- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 04:49:01

RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA
Vol. 95, N. 5, Maggio 2004

Società scientifiche

TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE NEL DIABETE DI TIPO 2
Linee-guida dell'American College of Physicians

Grande parte degli esiti sfavorevoli del diabete mellito di tipo 2 (DM2) sono conseguenza di complicanze cardiovascolari. Per prevenire queste complicanze o rallentarne la progressione è consigliato uno stretto controllo metabolico unitamente al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari. La necessità del controllo della glicemia è stata confermata dal Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) per il diabete di tipo 1 (DM1) e dall'United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) per il DM2. Questi studi hanno dimostrato che uno stretto controllo glicemico riduce l'incidenza delle complicanze microangiopatiche (retinopatia, nefropatia e, parzialmente, neuropatia) del diabete, ma esplica scarso effetto sulle complicanze macroangiopatiche (coronariopatia, cerebrovasculopatie e vasculopatie periferiche) ed è noto che circa l'80% dei pazienti con DM2 va incontro a malattie macrovascolari; soltanto negli Stati Uniti, ad esempio, su 16 milioni di diabetici 11 milioni sono anche ipertesi.

L'American College of Physicians (ACP) ha deciso di pubblicare le linee guida per il trattamento dell'ipertensione nei pazienti con DM2 (**Snow V, Weiss KB, Mottur-Pilson C, for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians: The evidence base for tight blood pressure control in the management of type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med 2003; 138: 587**), riferendosi ai diabetici che hanno un'ipertensione definita come pressione sistolica di almeno 140 mmHg e diastolica di almeno 90 mmHg.

L'ACP riporta in sintesi i risultati dei recenti studi sul trattamento anti-ipertensivo in pazienti con DM2 e ipertensione, che hanno dimostrato che il controllo della pressione arteriosa riduce in maniera significativa i rischi di eventi cardiovascolari e obitus. Sono inoltre citati gli studi che hanno confrontato l'efficacia di differenti classi di farmaci anti-ipertensivi in diabetici ipertesi. I risultati di queste ricerche inducono a ritenere, secondo l'ACP, che, in linea generale, i diuretici tiazidici, gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina I in angiotensina II (ACE-I) e, possibilmente gli antagonisti del recettore per l'angiotensina (ARB) diano risultati "più convincenti", mentre la differenza tra l'efficacia relativa degli ACE-I, da un lato, e dei calcio-antagonisti e dei beta-bloccanti, dall'altro, appare ancora non chiarita. L'ACP sottolinea che tutti i tipi di trattamento farmacologico anti-ipertensivo nel DM2 dipendono dalla tolleranza individuale e dai differenti livelli di valori pressori. Inoltre, in alcune particolari circostanze, appaiono più efficaci gli ACE-I e gli ARB, come, ad esempio, nei pazienti con nefropatia diabetica, mentre i diuretici tiazidici hanno dato migliori risultati in diabetici di etnia africana. Per ciò che riguarda altri anti-ipertensivi, l'ACP riferisce che gli alfa-bloccanti possano essere utili, ma che i dati attualmente disponibili sulla loro efficacia nel ridurre il rischio di micro- e macropatia sono scarsi.

L'ACP conclude proponendo alcune raccomandazioni. 1) Il controllo della pressione arteriosa deve essere una priorità nel trattamento dei pazienti con DM2 e ipertensione. 2) Il trattamento anti-ipertensivo deve mirare a ottenere valori pressori di 130/80 mmHg. 3) I diuretici tiazidici e gli ACE-I debbono essere adoperati come farmaci di prima linea nei dabetici ipertesi.

LA RIDUZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NELLA PREVENZIONE DELL'ICTUS
Un rapporto dell'International Society of Hypertension

L'ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio di ictus modificabili e molti studi epidemiologici e clinici hanno indicato che i livelli di pressione arteriosa (PA) sono associati in maniera positiva e continua con questo rischio.

L'International Society of Hypertension (ISH) ha recentemente pubblicato un rapporto sul ruolo della riduzione della pressione arteriosa nella prevenzione dell'ictus (**International Society of Hypertension Writing Group: Statement on blood pressure lowering and stroke prevention. J Hypertens 2003; 21: 651**).

L'IHS ricorda la definizione di ictus proposta dalla World Health Organization (WHO): "sindrome clinica caratterizzata da segni clinici rapidamente evolventi di un disturbo, focale o globale, delle funzioni cerebrali con sintomatologia che dura 24 o più ore o che conduce all'obitus, senza alcun altro evidente rapporto se non con una causa vascolare; se i sintomi persistono più di 24 ore la sindrome è definita clinicamente come ictus; se i sintomi si risolvono prima di 24 ore la sindrome è definita come attacco ischemico transitorio (TIA, secondo l'uso internazionale: "transient ischaemic attack").

L'ISH ricorda che, attualmente, gli studi sulla prevenzione primaria e secondaria dell'ictus hanno confermato l'utilità degli interventi intesi a ridurne l'incidenza, come la riduzione della PA, la terapia anti-aggregante piastrinica, la terapia anticoagulante per i pazienti con fibrillazione atriale, la terapia dell'iperlipidemia e la rivascolarizzazione carotidea per i pazienti con stenosi delle carotidi; per contro appare meno evidente l'utilità delle modificazioni delle abitudini di vita.

L'ISH ricorda che nella prevenzione primaria dell'ictus la riduzione della PA ha mostrato la sua efficacia fin dai primi studi su pazienti con ipertensione maligna e, successivamente, nell'ipertensione essenziale, negli anziani e nell'ipertensione sistolica. Sono citati i risultati di 17 studi clinici controllati con placebo comprendenti circa 47000 soggetti che hanno dimostrato che una riduzione di 5-6 mmHg della pressione diastolica e di 10-12 mmHg di quella sistolica ha consentito di ottenere una riduzione del 38% del rischio di ictus. In particolare è sottolineato che il beneficio conseguente alla riduzione della PA è stato – in senso assoluto – più marcato negli anziani rispetto ai giovani, malgrado il minore vantaggio – in senso relativo – nella popolazione anziana, dovuto alla nota diminuzione della correlazione tra PA e ictus con l'avanzare dell'età. Viene peraltro sottolineato che la riduzione della PA ha mostrato di ridurre l'incidenza dell'ictus nei soggetti di oltre 80 anni di età e anche in quelli ad alto rischio, ma con PA a livelli inferiori a 140/90 mmHg.

Sono riassunti i dati di molti studi clinici controllati che hanno dimostrato l'efficacia nella prevenzione primaria dell'ictus delle cinque più importanti classi di farmaci anti-ipertensivi (diuretici, beta-bloccanti, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina I (ACE-I), bloccanti il recettore per l'angiotensina II (ARB) e calcio-antagonisti) con risultati sovrapponibili.

Nella prevenzione secondaria dell'ictus l'ISH riporta i risultati di studi clinici che hanno indicato una riduzione di circa il 30% del rischio di ricorrenza di ictus ottenuta con la riduzione della PA e sottolinea che, al momento attuale, non vi sono dati sufficienti a stabilire eventuali differenze di effetto tra le varie classi di farmaci antiipertensivi.