostanza i medesimi principi di migliore prevenzione e trattamento".

IPERTENSIONE RESISTENTE SUCCESSO DELLA POLIPILLOLA CON QUATTRO PRINCIPI ATTIVI

Quattro farmaci in un'unica compressa per vincere l'ipertensione resistente. Questa la strategia vincente, secondo i dati dello studio Quadro presentati di recente a Londra, nel corso del Congresso Esc (European society of cardiology).

Nello studio, randomizzato e controllato in doppio cieco, i pazienti con ipertensione resistente sono entrati inizialmente in un periodo di run-in di otto settimane in cui hanno ricevuto la tripla combinazione di perindopril, indapamide e amlodipina (10/2,5/5 mg o 10/2,5/10 mg al giorno). Coloro che avevano ancora PA non controllata dopo otto settimane (PA sistolica ambulatoriale ≥ 140 mmHg e PA sistolica ambulatoriale nelle 24 ore ≥ 130 mmHg) sono stati randomizzati 1:1 a continuare la stessa tripla terapia o a ricevere una combinazione di una sola pillola contenente perindopril, indapamide, amlodipina e bisoprololo (10/2,5/5/5 mg o 10/2,5/10/5 mg al giorno) per otto settimane.

L'endpoint primario era la variazione della PA sistolica in ambulatorio. Gli endpoint secondari includevano il monitoraggio ambulatoriale della PA nelle 24 ore, la PA diastolica in ambulatorio, la PA domiciliare e il controllo della PA. In totale, 183 pazienti sono stati

randomizzati da 49 centri in 13 paesi. L'età media era di 57 anni e il 47% era di sesso femminile. La PA media ambulatoriale al basale era di 150,3 mmHg per la sistolica e 90,0 mmHg per la diastolica.

Dopo otto settimane, la pressione sistolica media ambulatoriale si era ridotta di 8,04 mmHg in più nel gruppo polipillola. Differenza significativa anche per la pressione sistolica ambulatoriale media delle 24 ore (-7,53 mmHg) e per la pressione diastolica media in ambulatorio (-6,14 mmHg).

Nel complesso, il controllo della PA (PA in studio $< 140/90$ mmHg) è stato raggiunto dal 66,3% dei pazienti sottoposti a terapia con polipillola rispetto al 42,7% con terapia tripla. Vantaggio (51,2% vs. 20,7%) anche per la normalizzazione della PA ambulatoriale (PA media nelle 24 ore $< 130/80$ mmHg) e (60,7% vs. 25,4%) per quella domiciliare ($< 135/85$ mmHg).

Così Stefano Taddei, Università di Pisa e coordinatore della ricerca: "Nei pazienti con ipertensione resistente, con l'aumentare del numero di compresse da assumere, l'aderenza alla terapia diminuisce. Una singola pillola con quattro principi attivi, che includa bisoprololo, potrebbe aiutare nella compliance e fornire un controllo efficace della pressione arteriosa".