

# Διαφορές των νέων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας με τις Πανευρωπαϊκές οδηγίες της υπέρτασης. Ποιες τελικά θα ακολουθήσουμε.

ΧΑΡΗΣ ΓΡΑΣΣΟΣ<sup>1</sup>, ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΙΤΤΑΡΑΣ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ο.Ν.Κ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

<sup>2</sup> Καρδιολόγος Υπερτασιολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Υπέρτασης Γ.Ο.Ν.Κ “Οι Άγιοι Ανάργυροι”, Κέντρο Αριστείας ESH

### Λέξεις ευρετηρίου

Κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση της Αρτηριακής Υπέρτασης

### Επικοινωνία

Χάρης Γράσσος  
Διευθυντής Καρδιολογίας  
Διός 7, Μελίτσια 15127  
Τηλ.: 6932416496

**Τ**α τελευταία 30 χρόνια η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC) έχει καθιερώσει την εκπόνηση Κατευθυντήριων οδηγιών για ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την ενιαία και βέλτιστη διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το 2024 ανακοινώθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν την αυξημένη αρτηριακή πίεση, καθώς και την αρτηριακή υπέρταση. Αίσθηση προκαλεί η “απομάκρυνση” από τον παλαιότερο όρο αρτηριακή υπέρταση, με τη χρήση των όρων αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση. Οι συγγραφείς προτείνουν αυτή τη διαφοροποίηση με σκοπό να αντιληφθούν οι κλινικοί ιατροί ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου που αποδίδεται στην αρτηριακή πίεση τοποθετείται σε μία κλίμακα συνεχούς και όχι στιγμιαίας έκθεσης σε αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Ξεκινώντας από την διαβάθμιση ισχύος στην αξιολόγηση των συστάσεων των οδηγιών (Class of Recommendation), θα διαπιστώσουμε ότι η ESC παραμένει στον διαχωρισμό της κλάσεως II σε IIa και IIb, κάτι που η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης (ESH) δεν διαχωρίζει, τονίζοντας ότι αυτός ο διαχωρισμός δεν ωφελεί στην κλινική πράξη, δεν περιγράφει καρδιαγγειακά συμβάντα, δεν προάγει αξιοπιστία και συνέχεια δεδομένων, αλλά και δεν αναφέρει πιθανές αστοχίες και αβεβαιότητες των οδηγιών.

Στην ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει εισαχθεί μια νέα κατηγορία που ονομάζεται “αυξημένη ΑΠ” και ορίζεται ως συστολική ΑΠ: 120-139 mmHg και διαστολική ΑΠ: 70-79 mmHg, ενώ η υπέρταση ορίζεται όπως και παλαιότερα συστολική ΑΠ  $\geq 140$  mmHg και διαστολική ΑΠ  $\geq 90$  mmHg. Δεν αναφέρεται η μεμονωμένη συστολική ΑΠ και τα όριά της, ενώ ως μη αυξημένη ΑΠ ορίζεται η ΑΠ  $< 120/70$  mmHg.

Στον τρόπο μέτρησης της ΑΠ, παραμένει ισχυρή η σύσταση χρήσης πιστοποιημένων αυτομάτων ηλεκτρονικών πιεσόμετρων και βέ-

βαια ο τρόπος μέτρησης παραμένει ο ίδιος με τις παλαιότερες οδηγίες, με μόνη ίσως διαφορά την αξιολόγηση της καρδιακής συχνότητας, καθώς και την αναγνώριση του καρδιακού ρυθμού. Δίνεται έμφαση για την αξιόπιστη διάγνωση της ΑΠ, σε μετρήσεις εκτός ιατρείου (24ωρη καταγραφή και μετρήσεις στο σπίτι), όταν είναι εφικτό, με ισχυρή σύσταση ΙΒ.

Η αξιολόγηση του ατόμου με αυξημένη ΑΠ περιλαμβάνει την αξιολόγηση συνύπαρξης παραγόντων κινδύνου, υπολογισμό του 10ετους καρδιαγγειακού κινδύνου με τα γνωστά μοντέλα SCOREII και SCORE-OP, εκτίμηση τροποποιητών παραγόντων για αύξηση κινδύνου με βάση το φύλο, αλλά και επιπλέον παραγόντων, στο δε τέλος του αλγορίθμου προτείνονται περαιτέρω εξετάσεις για ανάδειξη του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Οι νέοι τροποποιητές κινδύνου με βάση το φύλο περιλαμβάνουν διαβήτη κύησης, υπέρταση κύησης, προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό, επαναλαμβανόμενες αποβολές, καθώς και κυήσεις με νεκρά έμβρυα. Στους επιπλέον τροποποιητές κινδύνου περιλαμβάνονται κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, εθνότητες, νόσηση από HIV, αυτοάνοσα νοσήματα, ψυχικές διαταραχές, οικογενειακό ιστορικό πρόωρης αθηροσκληρωτικής νόσου.

Οι στόχοι για τα άτομα με αυξημένη ΑΠ είναι να εξασφαλίσουμε καλύτερη ποιότητα ζωής, με δραστητική μείωση κινδύνου ανάπτυξης βλάβης οργάνων στόχων, παράλληλη αποτροπή εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος, νεφρικής ανεπάρκειας, άνοιας αγγειακού τύπου και πρόωρου θανάτου, με χρησιμοποίηση φαρμακολογικών και μη θεραπειών.

Μια σημαντική αλλαγή που βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα είναι η σύσταση για επίτευξη στόχου συστολικής ΑΠ σε επίπεδα ΑΠ: 120-129 mmHg, μεταξύ ενηλίκων που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Το εύρος της ΑΠ αυτής επιλέχθηκε από τα αποτελέσματα των μεταanalύσεων και τυχοποιημένων μελετών, που επιβεβαιώνουν μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στα προαναφερθέντα επίπεδα ΑΠ. Οι κατευθυντήριες οδηγίες

της ESC υιοθετούν πιο επιθετικούς στόχους θεραπείας, χωρίς όμως να σχολιάζουν αν πάντα αυτό είναι εφικτό και ανεκτό από τον ασθενή, μια πραγματικότητα που η ESH σοφά τονίζει την κλινική της σημασία.

Στα άτομα με αυξημένη ΑΠ, συνιστάται για 3 μήνες αλλαγή του τρόπου ζωής, και έπειτα, σε περίπτωση παραμονής της υψηλής ΑΠ >130/80mm Hg, με συνύπαρξη υψηλού 10ετους καρδιαγγειακού κινδύνου  $\geq 10\%$ , άμεση έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Στις αλλαγές του τρόπου ζωής υιοθετείται η λήψη καλίου (0.5-1,0 gr ημερησίως), με την προϋπόθεση ότι το άτομο δεν έχει νεφρική νόσο ή δεν λαμβάνει καλιοσυντηρητικά φάρμακα, ενώ επίσης προτείνονται υποκατάστατα του νατρίου εμπλουτισμένα με κάλιο στην διατροφή. Σημαντική παραμένει η αποφυγή ροφημάτων με γλυκαντικές ουσίες και ιδιαίτερα τα σακχαρούχα ποτά.

Στο σκέλος της φαρμακευτικής θεραπείας οι οδηγίες της ESC προτείνουν αρχικά διπλή συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή, σε έτοιμους συνδυασμούς χαμηλών δόσεων. Σε μη επίτευξη του στόχου, προτείνεται τριπλή φαρμακευτική αγωγή σε χαμηλές δόσεις και τέλος, επί αποτυχίας ρύθμισης της ΑΠ, προτείνεται πιπλοποίηση προς μεγαλύτερες δόσεις.

Η αρχική μονοθεραπεία συνιστάται στα άτομα της κατηγορίας αυξημένης ΑΠ (120/70–139/89 mmHg), μετρίου προς υψηλού βαθμού ευθραυστότητα, συμπτωματική ορθοστατική υπόταση και ηλικία >85 ετών.

Οι κατηγορίες των φαρμάκων δεν αλλάζουν, καθώς παραμένουν τα φάρμακα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης, οι ανταγωνιστές ασβεστίου και τα διουρητικά, ενώ οι β-αποκλειστές διακριτικά αναφέρονται σε κάθε βήμα, σε περίπτωση ειδικών ενδείξεων, αλλά δεν υπερτονίζονται. Οι άλλες κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων συνιστώνται επί μη ρύθμισης της ΑΠ, συνήθως στην ανθεκτική υπέρταση.

Ο στόχος της συστολικής ΑΠ: 120-129 mmHg προτείνεται με ισχυρή ένδειξη Ια και ισχύει για τους περισσότερους υπερτασικούς, διαβητικούς, υπερ-

τασικούς με μετρίου προς σοβαρού βαθμού νεφρική νόσο, προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή παροδικό ΑΕΕ, και υπερτασικούς με καρδιακή νόσο. Σε περίπτωση που η φαρμακευτική θεραπεία δεν είναι καλά ανεκτή και ο στόχος 120-129mmHg δεν είναι εφικτός, προτείνεται ο χαμηλότερος ορθολογιστικός στόχος ΑΠ που θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς παρενέργειες ("as low as reasonably achievable").

Στη θεραπευτική προσέγγιση υπερτασικών που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες, αλλαγή παρατηρείται στο ΑΕΕ. Υιοθετείται ο στόχος της ΑΠ: 120-129mmHg, με ισχυρότερη σύσταση ΙΑ, αντί του στόχου 120-130mmHg με σύσταση ΙΙα Β. Για τους ηλικιωμένους >80 ετών η σύσταση της ESH είναι για έναρξη θεραπείας σε ΑΠ>160mmHg, ενώ σε αντίθεση η ESC ασαφώς προτείνει την έναρξη θεραπείας σε πιο υψηλή τιμή ΑΠ, χωρίς καθορισμό ορίου, ενώ επιπρόσθετα για τους ευάλωτους ηλικίας >85 ετών προτείνονται στόχοι ΑΠ λιγότερο εντατικοί. Τέλος, στην περίπτωση μη ανεκτής θεραπείας, προτείνεται και η διακοπή της θεραπείας.

Με έκπληξη διαπιστώνεται ότι δεν γίνεται καμία αναφορά σε ιδιαίτερους κλινικούς φαινότυπους όπως μεμονωμένη συστολική ΑΠ στους νέους, μεμονωμένη διαστολική υπέρταση, δυσλειτουργία αυτονόμου νευρικού συστήματος, υπέρταση και γλαύκωμα και υπέρταση και βαλβιδοπάθειες, που αναπτύσσονται με λεπτομέρεια στις οδηγίες της ESH. Στην εγκυμοσύνη προτείνεται ταχύτερη έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας σε ΑΠ >140/90mmHg.

Για την απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών η ένδειξη είναι πλέον ΙΙΒ σε πλήρη εναρμόνιση με την ESH, σε ασθενείς με καλή νεφρική λειτουργία, σε επιλεγμένα κέντρα με έμπειρους χειριστές και πάντα με την συναίνεση του ασθενούς.

Τέλος, στο ερώτημα ποια από τις 2 οδηγίες θα ακολουθήσουμε, η απάντηση είναι απλή και καθαρά κλινική: "Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι χρήσιμα ενημερωτικά και εμπλουτισμένα με τις τρέχουσες γνώσεις κείμενα αλλά δεν παύουν να

είναι απλές συστάσεις και για κανένα λόγο δεν μπορούν να ξεπεράσουν ή να παρακάμψουν την κλινική αξιολόγηση του κάθε υπερτασικού ασθενή ξεχωριστά."

### Βιβλιογραφία

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension- Journal of Hypertension Volume 41 - Number 1 / Month 2023

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension-European Heart Journal, Volume 45, Issue 38, 7 October 2024 - Pages 3912-4018