

ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δημήτριος Ζ. Ρίχτερ, MD, FESC, FAHA

Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Εύρωκλινικής Άθηνων

Νεότερες αμερικάνικες οδηγίες υπέρτασης 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: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *JAmCollCardiol* 2017

Βασικά σημεία

Μέρος 1. Γενική προσέγγιση, έλεγχος και παρακολούθηση

1. Οί οδηγίες του 2017 είναι η εξέλιξη του JNC 7 του 2003. Περιλαμβάνουν όλη τη γνώση που προήλθε από τις τελευταίες μελέτες σχετικά με την υπέρταση και τις μορφές της.

2. Είναι σημαντικό να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη σωστή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

Τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης χαρακτηρίζονται ως φυσιολογικά, πίεση (<120/80 mmHg), ύψηλη αρτηριακή πίεση (120-129/<80 mmHg), υπέρταση σταδίου 1 πίεση (130-139 ή 80-89 mmHg), και υπέρταση σταδίου 2 (≥ 140 ή ≥ 90 mmHg).

Προτού ονομαστέι ένας ασθενής υπέρτασις, είναι σημαντικό να χρησιμοποιήσουμε κατά μέσο όρο ≥ 2 μετρήσεις σε ≥ 2 περιπτώσεις, για να εκτιμήσουμε τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Μετρήσεις εκτός ιατρείου και κατ' οίκον μετρήσεις συνιστώνται για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την σταδιοποίηση της αντιυπερτασικής θεραπείας.

Η αντίστοιχη των πιέσεων, με βάση τον τρόπο και το μέρος που γίνονται, είναι:

Ίατρείο	140/90
Οικία	135/85

Holter ημέρα 135/85

Holter νύχτα 120/80

Holter 24 ώρες 130/80

Σε ενήλικους με επίπεδα πίεσης άνευ φαρμακευτικής αγωγής μεταξύ 130-160 mmHg ή διαστολικής 80-100 mmHg, είναι λογικό να γίνεται διερεύνηση πιθανότητας υπέρτασης λευκής μπλούζας με Holter ή κατ' οίκον μετρήσεις.

Σε ενήλικους με αυξημένη πίεση ιατρείου (120-129/<80) αλλά όχι υπέρταση, είναι λογικό να γίνεται διερεύνηση κεκαλυμμένης υπέρτασης.

3. Για ένα λευκό ενήλικο 45 ετών χωρίς υπέρταση, ή πιθανότητα να αναπτύξει υπέρταση τα επόμενα 40 έτη είναι 86%. Το 2010 ή υπέρταση ήταν η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως. Ο κίνδυνος αυξάνει με γεωμετρική πρόοδο για επίπεδα συστολικής από τα 115 στα 180 και διαστολικής από τα 75 στα 105 mmHg. Αυξημένα κατά 20 mmHg επίπεδα συστολικής και κατά 10 mmHg διαστολικής σχετίζονται με διπλασιασμό κινδύνου θανάτου από ΑΕΕ και καρδιακή νόσο.

Ανεξάρτητα από τη στατιστική διόρθωση για άλλους συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου ή συστολική πίεση σχετίζεται πάντα με την καρδιαγγειακή νόσο, κάτι που δεν ισχύει για τη διαστολική πίεση.

4. Είναι σημαντικό να ανιχνεύουμε και να αντιμετωπίζουμε όλους τους άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο στους υπέρτασις, όπως κάπνισμα, διαβήτης κτλ. Ο βασικός έλεγχος, που πρέπει να γίνεται σε κάθε υπέρτασις, περιλαμβάνει σάκχαρο νηστείας, γεν. αίματος, λιπιδαιμικός έλεγχος, θυρεοειδική λειτουργία, γεν. ούρων, ΗΚΓγράφημα (και δυναμικά Triplex καρδιάς), ούρινο όξινο και σχέση αλβουμίνης/κρεα-

τινίνης στα ούρα.

5. Έλεγχος δευτερογενούς υπέρτασης χρειάζεται σε ενήλικους πού, παρά την τριπλή φαρμακευτική αγωγή, δεν ρυθμίζεται ή πίεσή τους, σε περιπτώσεις αιφνίδιας ανόδου, σε ηλικίες <30 ετών, σε σημαντική βλάβη των οργάνων στόχος ή σε έναρξη διαστολικής υπέρτασης σε ηλικιωμένους είτε σε μη προκλειόμενη ή υπερβολική υποκαλιαιμία. Ο έλεγχος περιλαμβάνει έλεγχο για νεφρική νόσο, νεφραγγειακή νόσο, πρωτοπαθή άλδοστερονισμό, ύπνικη άπνοια, λήψη φαρμάκων/ουσιών που επιδρούν στην πίεση, καθώς και στην υπερκατανάλωση αλκοόλ.

Σε ειδικές περιπτώσεις με συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά γίνεται έλεγχος για σπανιότερες αιτίες όπως φαιοχρωμοκύτωμα, Cushin'g, συγγενή υπερπλασία επινεφριδίων, θυρεοειδοπάθεια, κτλ.

6. Οί μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, περιλαμβάνουν: απώλεια βάρους σε υπέρβαρους, μείωση κατανάλωσης άλατος, αύξημένη σωματική δραστηριότητα, περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ. Συνήθως ή κάθε μεταβολή επιφέρει μία μείωση της τάξης των 4-5 mmHg της συστολικής και 2-4 mmHg της διαστολικής. Όμως ή χαμηλή σε άλατι, κορεσμένα και όλικα λιπαρά διατροφή, και ύψηλη σε φρούτα, λαχανικά και σιτηρά μπορεί να μειώσει τη συστολική ΑΠ κατά 11 mmHg.

7. Το όφελος της μείωσης της αρτηριακής πίεσης φαρμακευτικά, σχετίζεται με το συνολικό αθηρωματικό κίνδυνο. Όσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος τόσο μεγαλύτερο το όφελος.

Συνιστάται σε υπέρτασιους ύψηλου κινδύνου πρωτογενούς πρόληψης, καθώς και δευτερογενούς πρόληψης ή έναρξη φαρμακευτικής αγωγής σε επίπεδα ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg. Στην πρωτογενή πρόληψη σε ασθενείς με όχι ύψηλο κίνδυνο (<10% με το ASCVD risk score) συνιστάται έναρξη αγωγής σε επίπεδα $\geq 140/90$ mmHg.

Ο στόχος είναι τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης να είναι < 130/80 mmHg.

8. Παρακολούθηση: Οί ενήλικοι χαμηλού κινδύνου, που γίνεται σύσταση αλλαγής τρόπου ζωής, συνιστάται να επανελέγονται μετά από 3-6 μήνες. Ασθενείς με υπέρταση 1ου σταδίου και ύψηλο καρδιαγγειακό κίνδυνο θα πρέπει να αντι-

μετωπίζονται άμεσα με μη φαρμακευτικά μέσα αλλά και με φαρμακευτική αγωγή και να επανελέγονται μετά από 1 μήνα. Ασθενείς με υπέρταση 2ου σταδίου θα πρέπει να ξεκινούν άμεσα διπλή φαρμακευτική αγωγή και να επανελέγονται στο μήνα.

Μέρος 2. Αρχές φαρμακευτικής θεραπείας και ειδικοί πληθυσμοί

9. Η χλωρθαλιδόνη (12,5-25 mg) αποτελεί το διουρητικό επιλογής λόγω μακράς ήμιζωής και αποδεδειγμένης μείωσης καρδιαγγειακού κινδύνου. α-MEA και ARBs δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και πρέπει να διακόπτονται κατά τη διάρκεια της έγκυμοσύνης. Τα διουρητικά της άγκύλης προτιμώνται στην καρδιακή ανεπάρκεια και όταν GFR < 30 ml/min. Η άμιλορίδη και ή τριαμερένη μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τις θειαζίδες σε ενήλικους με χαμηλό κάλιο, αλλά καλό είναι να αποφεύγονται όταν ό ασθενής έχει GFR < 45 ml/min.

Η σπιρονολακτόνη ή ή έπλερενόνη προτιμώνται στη θεραπεία του πρωτοπαθή άλδοστερονισμού και στην άνθεκτική υπέρταση. Οί β-άναστολείς δεν είναι θεραπεία πρώτης γραμμής, εκτός από όταν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος ή καρδιακή ανεπάρκεια. Στην υπέρταση με καρδιακή ανεπάρκεια προτιμώνται ή βισοπρολόλη, και ή μετοπρολόλη και σε ασθενείς με βρογχόσπασμο προτιμάται ή βισοπρολόλη.

10. Η θεραπεία πρώτης γραμμής σε υπέρταση πρώτου σταδίου περιλαμβάνει θειαζιδικά διουρητικά, ανταγωνιστές άσβεστίου και α-MEA ή ARBs. Σε υπέρταση δεύτερου σταδίου και μέση πίεση 20/10 mmHg πάνω απ' την τιμή στόχο συνιστάται ή έναρξη θεραπείας με συνδυαστική θεραπεία που επιτυγχάνει και καλύτερη συμμόρφωση. Η θεραπεία υπέρτασης με ARBs μπορεί να μειώσει τις υποτροπές κρίσεις κολπικής μαρμαρυγής.

11. Σε ασθενείς με XNA ό στόχος παραμένει <130/80 mmHg και ή θεραπεία με α-MEA (ή ARBs, αν οί α-MEA δεν είναι άνεκτοι) είναι λογική για τη μείωση εξέλιξης της νεφρικής νόσου.

12. Σε ασθενείς με ΑΕΕ είναι σημαντικό να διαχωριστεί το είδος του ΑΕΕ όπως και ή χρονική στιγμή από αυτό. Σε ασθενείς με έγκεφαλική αίμορραγία και ΑΠ > 220 mmHg είναι λογικό να

μειώνεται ή πίεση σταδιακά μέχρι τὰ επίπεδα τῶν 140 mmHg. Χαμηλότερη μείωση δὲν ὀφελεί καὶ μπορεῖ, ἀντίθετα, νὰ βλάψει. Στὸ ἰσχαϊμικὸ ΑΕΕ, ἂν ἡ πίεση εἶναι $\geq 220/120$ mmHg, θεωρεῖται λογικὸ νὰ μειωθεῖ κατὰ 15% τὸ πρῶτο 24ωρο τοῦ ἐπεισοδίου.

Στὴ δευτερογενῆ πρόληψη ὁ στόχος εἶναι $<130/80$ mmHg σὲ ὅσους ἔχουν πίεση $\geq 140/90$ mmHg, μὲ τὰ φάρμακα νὰ ἐπιλέγονται μὲ βάση τὶς συννοσηρότητες

13. Στοὺς διαβητικοὺς ἡ ἀγωγή θὰ πρέπει νὰ ξεκινᾶ μὲ πίεση $>130/80$ mmHg μὲ στόχο τὸ $<130/80$ mmHg. Ὅλες οἱ κατηγορίες ἀντιυπερτασικῶν πρώτης γραμμῆς εἶναι ἀποτελεσματικὲς καὶ ἀσφαλεῖς. Σὲ περίπτωση πρωτεΐνουρίας καλὸ εἶναι νὰ προτιμῶνται οἱ α-MEA/ARBs.

14. Στοὺς ἀσθενεῖς μὲ μεταβολικὸ σύνδρομο συνιστᾶται καταρχὴν ἀλλαγὴ τρόπου ζωῆς μὲ μεταβολὴ διατροφικῶν συνηθειῶν, ἀπώλεια βάρους

καὶ ἄσκηση. Δὲν ὑπάρχει σαφὴς ὑπεροχὴ ἐνὸς ἀντιυπερτασικοῦ φαρμάκου ἔναντι ἄλλου στοὺς ἀσθενεῖς μὲ μεταβολικὸ σύνδρομο.

15. Βαλβιδικὴ νόσος: Στὴν ἀσυμπτωματικὴ στένωση ἀορτῆς μὲ ὑπέρταση ξεκινᾶμε ἀγωγή μὲ χαμηλὲς δόσεις καὶ αὐξάνουμε σταδιακά. Στὴν χρόνια ἀνεπάρκεια ἀορτῆς ἀποφεύγουμε φάρμακα ποὺ μειώνουν τὴν καρδιακὴ συχνότητα (β-ἀναστολεῖς).

16. Οἱ β-ἀναστολεῖς συνιστῶνται ὡς θεραπεία πρώτης γραμμῆς σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὑπέρταση καὶ θωρακικὴ ἀορτικὴ νόσο.

17. Γιὰ ἀσθενεῖς ἄνω τῶν 65 ἐτῶν μὲ ὑπέρταση, μὲ πολλαπλὲς συννοσηρότητες καὶ/ ἢ μειωμένο προσδόκιμο ζωῆς συνιστᾶται συνεκτίμηση κατάστασης ἀσθενοῦς καὶ ἐπιλογῶν ἀσθενοῦς γιὰ τὴν ἐπιλογὴ φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς. Ἡ μείωση τῆς ὑπέρτασης εἶναι λογικὴ γιὰ τὴν ἀποφυγὴ νοητικῆς πτώσης καὶ ἄνοιας.