

Μετρήσεις αρτηριακής πίεσης εκτός ιατρείου: πρέπει να γίνουν κλινική ρουτίνα;

➡ **Κωνσταντίνος Γ. Θωμόπουλος**

Επιμελητής Α΄, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ.Α. “Ελενα Βενιζέλου”.

Τò 2011, οί κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης από το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) για πρώτη φορά υποστήριξαν, ότι οί μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) εκτός ιατρείου θεωρούνται απαραίτητες για τη διάγνωση της υπέρτασης, θέση την οποία υποστήριξαν οί Άμερικανικές οδηγίες υπέρτασης, που έκδόθηκαν τò 2017. Μάλιστα, οί Άμερικανοί πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προς ενίσχυση της έμπειρικής τους αύτης σύστασης (που δημοσιεύτηκε μαζί με τò κείμενο τών κατευθυντήριων οδηγιών), ή οποία όμως κατέληξε στο συγκρατημένο συμπέρασμα ότι, για έπιλεγμένους άσθενείς, ή μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι μπορεί να άποτελεΐ σημαντικό βοήθημα, που να συμπληρώνει τις πληροφορίες της μέτρησης της ΑΠ στο ίατρείο. Τò τελευταίο κείμενο τών Εύρωπαϊκών Όδηγιών, για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (2018) πάνω στο ίδιο άκριβώς θέμα, ήταν περισσότερο συντηρητικό, σε σχέση με τις «μη τεκμηριωμένες», με βάση τις ένδείξεις, Άμερικανικές προτροπές, υποστηρίζοντας ότι οί μετρήσεις της ΑΠ εκτός ίατρείου μπορούν χρησιμοποιηθούν έναλλακτικά τών έπαναλαμβανόμενων μετρήσεων ίατρείου, όταν αυτό καθίσταται έφικτò στην καθ' ήμέρα κλινική πράξη (συμπεριλαμβανομένου του κόστους της εξέτασης). Μάλιστα, οί Άμερικανοί δίνουν προβάδισμα στις μετρήσεις στο σπίτι, σε σχέση με την 24ωρη καταγραφή, γιατί ή πρώτη, μεθοδική, είναι περισσότερο έφικτή και ένδυναμώνει την προσήλωση τών άσθενών στη λαμβανόμενη

άγωγή. Οί Εύρωπαίοι, αντίθέτως, θεωρούν ότι τόσο ή 24ωρη καταγραφή όσο και οί μετρήσεις στο σπίτι άποτελούν άπαραίτητα έργαλεία για τη λήψη κλινικών άποφάσεων και λειτουργούν συμπληρωματικά στη διαχείριση της υπέρτασης. Έπίσης, υπάρχουν περιπτώσεις, όπως καταδεικνύεται στη μελέτη PAMELA, όπου καταγράφονται διαφοροποιήσεις μεταξύ τών έπιπέδων ΑΠ στο σπίτι και 24ωρης καταγραφής. Παρότι οί μετρήσεις της ΑΠ εκτός ίατρείου έχουν γίνει άρκετά δημοφιλείς και είναι πλέον διαθέσιμες σε πολλές χώρες, έν τούτοις παραμένει άμφιλεγόμενο τò έν ή χρησιμοποίησή τους ως κλινική ρουτίνα θα πρέπει να ένθαρρύνεται.

Οί μετρήσεις της ΑΠ εκτός ίατρείου, σε σχέση με τις μετρήσεις ίατρείου, χαρακτηρίζονται από: καλύτερη έπαναληψιμότητα της μετρούμενης τιμής, έλλειψη του φαινομένου της λευκής μπλούζας, έλλειψη ή μικρή μεταβολή τών τιμών της ΑΠ όταν χορηγείται εικονικό φάρμακο και, τέλος, καλύτερη πρόβλεψη μελλοντικών καρδιαγγειακών έπεισοδίων. Η καλύτερη προβλεπτική άξία της 24ωρης καταγραφής όφείλεται σε δύο παρατηρήσεις: πρώτον, καταγράφεται πιò ίσχυρη συσχέτιση τών τιμών της 24ωρης καταγραφής, σε σχέση με τις τιμές ίατρείου για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβάματα και, δεύτερον, ότι ή συσχέτιση αύτη παραμένει σημαντική μετά από διόρθωση για τις τιμές ΑΠ ίατρείου. Η πιò ίσχυρη συσχέτιση τών τιμών 24ωρης καταγραφής, με τὰ μελλοντικά καρδιαγγειακά έπεισόδια, είναι άπλά ένα άναμενόμενο φαινόμενο, γιατί ή κατανομή τών τιμών της 24ωρης καταγραφής στο γενικό πληθυ-

σμό, σε σχέση με την κατανομή των τιμών της ΑΠ Ιατρείου, είναι περισσότερο περιορισμένη σε εύρος (στενότερες κατανομές μεγεθών καθοδηγούν περισσότερο σημαντικές συσχετίσεις).

Επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης σε υγιή ή υπέρτασικά άτομα υπό φαρμακευτική αγωγή, διάρκειας πολλών έτων (π.χ. 10ετίας ή παραπάνω), προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα για το ποιά μεθοδική μέτρηση της ΑΠ έχει την καλύτερη συσχέτιση με τις μελλοντικές καρδιαγγειακές εκβάσεις. Στις μελέτες αυτές, μόνο μία διαθέσιμη τιμή 24ωρης καταγραφής ήταν διαθέσιμη, σε αντιδιαστολή με τις πολλαπλές μετρήσεις της ΑΠ Ιατρείου (τη λεγόμενη «συνήθη ΑΠ»), που είναι ο μέσος όρος των μετρήσεων κατά την παρακολούθηση). Φαίνεται αρκετά δύσκολο να τεκμηριωθεί ότι κάποια τιμή ΑΠ, μέσω 24ωρης καταγραφής που μετρήθηκε, για παράδειγμα, το έτος 2000, μπορεί να προβλέψει ένα επεισόδιο που θα συμβεί το 2020. Εϊδικότερα δέ, σε ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή, με διαφορετική διαχρονική προσήλωση στη θεραπεία, η αρχική τιμή της 24ωρης καταγραφής σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αποτελεί ασφαλές μέγεθος πρόβλεψης μελλοντικού επεισοδίου. Αντιθέτως, οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ΑΠ Ιατρείου, από την πρώτη μέχρι και την τελευταία προ του υποτιθέμενου επεισοδίου, δίνουν πολύ καλύτερη διαχρονική εικόνα της «συνήθους ΑΠ» του εκάστοτε εξεταζόμενου.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη εκβάσεων που να στηρίζεται στην 24ωρη καταγραφή ή στις μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι. Επίσης, δεν υπάρχει τυχαιοποιημένη μελέτη συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ μετρήσεων ΑΠ Ιατρείου και εκτός Ιατρείου. Κατά συνέπεια, οι στόχοι της θεραπείας και ο ούδος για την έναρξη της αγωγής δεν έχουν καθοριστεί μέχρι σήμερα για τις μετρήσεις ΑΠ εκτός Ιατρείου. Οι όποιες προτεινόμενες τιμές, που αφορούν στις μετρήσεις ΑΠ εκτός Ιατρείου για την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ή για τον καθορισμό των στόχων μετά τη χορήγηση αντιπερτασικής αγωγής, έχουν εικονικά αντιστοιχηθεί με τη «συνήθη ΑΠ» σε μη θεραπευόμενους συμμετέχοντες σε μελέτες παρατήρησης.

Οι Ευρωπαϊκές οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (2018) αποδέχονται ότι υπάρχουν αρκετά κενά ενδείξεων για τις μετρήσεις εκτός Ιατρείου. Δεδομένου ότι, μέχρι να καλυφθούν αυτά τα κενά, θα χρειαστούν πολλά χρόνια, η καλύτερη σύσταση για την καθ' ημέρα κλινική πράξη θα ήταν η βελτιστοποίηση των μετρήσεων Ιατρείου τόσο για τη διάγνωση της υπέρτασης όσο και για την παρακολούθηση των τιμών της ΑΠ υπό αγωγή. Όταν, παρά την κλινική προσήλωση στις σωστές μετρήσεις Ιατρείου, παραμένουν διαγνωστικά διλήματα, τότε η χρήση των μετρήσεων εκτός Ιατρείου αποτελεί σημαντικό σύμμαχο του κλινικού Ιατρού. ■

