

IL CONTROLLO PRESSORIO IN EUROPA È PEGGIORE CHE IN USA



Dr. Roberto Minutolo

Cattedra di Nefrologia
Seconda Università degli Studi
80138 Napoli
✉ e-mail: roberto.minutolo@unina2.it

Nonostante l'ipertensione arteriosa sia ampiamente diffusa nei paesi industrializzati e riconosciuta come il principale fattore di rischio cardiovascolare (CV) (1), numerosi studi evidenziano che essa sia diagnosticata e trattata in misura non adeguata sia in Europa che negli Stati Uniti (2, 3). Un recente studio osservazionale (4) ha confrontato le differenze nel trattamento e nel controllo dell'ipertensione, tra USA e Italia, Germania, Gran Bretagna, Spagna e Francia, utilizzando i dati di una *survey* Internazionale (Cardiomonitor) precedentemente validata da numerose pubblicazioni.

Una caratteristica importante di tale *database* era la possibilità di avere dati nei singoli pazienti sulle principali comorbidità CV e sul livello di pressione arteriosa (PA) al momento della diagnosi. Lo studio includeva un totale di 21053 ipertesi seguiti da un campione rappresentativo di 1575 medici (63% medici di medicina generale).

A parità di caratteristiche clinico-demografiche nei diversi paesi, il controllo dell'ipertensione in Europa risultava di gran lunga inferiore al controllo ottenuto negli USA (63%), variando tra il 31% dell'Italia e il 46% della Gran Bretagna. In termini assoluti la PA, dopo aggiustamento per fattori comorbidi, trattamento e livelli iniziali di PA, risultava più elevata in Europa rispetto agli USA; in particolare, in Italia la sistolica era superiore di 6.8 mmHg (95% IC, 5.4-8.2) e la diastolica di 3.5 mmHg (95% IC, 2.7-4.3). La probabilità aggiustata di raggiungere il *target* pressorio (< 140/90 mmHg) era significativamente inferiore nei singoli Paesi Europei rispetto agli USA; il risultato peggiore era registrato in Italia, dove la probabilità di avere una PA adeguatamente controllata era del 33% (95% IC, 27%-39%) mentre i dati migliori erano ottenuti in Francia 67% (95% IC, 55%-82%).

Per quanto riguarda l'uso di antiipertensivi nei 6 paesi, le maggiori differenze si osservavano per i β -bloccanti (*range*, 20-49%), ACE-inibitori (*range*, 27-52%) e sartani (*range*, 18-36%), mentre l'uso di diuretici tiazidici era sovrapponibile (~30%). Il dato più interessante, tuttavia, era che la terapia di combinazione (almeno due farmaci antiipertensivi) era più frequentemente utilizzata negli USA (64%) rispetto agli altri Paesi Europei (44-59%).

Il risultato più sorprendente dello studio riguardava l'attitudine dei medici Europei rispetto agli Statunitensi nell'incrementare il trattamento antiipertensivo in presenza di PA non a *target*. Questo avveniva in una percentuale variabile dal 15 al 28% in Europa rispetto al 38% dei pazienti negli USA. Dopo aggiustamento per tutti i possibili fattori confondenti, la probabilità che il trattamento venisse incrementato in presenza di una PA non controllata era dal 47 al 76% inferiore in Europa (64% in Italia) rispetto agli USA.

Il migliore controllo dell'ipertensione arteriosa in USA potrebbe dipendere da differenze nelle Linee Guida in particolare per quanto riguarda la soglia e l'intensità della terapia antiipertensiva. Tali differenze sono responsabili di un trattamento più aggressivo in USA rispetto a quanto osservato in Europa. I limiti dello studio sono da ricondurre alla sua natura trasversale che non permette di valutare se il migliore controllo della PA dipenda da una diagnosi e un trattamento più precoce o da una terapia antiipertensiva più aggressiva nel corso del tempo nel singolo paziente. Inoltre, è possibile che altri fattori non prettamente clinici, quali l'organizzazione dei diversi Servizi Sanitari Nazionali, possano giocare un ruolo nel trattamento e nel controllo dell'ipertensione.

In conclusione, questo studio dimostra che il controllo pressorio continua ad essere inadeguato nei principali Paesi Europei e particolarmente in Italia. Un aumento del numero dei farmaci utilizzati e un loro utilizzo più precoce non può da solo contribuire al raggiungimento di un controllo ottimale della PA; questo studio evidenzia che è giunto il momento di affrontare il problema dell'inerzia terapeutica, adeguando progressivamente la terapia antiipertensiva alla reale risposta pressoria ottenuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonow RO, Smaha LA, Smith SC Jr, et al. World Heart Day 2002: the international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. *Circulation* 2002; 106: 1602-5.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
3. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-53.
4. Wang RY, Alexander CG, Stafford RS. Outpatient Hypertension Treatment, Treatment Intensification, and Control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med* 2007; 167: 141-7.