

## DATA:

30 gennaio 2016

## TITOLO:

Quanto devo abbassare la PA? È soprattutto una questione di RCVGA!

## INTRODUZIONE:

Questo mese, durante il monitoraggio delle maggiori riviste di medicina generale (fra cui New England Journal of Medicine, Lancet, Journal American Medical Association, Annals of Internal Medicine, British Medical Journal, ecc.) ha attirato la nostra attenzione la pubblicazione dei risultati di una grande revisione sistematica con metanalisi sul trattamento dell'ipertensione.

## ARTICOLO:

*Lancet*. 2015 Dec 23; [Epub ahead of print] [link](#)

*Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis.*

*Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K.*

*Trattamento della pressione arteriosa per la riduzione degli eventi cardiovascolari e la mortalità: una revisione sistematica e meta-analisi.*

La revisione sistematica con meta-analisi appena pubblicata da Lancet ha elaborato i dati provenienti da 616815 pazienti arruolati da tutti gli RCT (123) in cui veniva testato un trattamento antipertensivo con almeno mille partecipanti per braccio di confronto. I risultati hanno mostrato che quanto più si abbassa la pressione arteriosa sistolica tanto più si riducono, in modo lineare, gli eventi cardiovascolari. Qualunque sia il valore di PAS iniziale (anche per valori < 130 mmHg) ogni 10 mmHg di riduzione si ottiene una Riduzione del Rischio Relativo (RRR) del 20% di Eventi Cardiovascolari, del 17% di IMA, del 27 % di Ictus, del 28% di scompenso cardiaco e del 13% di morte per tutte le cause. I risultati sono indipendenti dalla storia pregressa o meno di eventi cardiovascolari e dalle comorbidità (eccetto diabete e insufficienza renale). I benefici del trattamento antipertensivo non sono altrettanto significativi sullo sviluppo di insufficienza renale.

Sulla base dei risultati della metanalisi gli AA propongono di modificare l'attuale atteggiamento delle linee guida, basato su un "rigido target fissato", considerando invece un "**risk-based target**", ritagliato sulla persona, sia in termini di decisione di intraprendere il trattamento (eventualmente anche in coloro che hanno PAS di partenza < 130 mmHg), sia in termini di obiettivi terapeutici da raggiungere. È evidente che, trattandosi di RRR, i benefici maggiori si avranno nei soggetti che hanno un Rischio CV Globale Assoluto (RCVGA) più elevato.

La metanalisi valuta inoltre i confronti tra le diverse classi di antipertensivi: i beta bloccanti risultano essere inferiori agli altri antiipertensivi nella prevenzione di quasi tutti gli eventi cardiovascolari maggiori, mentre i calcio antagonisti sono superiori nella prevenzione dell'ictus; nella prevenzione dello scompenso cardiaco i diuretici risultano essere le molecole più efficaci mentre i calcio antagonisti sono le meno efficaci. Tutte le classi si equivalgono invece sulla riduzione della mortalità per tutte le cause, ad eccezione dei beta bloccanti, di nuovo meno efficaci.

## NOSTRO COMMENTO:

Nella RS valutata è compreso anche lo studio SPRINT, analizzato nel focus di dicembre 2015. Come nello studio citato questa metanalisi conferma quanto già commentato: un controllo pressorio più stretto, soprattutto dopo i 60 anni, riduce sia il numero di Eventi Cardiovascolari Maggiori che la probabilità di morte, in particolare nei pazienti a maggior RCVGA. **Nella valutazione del rischio i calcolatori Cuore e Score ci offrono modelli previsionali semplici ma affidabili.**

Relativamente ai diversi profili di efficacia delle diverse classi di antiipertensivi, citati nel lavoro di Ettehad e coll., una revisione Cochrane del 2015, che prende in esame solo RCT di confronto diretto fra farmaci inibitori del sistema renina angiotensina-aldosterone (ISRAA) con altri ipertensivi, conferma che rispetto agli ISRAA:

- i diuretici sono superiori nel ridurre gli eventi “scompenso cardiaco” e “ictus”;
- i Calcio antagonisti sono superiori nel ridurre l'evento “ictus”, ma inferiori nell'evento “scompenso cardiaco”;
- i beta bloccanti non hanno studi di confronto di adeguata qualità per trarre conclusioni definitive.
- la mortalità per tutte le cause è comunque ridotta da ciascuna classe.

Va infine menzionata una recentissima metanalisi di 8 RCT (Chi C et al. - 2016), che ha raccolto 20451 pazienti ipertesi trattati con combinazioni di ISRAA (ACE-I/Sartano) e Calcio antagonisti rispetto ad altre combinazioni farmacologiche. Non sono state differenze significative sull'abbassamento della pressione arteriosa, né sulla riduzione della mortalità per tutte le cause e nemmeno sugli end-point renali. Tuttavia la combinazione ISRAA/Ca-antag. ha ridotto maggiormente sia gli eventi cardiovascolari (infarto e ictus non fatale) che la mortalità cardiovascolare, con una minor incidenza di effetti avversi collaterali.

#### **RICERCA BIBLIOGRAFICA:**

- Revisioni Sistematiche presenti in PubMed sulle terapie finalizzate ad abbassare i livelli di pressione ([link](#)). Data la grande quantità dei risultati anche nell'ultimo anno, sono mostrati solamente i primi 200 risultati; qualora si volesse avere la lista completa, si prega di contattare la biblioteca.
- Revisioni sistematiche pubblicate negli ultimi 5 anni che mettono in rapporto i Calcio antagonisti e i farmaci bloccanti il sistema Renina Angiotensina Aldosterone (ACE inibitori/sartani). [Link](#).