

Ipertensione
nel Diabete e nella Sindrome
Metabolica:
Nuove Linee Guida



Associazione Medici Endocrinologi

Primo Congresso Interregionale AME Sud – Italia

Primo Congresso Interregionale ANIED Sud-Italia

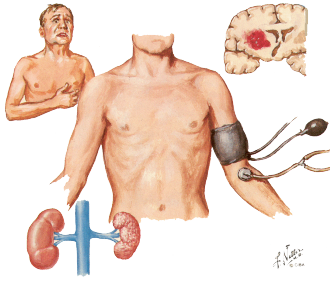
HILTON GARDEN INN

Matera, 9-10 Maggio 2014

Damiano Gullo

U.O.C. Endocrinologia

Ospedale Garibaldi-Nesima, Catania



IPERTENSIONE

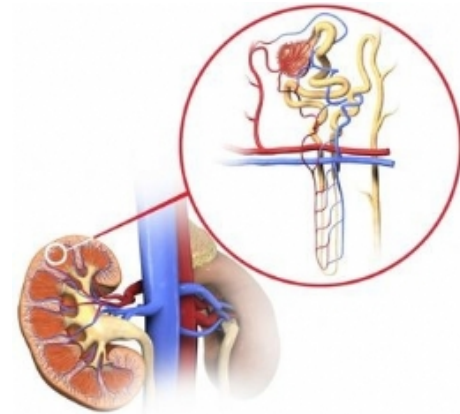
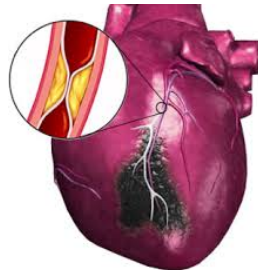
fattore di rischio

Ictus



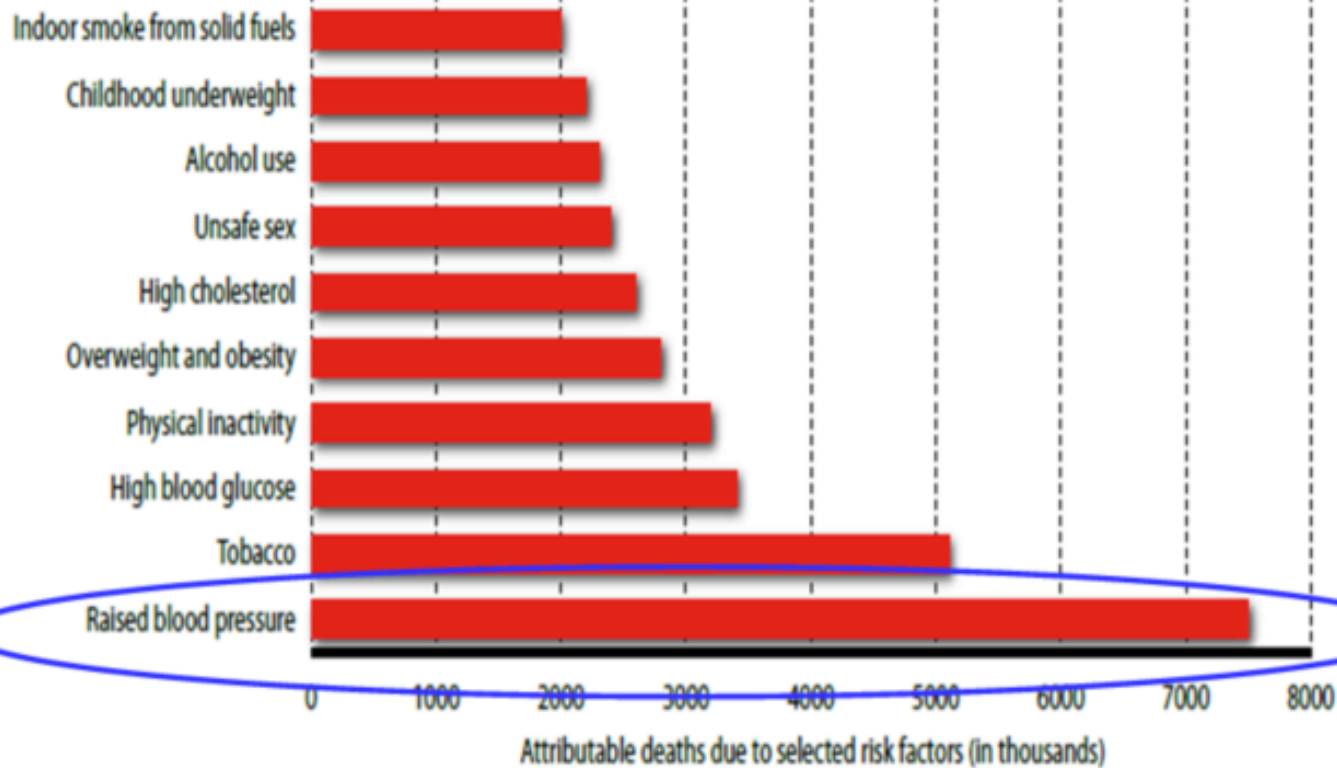
IRC

Infarto
miocardico



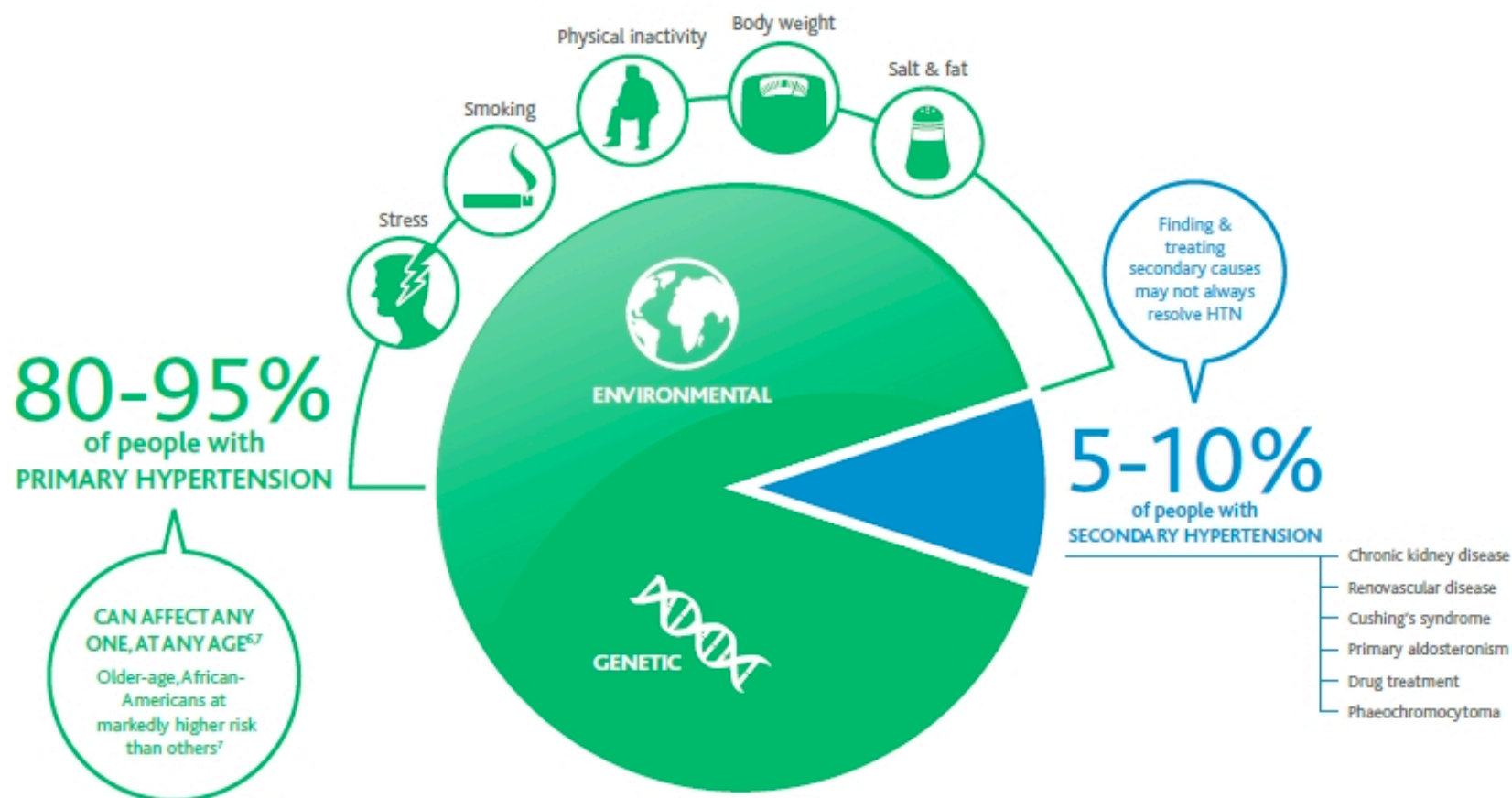


Major Risk Factors of Global Mortality

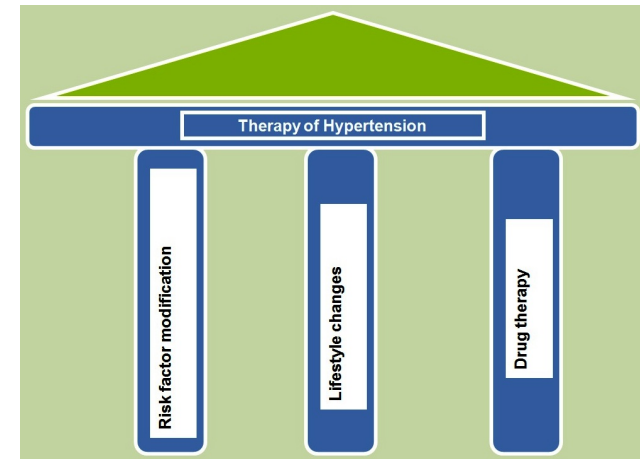
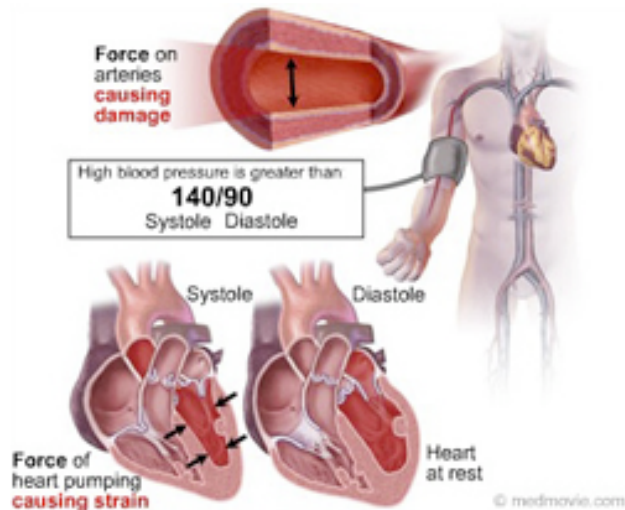


Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norving B editors. World Health Organization, Geneva 2011

CAUSES AND RISKS FACTORS FOR HYPERTENSION¹⁻⁵

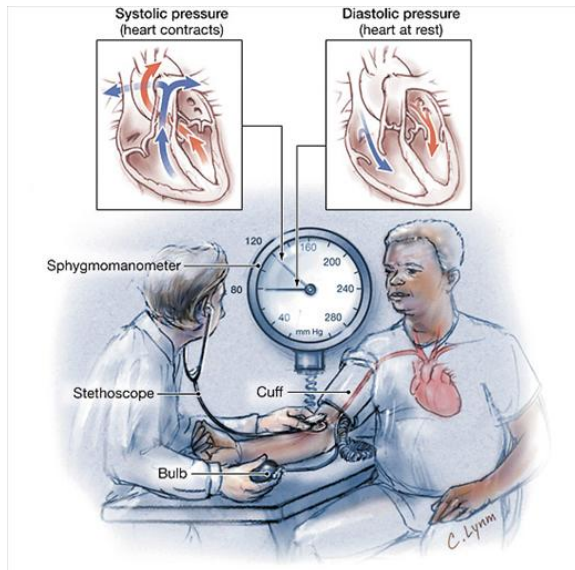


References: 1. Dosh SA. *J Fam Pract.* 2001;50:707-12. 2. Taler SJ. *Prim Care Clin Office Pract* 2006; 35: 489-500. 3. Calhoun DA, Jones D, Textor S, et al. *Hypertension* 2008; 51: 1403-19. 4. Pisoni R, Ahmed MI, Calhoun DA. *Curr Cardiol Rep.* 2009; 11: 407-13. 5. Rossi GP. *Curr Hypertens Rep.* 2010; 12: 342-348. 6. Liebson PR. *Prev Cardiol.* 2009; 12:189-97. 7. Levine DA, Lewis CE, Williams OD, et al. *Hypertension* 2011; 57:39-47.



La pressione alta è dannosa

Si può curare: non solo con i farmaci



HYPERTENSION CLASSIFICATION (in mmHG)

NORMAL	< 130	<80
High-NORMAL	130-139	80 - 89

WARNING! Reference ONLY. In doubt, **ALWAYS** consult your doctor!

HIGH Grade ONE	140 - 159	90 - 99
---------------------------------	------------------	----------------

WARNING! Reference ONLY. In doubt, **ALWAYS** consult your doctor!

HIGH Grade TWO	>160	>100
---------------------------------	----------------	----------------

(c) Cecil Lee, 2010, Geomancy.net



JNC 8; 2014 BP guideline

Clinical Review & Education

Special Communication

2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)

less restrictive BP targets

- for adults aged 60 years or older
- for those with diabetes and chronic kidney disease

From: **2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)**

JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427

Table 1. Comparison of Current Recommendations With JNC 7 Guidelines

Topic	JNC 7	2014 Hypertension Guideline
Methodology	Nonsystematic literature review by expert committee including a range of study designs Recommendations based on consensus	Critical questions and review criteria defined by expert panel with input from methodology team Initial systematic review by methodologists restricted to RCT evidence Subsequent review of RCT evidence and recommendations by the panel according to a standardized protocol
Definitions	Defined hypertension and prehypertension	Definitions of hypertension and prehypertension not addressed, but thresholds for pharmacologic treatment were defined
Treatment goals	Separate treatment goals defined for “uncomplicated” hypertension and for subsets with various comorbid conditions (diabetes and CKD)	Similar treatment goals defined for all hypertensive populations except when evidence review supports different goals for a particular subpopulation
Lifestyle recommendations	Recommended lifestyle modifications based on literature review and expert opinion	Lifestyle modifications recommended by endorsing the evidence-based Recommendations of the Lifestyle Work Group
Drug therapy	Recommended 5 classes to be considered as initial therapy but recommended thiazide-type diuretics as initial therapy for most patients without compelling indication for another class Specified particular antihypertensive medication classes for patients with compelling indications, ie, diabetes, CKD, heart failure, myocardial infarction, stroke, and high CVD risk Included a comprehensive table of oral antihypertensive drugs including names and usual dose ranges	Recommended selection among 4 specific medication classes (ACEI or ARB, CCB or diuretics) and doses based on RCT evidence Recommended specific medication classes based on evidence review for racial, CKD, and diabetic subgroups Panel created a table of drugs and doses used in the outcome trials
Scope of topics	Addressed multiple issues (blood pressure measurement methods, patient evaluation components, secondary hypertension, adherence to regimens, resistant hypertension, and hypertension in special populations) based on literature review and expert opinion	Evidence review of RCTs addressed a limited number of questions, those judged by the panel to be of highest priority.
Review process prior to publication	Reviewed by the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee, a coalition of 39 major professional, public, and voluntary organizations and 7 federal agencies	Reviewed by experts including those affiliated with professional and public organizations and federal agencies; no official sponsorship by any organization should be inferred

Abbreviations: ACEI, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; CKD, chronic

kidney disease; CVD, cardiovascular disease; JNC, Joint National Committee; RCT, randomized controlled trial



-- ≥ 60 anni **trattamento** farmacologico **se P.A. sistolica ≥ 150 mm/Hg** o la P.A. diastolica ≥ 90 mmHg

Il target pressorio di trattamento $< 150/90$ mmHg

-- < 60 anni: soglia di trattamento e target pressorio **$140/90$ mmHg**

In tutti i **pazienti diabetici** di età ≥ 18 anni la soglia di trattamento e il target pressorio è $140/90$ mmHg

In linea con attuali indicazioni delle Soc. Scient, $\rightarrow$ pochi benefici con rischi per la salute con PA < 130 mmHg

ADA 2013 modifica precedenti indicazioni: da 130 mmHg a 140 mmHg



-- ≥ 60 anni **trattamento** farmacologico **se P.A. sistolica ≥ 150 mm/Hg** o la P.A. diastolica ≥ 90 mm/Hg

Il target pressorio di trattamento $< 150/90$

-- < 60 anni: soglia di trattamento e target pressorio **140/90**

TERAPIA

Trattamento iniziale può essere un diuretico tiazidico, un calcio antagonista, un ace inibitore o un sartano
(nella popolazione nera la terapia iniziale può essere un diuretico tiazidico o un calcio antagonista).



IN SINTESI

Innalzamento da 140 mmHg a 150 mmHg il valore soglia della PA per cui è raccomandato l'avvio di trattamenti farmacologici negli over 60.

IL Comitato ha infatti concluso che il trattamento aggressivo può portare a vertigini, cadute e svenimenti nelle popolazioni anziane e quindi ha ritenuto opportuno elevare la soglia per l'impiego di farmaci negli over 60.

Per le popolazioni più giovani, resta invece confermato il valore di soglia 140/90 mmHg

**2014 Evidence-Based Guideline for the Management
of High Blood Pressure in Adults**
Report From the Panel Members Appointed
to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)



No. 5

Obiezioni

Lo studio [Euroaspire III](#) (2009) ha dimostrato che:

- soltanto nel 26%* dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare in trattamento antipertensivo *raggiunge il target pressorio*
- il 30% dei pazienti ipertesi riceve una terapia inadeguata o addirittura nessuna terapia.

Proportion of US Adults Potentially Affected by the 2014 Hypertension Guideline

Ann Marie Navar-Boggan, MD, PhD¹; Michael J. Pencina, PhD²; Ken Williams, MS³; Allan D. Sniderman, MD⁴; Eric D. Peterson, MD, MPH^{5,6}

[+] Author Affiliations

JAMA. 2014;311(14):1424-1429. doi:10.1001/jama.2014.2531. Text Size: A A A

New Blood Pressure Guidelines Means Millions Will No Longer Need Medication

DURHAM, NC -- March 29, 2014 -- New guidelines that ease the recommended blood pressure targets could result in 5.8 million US adults no longer needing hypertension medication, and that an estimated 13.5 million adults would now be considered as having achieved goal blood pressure, primarily older adults.

In a divisive move, the Eighth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8), relaxed the blood pressure goal in adults aged 60 years and older to 150/90 mm Hg, instead of the previous goal of 140/90 mm Hg.

Blood pressure goals were also eased for adults with diabetes and kidney disease.

The researchers used data from the National Health and Nutrition Examination Survey (2005-2010), conducted by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), to examine blood pressure measurements of more than 16,000 participants. Based on the study sample, the researchers determined that the proportion of US adults considered eligible for hypertension treatment would decrease from 40.6% under the old guidelines to 31.7% under the new recommendations.

End of the Joint National Committee Heritage?

Hypertension. 2014;HYPERTENSIONAHA.

113.03097published online before print

February 3 2014

La misurazione convenzionale della pressione sanguigna è imprecisa e fuorviante e non vi sono dubbi circa la rilevanza della ipertensione da camice bianco come causa di trattamento farmacologico inutile, dispendioso ed estremamente costoso nel 20% delle diagnosi effettuate con tale modalità.

Un biomarcatore con una quota di falsi positivi del 20% non può essere considerato sufficiente, specie alla luce del fatto che oggi esiste un ulteriore semplice test, l'Holter Pressorio (Monitoraggio pressorio delle 24 Ore, ABPM) per la diagnosi e la gestione dell'ipertensione, che può scongiurare misurazioni fallaci.

L'altra critica l'innalzamento della soglia per il trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa. L'autore non è d'accordo e definisce grave la raccomandazione in proposito.

Special Article | 1 April 2014

Evidence Supporting a Systolic Blood Pressure Goal of Less Than 150 mm Hg in Patients Aged 60 Years or Older: **The Minority View**

Ann Intern Med. 2014;160(7):499-503. doi:10.7326/M13-2981

"Noi, la minoranza del gruppo, credevamo che non vi fossero prove sufficienti per innalzare l' obiettivo di pressione sistolica dal suo livello attuale di 140 mm Hg.

Temiamo che ciò possa aumentare il rischio di malattie cardiovascolari e vanificare, in parte, i notevoli progressi nel ridurre la mortalità cardiovascolare negli americani di età superiore ai 60 anni".

Altri cardiologi hanno sollevato [preoccupazioni simili](#).

Secondo l'[American Heart Association \(AHA\)](#), 76,4 milioni di americani adulti sono ipertesi, ma circa un terzo non ne è consapevole, per cui non riceve un trattamento adeguato.

In un'intervista all'*Associated Press*, Elliott Antman, presidente eletto dell'AHA, ha espresso il disagio dell'AHA in merito alla decisione del Comitato: *"Siamo preoccupati che allentare le raccomandazioni possa esporre più persone al problema del non adeguato controllo della pressione"*.

A difendere la decisione del Panel, il dottor Paul A. James, capo del dipartimento di Medicina di famiglia presso l'Università di Iowa e co-presidente del Comitato sulle linee guida, che scrive al *Time*:

"Vi posso assicurare che il Panel ha discusso i pareri dei membri in minoranza in tre diverse occasioni e la maggioranza non era persuasa che *l'esperienza* di alcuni dovesse portare a ignorare le prove scientifiche".

EBM MEDICINE

L'evidenza scientifica deve aiutare i medici a prendere decisioni migliori.

I medici che operano sulla base dell' EBM generalmente condividono una regola semplice: **se non si può dimostrare che un farmaco aiuta il paziente, quel farmaco non va prescritto.**

Le raccomandazioni non sostituiscono il giudizio clinico, e qualsiasi decisione sulla salute deve considerare attentamente e inglobare le caratteristiche cliniche e le condizioni specifiche di ogni paziente.



Grazie per l'attenzione