

# Σύγχρονη διαχείριση υπέρτασης στις δυο όχθες του Άτλαντικού: διαφοροποιήσεις και προκλήσεις

**Κωνσταντίνος Γ. Θωμόπουλος**

*Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΜΑ «Έλενα Βενιζέλου»*

**Π**οιόν από ένα περίπου έτος, τὸ Νοέμβριο τοῦ 2017, ἔγινε ἡ παρουσίαση τῶν πιὸ πρόσφατων Ἀμερικανικῶν ὁδηγιῶν γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς ἀρτηριακῆς υπέρτασης. Ἡ παρουσίαση συνοδεύτηκε ἀπὸ ταυτόχρονη δημοσίευση τοῦ κειμένου τῶν ὁδηγιῶν καὶ ἀπὸ ἓνα ἐπιπρόσθετο κείμενο συστηματικῆς ἀνασκόπησης τῆς βιβλιογραφίας σὲ εἰδικὰ θέματα υπέρτασης (π.χ. στόχοι τῆς ἀντιυπερτασικῆς θεραπείας), γιὰτὶ οἱ συγγραφεῖς τῶν ὁδηγιῶν ἤθελαν νὰ ἀποτυπώσουν, μὲ δική τους ἔρευνα, τὸ πῶς συνοψίζονται καὶ ποῖο ἐπίπεδο τεκμηρίωσης διέπει τὶς ἐνδείξεις.

Οἱ Ἀμερικανικὲς ὁδηγίες, μὲ «ἐπικαλούμενο σκοπὸ» τὴν αὔξηση τῆς εὐαισθητοποίησης τοῦ γενικοῦ πληθυσμοῦ γιὰ τὴν υπέρταση, ἄλλαξαν τὸν ὅρισμό τῶν διαφορετικῶν ἐπιπέδων τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης, ποὺ συνεχίζει νὰ θεωρεῖ φυσιολογικὴ τὴν ἀρτηριακὴ πίεση σὲ ἐπίπεδα χαμηλότερα τοῦ 120/80 mmHg, ἀποδίδει στὸ διάστημα μεταξὺ 120-129 mmHg τὸν ὅρο «αὔξημένη ἀρτηριακὴ πίεση» καί, τέλος, βαφτίζει υπερτασικοὺς αὐτοὺς ποὺ ἔχουν τιμὲς ἀρτηριακῆς πίεσης  $\geq 130/80$  mmHg. Μὲ βάση τὸν νέο ὅρισμό, κατὰ τοὺς Ἀμερικανοὺς, πραγματοποιεῖται *de facto* αὔξηση τοῦ ἐπιπολασμοῦ τῆς υπέρτασης κατὰ 14%. Ὁ τρόπος μέτρησης τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης, ἀποτελεῖ ἓνα ἀκόμη σημαντικὸ σημεῖο τῶν Ἀμερικανικῶν ὁδηγιῶν, ποὺ συστήνουν τὴν παραδοσιακὴ μέτρηση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης ἰατροῦ ὡς τὴν

πλέον ἀποδεκτὴ γιὰ τὴ λήψη κλινικῶν ἀποφάσεων, μὲ τὴν προϋπόθεση ὅτι ἡ μέτρηση γίνεται μὲ σωστὸ τρόπο, ποὺ ἀπαιτεῖ συγκεκριμένα βήματα. Γιὰ πρώτη φορὰ στὰ Ἀμερικανικὰ χρονικά, δίνεται ἔμφαση στὴ χρησιμότητα τῶν μετρήσεων ἐκτὸς ἰατροῦ γιὰ τὴ διάγνωση τῆς υπέρτασης καὶ στὸν ὑπολογισμό τοῦ δεκαετοῦς καρδιαγγειακοῦ κινδύνου ἐπίπτωσης καρδιαγγειακῆς νόσου τοῦ κάθε ἐξεταζόμενου ξεχωριστά, ὡς ἐργαλείου γιὰ τὴ λήψη κλινικῶν ἀποφάσεων. Οἱ ὑγιεινοδιαιτητικὲς παρεμβάσεις συστήνονται σὲ ὅλους τοὺς ἐξεταζόμενους, ἤδη ἀπὸ τὰ ἐπίπεδα τῆς «ὑψηλῆς ἀρτηριακῆς πίεσης» καὶ ἐπεκτείνονται στὰ δυὸ στάδια υπέρτασης ποὺ προβλέπει ὁ νέος ὅρισμός, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸ ἐπίπεδο τοῦ ὑποκείμενου καρδιαγγειακοῦ κινδύνου. Ἀντιθέτως, ὁ ὑψηλὸς καρδιαγγειακὸς κίνδυνος (δεκαετῆς κίνδυνος  $\geq 10\%$  σύμφωνα μὲ τὸ ASCVD Risk-Estimator Plus) ἤδη ἀπὸ τὸ στάδιο 1 υπέρτασης (130-139 mmHg ἢ 80-89 mmHg) σηματοδοτεῖ τὴν ἔναρξη ἀντιυπερτασικῶν φαρμάκων. Ὁ στόχος τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης εἶναι ἐπίτευξη τιμῶν μικρότερων τοῦ 130/80 mmHg γιὰ ὅλους, ἀνεξαρτήτως ἡλικίας καὶ συννοσηροτήτων.

Ἡ ἔναρξη καὶ διατήρηση τῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς, μπορεῖ νὰ γίνῃ μὲ καθεμία ἀπὸ τὶς βασικὲς κατηγορίες φαρμάκων, πλὴν τῶν β-αποκλειστών. Ἡ σύσταση γιὰ ἔναρξη ἀγωγῆς μὲ χρήση συνδυασμοῦ (ἐλεύθερου ἢ σταθεροῦ) φαρμάκων θὰ πρέπει νὰ γίνῃ στὸ ἐπίπεδο τιμῶν ἀρτηρι-

ακής πίεσης  $\geq 150/90$  mmHg, ενώ μονοθεραπεία μπορεί να αρχίζει σε χαμηλότερα επίπεδα. Σε υπερτασικούς με υποκείμενη σταθερή στεφανιαία νόσο, οι β-αποκλειστές (πλὴν ατενολόλης και β-αποκλειστών με ένδογενή συμπαθητικομμητική δράση) και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (ή οι σαρτάνες) αποτελούν τα φάρμακα έναρξης της αγωγής, ενώ στους διαβητικούς, εξαιρούμενων των β-αποκλειστών, όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες θα μπορούν να επιλέγονται.

Η παρουσίαση των Ευρωπαϊκών οδηγιών για την αντιμετώπιση της υπέρτασης έγινε σε δύο διαφορετικές περιστάσεις: τον Ιούνιο του 2018, στη Βαρκελώνη, στο πλαίσιο του ετήσιου συνεδρίου Υπέρτασης (ESH) και τον Αύγουστο του 2018, στο πλαίσιο του ετήσιου συνεδρίου Καρδιολογίας (ESC). Η αποτύπωσή τους σε κείμενο έγινε ταυτόχρονα με την δεύτερη παρουσίαση. Σύμφωνα με τις νέες οδηγίες ESC/ESH για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, ο όρισμός της υπέρτασης δεν αλλάζει σε σχέση με τον προηγούμενο του 2013. Οι Ευρωπαίοι επιμένουν διαχρονικά όλοένα και περισσότερο στην μέτρηση της αρτηριακής πίεσης εκτός ιατρείου για τη διάγνωση της υπέρτασης, με μετρήσεις κατ' οίκον ή 24ωρη καταγραφή. Ο υπολογισμός του καρδιαγγειακού κινδύνου, σύμφωνα με τους υποκείμενους παράγοντες κινδύνου και το SCORE (δεκαετής κίνδυνος θανατηφόρου καρδιαγγειακού επεισοδίου), παραμένει βασικός πυλώνας για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Τα υγιεινο-διαιτητικά μέτρα αποτελούν, επίσης, στρατηγική αιχμής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Η έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να γίνεται σε επίπεδα αρτηριακής πίεσης  $\geq 140/90$  mmHg, σε εξεταζόμενους ηλικίας μικρότερης των 80 ετών. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ( $\geq 80$  έτη) θα πρέπει να αρχίζουν φαρμακευτική αγωγή, όταν η αρτηριακή πίεση είναι  $\geq 160/90$  mmHg και τονίζεται, επίσης, ότι δεν θα πρέπει να στερούνται της ελεύθερης παρενεργειών φαρμακευτικής αγωγής, που ήδη λαμβάνουν. Ο βασικός στόχος της αρτηριακής πίεσης, μετά από κάθε θεραπευτική παρέμβαση, παραμένει σε επίπεδα  $< 140$  mmHg, αλλά επεκτείνεται σε όλους τους υπερτασικούς, ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ χαμηλότερος στόχος  $< 130$  mmHg προτείνεται σε νεότερους υπερτασικούς ασθενείς ( $< 65$  έτη), εφόσον είναι καλά ανεκτός (χωρίς παρενέργει-

ες). Η ύπαρξη παρενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία, όταν η συστολική αρτηριακή πίεση μειώνεται μεταξύ 130-139 mmHg, αποτελεί βασική παράμετρο για αναπροσαρμογή του στόχου σε υψηλότερα επίπεδα (π.χ. 140-159 mmHg). Σε υπερτασικούς ηλικίας  $\geq 80$  ετών, το επίπεδο ανεξαρτησίας (αυτοεξυπηρέτησης), ή εν γένει φυσική τους κατάσταση και οι παρενέργειες της αγωγής αποτελούν τα συστατικά που καθορίζουν τον επιλεγόμενο στόχο της συστολικής αρτηριακής πίεσης, που για πολλούς είναι  $< 160$  mmHg. Για ειδικές ομάδες, π.χ. με σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, όσα ειπώθηκαν παραπάνω έχουν πλήρη ισχύ. Για το στόχο της διαστολικής αρτηριακής πίεσης, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες προτείνουν επίπεδα  $< 80$  mmHg. Η έναρξη της θεραπείας με δύο φάρμακα (με προτίμηση του σταθερού συνδυασμού) αποτελεί κανόνα για τους περισσότερους υπερτασικούς, με εξαίρεση των υπερτασικών με τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης  $< 150$  mmHg και χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή των ηλικιωμένων ασθενών με κίνδυνο παρενεργειών ή τέλος αυτών ηλικίας  $> 80$  ετών. Οι συνδυασμοί έκλογής για την έναρξη και διατήρηση της αγωγής είναι ένα «φάρμακο του άξονα» μαζί με αποκλειστή δι-αύλων άσβεστίου ή διουρητικό, ενώ και οι Ευρωπαϊκές οδηγίες περιορίζουν τους β-αποκλειστές σε ειδικές περιστάσεις, (π.χ. υπέρταση και σταθερή στεφανιαία νόσος).

### Διαφοροποιήσεις

Η βασική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο οδηγιών είναι ο όρισμός της υπέρτασης. Αν και η αρτηριακή πίεση είναι συνεχώς μεταβλητή και κάθε αύξησή της, ήδη από επίπεδα  $> 115/75$  mmHg, συνοδεύεται από αύξηση του αριθμού των καρδιαγγειακών επεισοδίων, ή ύπαρξη κάποιου ούδου, που σηματοδοτεί έναρξη της αγωγής στο γενικό πληθυσμό, είναι απαραίτητη. Η παραδοχή της ύπαρξης κάποιου ούδου για τον όρισμό της υπέρτασης στηρίζεται στην διατύπωση άποψης, πριν 50 χρόνια περίπου, από τον G. Rose, ότι η αντιπερτασική αγωγή θα πρέπει να αρχίζει σε επίπεδα όπου τα όφελι, της οποιας παρέμβασης, υποσκελίζουν τις όποιες επιβλαβείς της επιπτώσεις ή δεν έχουν κανένα όφελος. Η άποψη του G. Rose αποτέλεσε βασικό μοχλό για τις κατευθυντήριες οδηγίες JNC VI και WHO-ISH 1999, που υποστή-

ριξαν για πρώτη φορά ότι ο υποκείμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι βασική μεταβλητή, που καθορίζει τις εκβάσεις για διαφορετικά επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Επίσης, στις οδηγίες αυτές διατυπώθηκε, ότι επίπεδα αρτηριακής πίεσης άνω του 140/90 mmHg σαφώς σηματοδοτούν ανάγκη παρέμβασης (όχι απαραίτητα με φάρμακα) και ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου (διαβητικοί, δευτερογενής πρόληψη) ακόμη και τιμές μεταξύ 130-139 mmHg θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά. Στις ημέρες μας, μεγάλες μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα <140 mmHg προσφέρει σημαντικά καρδιαγγειακά όφελι, ενώ για στόχους <130 mmHg ανάλογα έπωφελη εύρηματα περιορίζονται σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή (κυρίως στεφανιαίας) νόσο. Έτσι, λοιπόν, κάθε προσπάθεια μεταβολής του όρισμού της νόσου θα πρέπει να αφορά στο σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο σε κάποιες ειδικές ομάδες. Άρα, η μεταβολή του όρισμού της υπέρτασης με βάση τις Αμερικανικές οδηγίες, δεν φαίνεται καλά έδραιωμένη σε ένδειξεις.

Σημαντική διαφοροποίηση, μεταξύ των δυο νέων κατευθυντήριων οδηγιών, αποτελεί το γεγονός ότι στις Ευρωπαϊκές οδηγίες ή ηλικία και οι παρενέργειες θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους στόχους της αρτηριακής πίεσης, σε αντίθεση με τις Αμερι-

κανικές οδηγίες οι οποίες έχουν ένα κοινό στόχο για όλους τους ασθενείς.

### Προκλήσεις

Αν και αμφότερες οι κατευθυντήριες οδηγίες αξιολογούν διεξοδικά το επίπεδο και την ποιότητα των ενδείξεων για τη σύγχρονη αντιμετώπιση της υπέρτασης, είναι τελικά άγνωστο, πώς οι κλινικοί ιατροί θα μπορέσουν να τις εφαρμόσουν στην κλινική πράξη. Για πρώτη φορά, γίνεται προσπάθεια για επίτευξη χαμηλότερων στόχων με βάση τις κλινικές μελέτες, αλλά είναι άγνωστο το κατά πόσο ή μετάφραση των μελετών στην κλινική πράξη θα έχει τα ανάλογα θετικά αποτελέσματα. Θα μπορέσουν, τελικά, οι κλινικοί ιατροί της δυτικής όχθης να αποδεχθούν τον νέο όρισμό της υπέρτασης και να εφαρμόσουν έναν κοινό επιθετικό στόχο, που προτείνουν οι Αμερικανικές οδηγίες; Επίσης, θα μπορέσουν, τελικά, οι κλινικοί ιατροί της ανατολικής όχθης να εφαρμόσουν τους μεταβαλλόμενους στόχους, που προτείνουν οι Ευρωπαϊκές οδηγίες, ανάλογα με την ηλικία και την παρακολούθηση των παρενεργειών; Στο παρόν οι ερωτήσεις αυτές δεν έχουν καμία απάντηση. Το μόνο δεδομένο είναι, ότι οι οδηγίες ζητούν μεγαλύτερη προσπάθεια από τους ιατρούς στη διαχείριση της υπέρτασης, που εν μέρει συμβάλλει στην αύξηση της προσήλωσης στη θεραπεία και στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού και εξεταζόμενου.

