

## **Le nuove linee guida ESC/ESH sull'ipertensione arteriosa.**

Secondo le precedenti linee guida delle Società Europee di Cardiologia (ESC) e dell'Ipertensione Arteriosa (ESH), pubblicate nel 2013, una diagnosi di ipertensione arteriosa era possibile in presenza di valori sistolici superiori a 140 mmHg e/o diastolici superiori a 90 mmHg. Valori pressori sistolici tra 130 e 139 mmHg e/o diastolici tra 85 e 89 mmHg identificavano, invece, una pressione normale-alta, in cui non era però raccomandata una terapia antiipertensiva (raccomandazione di classe IIIA). Per quanto riguarda i target tensivi, era raccomandato il raggiungimento di valori sistolici inferiori ai 140 mmHg nei pazienti a rischio cardiovascolare basso-moderato e nei diabetici (raccomandazione di classe IA), che avrebbero dovuto essere raggiunti anche nei pazienti con pregresso ictus o TIA, cardiopatia ischemica e nefropatia (raccomandazione di classe IIaB). Negli anziani fino agli 80 anni veniva raccomandato di ridurre la sistolica tra 150 e 140 mmHg (raccomandazione di classe IA), ma in quelli "in forma" venivano consigliati valori inferiori ai 140 mmHg (raccomandazione di classe IIbC). Anche negli ultraottantenni con valori pressori sistolici superiori a 160 mmHg e in buone condizioni fisiche veniva raccomandato di raggiungere valori tra 150 e 140 mmHg (raccomandazione di classe IB). Infine, per quanto riguarda la pressione diastolica, il target raccomandato era inferiore a 90 mmHg per tutti i pazienti, ad eccezione di quelli diabetici, in cui il target scendeva sotto gli 85 mmHg (raccomandazione di classe IA).

Le recenti linee guida delle società americane ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA sull'ipertensione arteriosa hanno introdotto una importante novità, classificando come ipertesi di stadio I gli individui con valori pressori sistolici compresi tra 130 e 139 mmHg e/o diastolici compresi tra 80 e 89 mmHg. È comprensibile, tenendo conto della distribuzione gaussiana di un fenomeno come i valori pressori, come questo incrementi notevolmente non solo il numero di pazienti definiti come ipertesi in una popolazione, ma anche di quelli con indicazione al trattamento antiipertensivo. Infatti, secondo le linee guida statunitensi, i pazienti con una pressione sistolica di 130 mmHg o maggiore o una pressione diastolica di 80 mmHg o maggiore devono essere sottoposti a trattamenti antiipertensivi se in prevenzione secondaria o in prevenzione primaria con un rischio cardiovascolare a 10 anni del 10% o maggiore (raccomandazione di classe I). In questo caso il target raccomandato è inferiore ai 130/80 mmHg (raccomandazione di classe I). Solo nei pazienti in prevenzione primaria con un rischio cardiovascolare a 10 anni inferiore al 10% la terapia antiipertensiva va iniziata sopra i 140/90 mmHg (raccomandazione di classe I), ma anche in questi pazienti un target pressorio inferiore ai 130/80 mmHg può essere ragionevole (raccomandazione di classe Ib). Per quanto riguarda i pazienti con nefropatia o diabete, il target raccomandato è inferiore a 130/80 mmHg (raccomandazione di classe I). Anche per gli ultrasessantacinquenni senza comorbidità o ridotta aspettativa di vita è raccomandato, in classe IA, un target pressorio sistolico inferiore ai 130 mmHg.

A fronte delle suddette linee guida americane, le nuove linee guida europee per la diagnosi e la gestione dell'ipertensione arteriosa, sottoscritte dall'ESC e dall'ESH, si pongono in una posizione di compromesso, conservando il precedente sistema basato sui valori di pressione sanguigna (classificando ancora i pazienti con pressione sistolica da 130 a 139 mmHg e diastolica da 85 a 89

mmHg come aventi pressione alta ma non ipertensione) ma raccomandando approcci di trattamento iniziale e target tensivi più decisi rispetto alla versione del 2013:

- Nei pazienti con ipertensione di grado 2 o 3 è raccomandato un inizio immediato del trattamento antiipertensivo, simultaneamente alle modifiche dello stile di vita (raccomandazione IA).
- Nei pazienti con ipertensione di grado 1 a rischio basso-moderato e senza danno d'organo, sono raccomandate le modifiche dello stile di vita allo scopo della normalizzazione dei valori pressori (raccomandazione IIB). I pazienti che rimangono ipertesi devono invece essere trattati farmacologicamente, come pure i pazienti ad alto rischio o con danno d'organo (raccomandazione IA).
- Nei pazienti con pressione arteriosa normale alta (130–139/85–89 mmHg) sono raccomandate le modifiche dello stile di vita (raccomandazione IA) e il trattamento farmacologico può essere preso in considerazione in presenza di una malattia cardiovascolare, in particolare di una cardiopatia ischemica (raccomandazione IIbA).

Negli ipertesi anziani “in forma”, anche ultraottantenni, il trattamento farmacologico (se tollerato) e gli interventi sullo stile di vita sono raccomandati se la pressione sistolica supera i 160 mmHg e, non oltre gli 80 anni, anche nell'ipertensione di grado 1 (140–159 mmHg) (raccomandazione IA). Il trattamento antiipertensivo può essere preso in considerazione, se tollerato, negli ipertesi anziani più fragili (raccomandazione IIbB) e la sua sospensione dopo gli 80 anni, sempre se tollerato, non è giustificata (raccomandazione IIIA).

Per quanto riguarda i target tensivi, tutti i pazienti, compresi quelli più anziani, dovrebbero raggiungere una pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg come primo passo e, se il trattamento è tollerato, uguale o inferiore a 130/80 mmHg (raccomandazione IA). Per la maggior parte dei pazienti di età inferiore ai 65 anni, queste nuove raccomandazioni consigliano una pressione sistolica intorno ai 130 mmHg, ma non inferiore a 120 mmHg (raccomandazione IA). Per i pazienti di 65 anni e più, invece, l'obiettivo raccomandato è una pressione sistolica inferiore a 140 mmHg, e non inferiore a 130 mmHg (raccomandazione IA). Un obiettivo diastolico inferiore a 80 mmHg è infine raccomandato per tutti i pazienti trattati con terapia farmacologica, indipendentemente dal livello di rischio e dalle comorbidità (raccomandazione IIaB). Le nuove linee guida europee offrono anche una raccomandazione radicalmente nuova per la gestione iniziale dell'ipertensione: nella maggior parte dei pazienti è consigliata una terapia con due farmaci, possibilmente con una singola pillola combinata per ottenere la massima aderenza, ad eccezione dei pazienti anziani fragili e di quelli con ipertensione di grado I, specialmente con valori tensivi sistolici inferiori a 150 mmHg (raccomandazione IB). La terapia farmacologica iniziale raccomandata include ACE-inibitori o sartani con l'aggiunta di un calcioantagonista o di un diuretico (raccomandazione IA). Il grado successivo di trattamento prevede ACE-inibitore o sartano più calcioantagonista e un diuretico (raccomandazione IA). Per chi non raggiunge ancora l'obiettivo, è possibile aggiungere spironolattone o un altro diuretico o un alfa- o beta-bloccante (raccomandazione IB). I betabloccanti dovrebbero essere presi in considerazione in presenza di indicazioni specifiche (scompenso cardiaco, angina, post-infarto, fibrillazione atriale -

raccomandazione IA - e nelle giovani donne in gravidanza o nella possibilità della stessa). Resta sempre sconsigliata l'associazione di due inibitori del sistema renina-angiotensina (raccomandazione IIIA).

*Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2018 Oct 23;138(17):e426-e483.*

*Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104*