

Pressione arteriosa: abbassarla sì, ma non troppo!

Introduzione. L'ipertensione arteriosa è una condizione clinica a larga diffusione nella popolazione, riveste un ruolo centrale nell'ambito delle malattie cardiovascolari e determina un enorme impatto sui Sistemi Sanitari Nazionali. Si tratta infatti di un noto fattore di rischio per lo sviluppo di infarto del miocardio, ictus cerebrale, scompenso cardiaco congestizio, insufficienza renale cronica, nonché di mortalità per cause cardiovascolari. Questo è il motivo per cui l'ipertensione arteriosa e il suo trattamento sono considerati così importanti, al punto che la misurazione della pressione è diventata un'ossessione popolare che porta le persone a ripetute prove quotidiane in cerca del valore perfetto.

Efficacia dei farmaci antipertensivi per ridurre il rischio vascolare

Il compito della medicina del XXI secolo è anche quello di provare a ricondurre le aspettative irrealistiche dei pazienti alla realtà dei fatti e, in quest'ottica, il primo importante dato da avere chiaro è capire bene quale sia l'efficacia degli antipertensivi nel modificare gli esiti. Per rispondere alla domanda occorre "dare i numeri" e il più semplice per capire l'efficacia del trattamento farmacologico antipertensivo è l'NNT (*Number Needed to Treat*), ossia il numero di persone che è necessario trattare per evitare un evento cardiovascolare o una morte.

Secondo i dati di una revisione della letteratura Cochrane, che include 13 studi controllati randomizzati per un totale di 23.000 pazienti, se il paziente ha più di 60 anni, il numero di persone da trattare con antipertensivi per 5 anni per evitare una morte è 83, il numero di persone da trattare per 5 anni per prevenire un evento cardiovascolare è 24¹.

Secondo un'altra revisione Cochrane (più recente), che include 7 studi controllati e randomizzati per un totale di 17.327 partecipanti tra i 18 e i 59 anni, il trattamento non evita morti e il numero di persone da trattare con antipertensivi per 5 anni per prevenire un evento cardiovascolare è 122².

Il vantaggio c'è, ma forse non così marcato quanto la maggioranza delle persone (e i sanitari) crede. In effetti il modo più efficace per ridurre il rischio cardiovascolare e la mortalità è concentrarsi sugli stili di vita. Il fumo di sigaretta è il killer numero uno e forse pochi sanno che smettere di fumare per prevenire un evento cardiovascolare ha un NNT di 8³, ossia: quando 8 persone smettono di fumare, 1 evita un evento cardiovascolare. Una modesta efficacia nel ridurre la pressione e gli eventi cardiovascolari si può ottenere riducendo l'eccesso di sale dalla dieta: senza drastiche riduzioni, ma passando dagli attuali 9-12 grammi al giorno a 5-6 grammi, pressione sistolica e diastolica si riducono in media rispettivamente di 4 e 3 mmHg e l'NNT per prevenire un evento cardiovascolare riducendo il sale dalla dieta è circa 40⁴.

Qual è l'efficacia della dieta mediterranea per 5 anni nel prevenire un evento cardiovascolare? 61⁵.

Ancora più impressionante: quanto sia efficace praticare attività sportiva per ridurre la probabilità di un evento cardiovascolare. Basandosi su una revisione che include 305 studi controllati e randomizzati con 339.274 partecipanti sulla prevenzione secondaria dell'ictus, dell'ischemia cardiaca e dello scompenso cardiaco, non si riscontrano differenze significative tra il trattamento farmacologico e l'esercizio, ovvero l'NNT dell'attività fisica è praticamente identico a quello degli interventi farmacologici⁶.

Quando la pressione arteriosa è troppo alta?

Chiarito che l'ipertensione arteriosa è solamente uno dei fattori di rischio cardiovascolare, e il rischio aumenta all'aumentare dei valori di pressione arteriosa, è importante stabilire un target pressorio desiderabile. Tenendo presente che non esiste un numero perfetto che si possa estendere a tutta la popolazione, negli ultimi anni la tendenza è decisamente al ribasso. Le linee guida sull'ipertensione arteriosa espresse nel novembre 2017 dalle associazioni dei cardiologi americani, ovvero l'American College of Cardiology (ACC) e l'American Heart Association (AHA) insieme ad una decina di altre sigle professionali, hanno indicato 130/80 mmHg come target pressorio desiderabile. Le nuove linee guida americane si basano prevalentemente sullo studio americano SPRINT. In questo studio 9361 persone con una pressione sistolica >130 e un aumentato rischio cardiovascolare sono state randomizzate a un trattamento intensivo (PA sistolica <120 mmHg) verso un trattamento standard (PA sistolica <140 mmHg). Dopo una durata media di 3,3 anni c'è stata una riduzione dell'*outcome* composito (scompenso cardiaco o *stroke* o sindrome coronarica acuta o mortalità cardiovascolare) nell'1,6% dei pazienti nel gruppo trattato in maniera intensiva rispetto al gruppo in trattamento standard, con un NNT di 63 per i 3,3 anni di trattamento. Analizzando i dati emerge però come i benefici di un trattamento intensivo vengono annullati dai suoi effetti indesiderati⁷: in numeri assoluti, se 1.000 pazienti vengono trattati in modo aggressivo per raggiungere una pressione sistolica <120mmHg, 16 beneficeranno del trattamento e 22 riporteranno gravi eventi avversi⁷.

SPRINT è uno studio importante, ma è solo uno di quelli che prendono in considerazione il target pressorio e deve essere considerato nel contesto della totalità dell'evidenza scientifica. Una visione più accurata è quella della recente revisione sistematica della Cochrane⁸ che mostra come i target più bassi non si associno ad una

riduzione della mortalità e non ci siano prove conclusive a favore del fatto che target pressori inferiori a 140/90 mmHg riducano la mortalità totale ed eventi avversi gravi totali nei pazienti ipertesi.

La possibilità di ottenere dei benefici con un trattamento intensivo è stata esplorata anche in pazienti in cui all'ipertensione arteriosa si sommano altri fattori di rischio cardiovascolare. Anche in questo caso, un trattamento intensivo sulla pressione non ha prove conclusive di efficacia in pazienti con diabete⁹, nefropatia^{10,11} o patologia cardiovascolare¹².

Ridurre il carico di malattia o medicalizzare la società?

Come spesso capita, una modifica dei target di riferimento da parte di grandi società scientifiche rischia di "creare" nuovi potenziali malati. Ricordiamo tuttavia che queste nuove linee guida dei cardiologi americani, non sono state adottate dall'accademia americana dei medici di famiglia¹³. Alcuni dei motivi di questa scelta sono interessanti. Ad esempio, il fatto che su oltre 100 raccomandazioni una revisione sistematica è stata fornita solo per 4 questioni chiave mentre gli effetti collaterali della riduzione pressorio non sono stati valutati in modo sistematico. Un'altra delle ragioni riguarda un conflitto di interessi intellettuale: il presidente del comitato di estensori della linea guida dei cardiologi americani era il presidente del comitato dello studio SPRINT, che ha avuto un peso decisivo nella scelta del nuovo target¹⁴.

Negli anni i valori soglia per definire l'ipertensione arteriosa da trattare si sono abbassati: ai tempi in cui il target era 160/90 mmHg gli americani malati erano 39 milioni, modificando l'obiettivo terapeutico a 140/90 i malati sono divenuti 70 milioni (32% della popolazione), con l'ultima recente modifica a 130/80 gli ipertesi diventano 103 milioni (46% della popolazione americana)¹⁴.

Ma il beneficio di qualsiasi trattamento è tanto maggiore quanto più distante dalla norma è l'anomalia che si tratta. Nel caso dell'ipertensione arteriosa, il problema del trattare l'intera popolazione per valori di pressione arteriosa così prossimi alla normalità è che i danni del farmaco dovuti ad effetti collaterali possono essere maggiori dei vantaggi.

Qualche consiglio quando si misura la pressione¹⁵⁻¹⁶

Misurare la pressione è un atto solo apparentemente semplice. Infatti la pressione arteriosa varia ampiamente nel corso della giornata ed è influenzata da molteplici fattori tra cui le emozioni, il dolore, l'attività fisica, la temperatura e i farmaci (inclusi caffeina e nicotina). E' inoltre ben documentato che può aumentare in modo sostanziale quando misurata da personale sanitario, un fenomeno conosciuto come "effetto camice bianco" che può riguardare tra il 15 e il 30% delle persone.

La prima raccomandazione è quindi che il personale sanitario sia adeguatamente formato e controlli periodicamente le sue performance. In secondo luogo occorre utilizzare un apparecchio validato che deve essere regolarmente calibrato. Poiché non tutti i moderni misuratori automatici (in particolare i misuratori da polso poco affidabili) non dà valori riproducibili in caso di irregolarità di battito (come nel caso della fibrillazione atriale), si consiglia di tastare il polso radiale o brachiale, prima di procedere alla misurazione. Nel caso ci siano "salti", è meglio passare all'auscultazione diretta. E' importante usare un bracciale adeguato alla taglia del braccio del paziente. In effetti alcuni studi riscontrano una buona accuratezza della misurazione della pressione in persone con un braccio di taglia media, mentre persone con braccia piccole o grandi hanno risultati della pressione arteriosa che sono rispettivamente sovrastimati e sottostimati. Inoltre, meglio scegliere sempre lo stesso braccio che deve essere supportato in modo da non lasciare i muscoli in tensione, rivolgendo la fossa antecubitale verso l'alto. In alcuni casi, almeno inizialmente, è consigliabile ripetere la misurazione su entrambe le braccia.

Rimangono sempre validi i consigli di lasciar riposare la persona in un ambiente confortevole, prima di effettuare la misurazione, di non parlare mentre la pressione viene misurata, così come - se possibile - rimanere seduti accanto al paziente durante la misurazione ed infine di ripetere la misurazione, soprattutto se si sospetta un effetto "camice bianco".

A cura dei dottori Luca Iaboli e Sergio Cattani

Bibliografia

1. Musini VM et al. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4 2. Musini VM. Pharmacotherapy for hypertension in adults 18 to 59 years. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8 3. Jackson E et al. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. Uptodate. April 2018 4. Adler AJ et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12 5. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013 Apr 4;368(14):1279-90 6. Naci H and Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. BMJ 2013;347:f5577 7. Does SPRINT change our approach to blood pressure targets? Therapeutics Letter January-February 2016, <http://www.ti.ubc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/98.pdf> 8. Garrison SR et al. Blood pressure targets for hypertension in older adults. Cochrane Database Syst Rev 2017 9. Arguedas JA et al. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2013 Oct 30;(10):CD008277 10. Upadhyay A et al. Systematic review: blood pressure target in chronic kidney disease and proteinuria as an effect modifier. Ann Intern Med 2011;154:541-8 11. Tsai WC et al. Association of intensive blood pressure control and kidney disease progression in non-diabetic patients with chronic kidney disease: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med 2017;177:792-9 12. Saiz LC et al. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2017 Oct 11;10:CD010315. 13. American Academy of Family Physicians Decides to Not Endorse AHA/ACC Hypertension Guideline. Fonte: <https://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/non-endorsed.html> 14. Munter P et al. Potential U.S. Population Impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. Circulation 2018 137(2):109-118 15. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/chapter/1-Guidance#measuring-blood-pressure> 16. Piper MA. "Screening for High Blood Pressure in Adults. A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force" Evidence Syntheses, No. 12. Agency for Healthcare Research and Quality 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/es121/pdf/>