

La pressione ottimale nella sindrome coronarica acuta

Bangalore S, Qin J, Sloan S et al

What is the optimal blood pressure in patients after acute coronary syndromes?

Relationship of blood pressure and cardiovascular events in the pravastatin or atorvastatin evaluation and infection therapy-thrombolysis in myocardial infarction (PROVE IT-TIMI) 22 trial

Circulation 2010; 122: 2142-2151

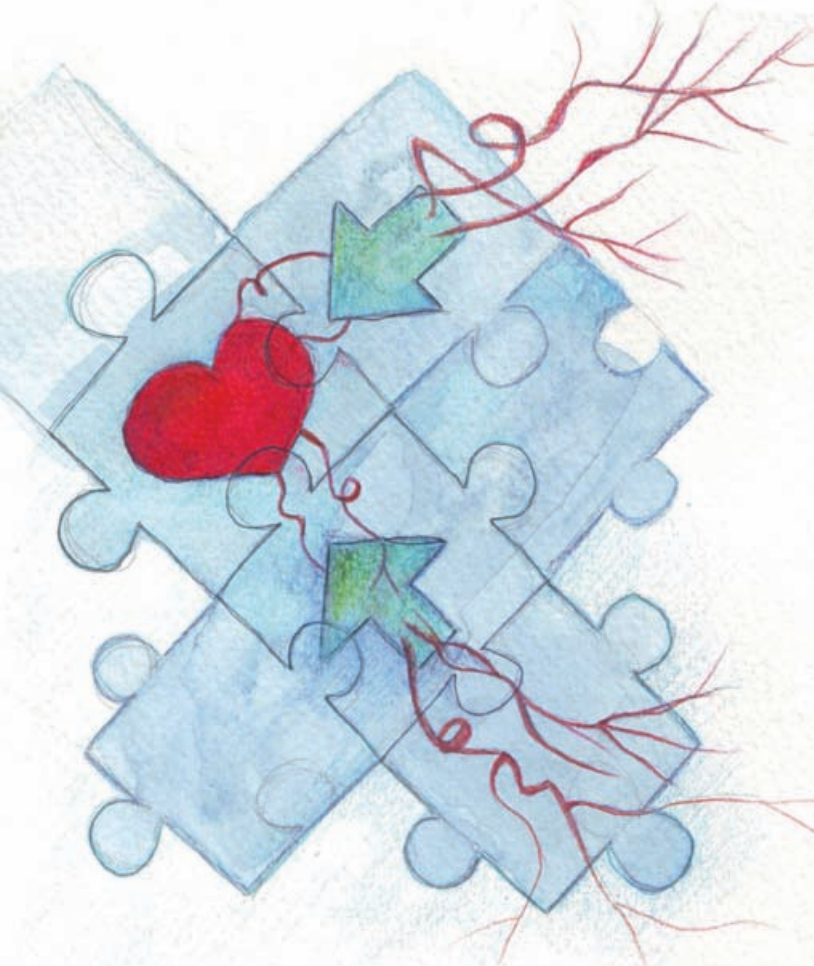
Negli ultimi anni si è manifestato da parte delle società scientifiche nazionali ed internazionali un grande interesse per il tema della prevenzione cardiovascolare e cerebrovascolare in considerazione della sua provata efficacia. Questo interesse è stato anche accompagnato da un grande impiego di risorse economiche da parte di istituzioni politiche e sociali e di aziende private.

Si è inoltre assistito ad una rincorsa a obiettivi terapeutici sempre più avanzati per ottenere una maggiore efficacia preventiva secondo la logica, in realtà più nordamericana che europea, che "the lower is better". Così, per esempio, sono stati consigliati via via nel tempo livelli di colesterolemia LDL e valori di pressione arteriosa sempre più bassi, misure di circonferenza vita sempre più ridotte, livelli di emoglobina glicosilata inferiori nei soggetti diabetici. Studi successivi hanno però dimostrato che questo concetto ("the lower is better") non è sempre valido in ogni campo e che a volte un trattamento più aggressivo, con lo scopo di raggiungere target terapeutici più avanzati, non ha dimostrato una maggiore efficacia in termini di prevenzione strettamente cardiovascolare o altrimenti globale. È il caso, per esempio, della ricerca di valori più bassi di emoglobina glicosilata nei pazienti con diabete mellito, categoria ad elevato rischio cardiovascolare, che non ha dimostrato in ampi recenti studi un significativo effetto preventivo aggiuntivo (studi ADVANCE, ACCORD, VADT).

Ugualmente nell'ambito della terapia dell'ipertensione arteriosa si è assistito ad una progressiva riduzione dei valori considerati accettabili, partendo anche da livelli massimi differenziati

tra popolazione generale e soggetti a più elevato rischio cardiovascolare. Ma in tale campo un piccolo tarlo covava già nel profondo perché si conosceva il cosiddetto problema della 'curva J', per cui una riduzione dei valori di pressione arteriosa era considerata certamente proporzionale all'efficacia sulla riduzione del danno d'organo sino a certi livelli, oltre i quali un ulteriore calo poteva determinare effetti opposti ed anche indesiderabili. Il presupposto di tale condizione verrebbe attribuito ad un meccanismo patogenetico particolare, per cui una riduzione eccessiva della pressione arteriosa sistemica può essere in grado di determinare, soprattutto in un circolo arterioso compromesso per lesioni aterosclerotiche, una riduzione della pressione di perfusione ed una più facile insorgenza di ischemia tissutale.

A tale proposito nella terapia dell'ipertensione arteriosa sistemica mentre alcuni medici continuano a consigliare un controllo sempre più attento e marcato dei valori pressori, altri si limitano a risultati che potrebbero essere ritenuti solo parziali e non aderenti alle attuali raccomandazioni delle linee guide. Il fenomeno della



'curva J' nel trattamento della pressione arteriosa è però probabilmente valido soltanto per i soggetti in cui è già presente una cardiopatia coronarica di tipo ischemico ed a tale riguardo un'ulteriore conferma sembra arrivare dalle prove di un recente ampio trial (PROVE IT-TIMI), condotto su una popolazione selezionata di individui con una recente sindrome coronarica acuta, in cui veniva valutata l'efficacia in termini prognostici di un trattamento antipertensivo più o meno aggressivo. Per quanto riguardava gli endpoint primari compositi (mortalità globale, infarto miocardico fatale, ospedalizzazione per angina instabile o per rivascolarizzazione a 30 giorni dal primo evento, ictus cerebrali) e quelli secondari (mortalità per coronaropatia, infarto miocardico non fatale, rivascolarizzazione a distanza) il beneficio di una riduzione della pressione arteriosa confermava un andamento del tipo 'curva J', o addirittura 'curva U', rilevando un vantaggio maggiore con valori di sistolica contenuti tra 130 e 140 mmHg e di diastolica tra 80 e 90 mmHg, con curva relativamente piatta per valori di sistolica tra 110 e 130 mmHg e di diastolica tra 70 e 90 mmHg, ed effetti invece decisamente negativi per valori al di sotto di 110 mmHg di sistolica e 70 mmHg di diastolica.

Questo conferma che un trattamento troppo aggressivo della pressione arteriosa in soggetti con eventi ischemici coronarici pregressi e soprattutto recenti potrebbe avere effetti controproducenti ed indesiderabili sulla prognosi a breve e lungo termine. Ma l'estrapolazione di tali risultati alla popolazione generale, senza cardiopatia ischemica accertata, con la dimostrazione di un effetto tipo 'curva J', nella terapia dell'ipertensione arteriosa non è attualmente consentita, in quanto non dimostrata. Questo porta a non giustificare atteggiamenti troppo accondiscendenti e permissivi di alcuni curanti che non perseguono il raggiungimento degli obiettivi terapeutici consigliati dalle linee guida, riducono o talvolta anche sospendono trattamenti antipertensivi efficaci e corretti per diminuzione dei valori di pressione arteriosa ritenuti, soltanto irragionevolmente, a rischio, rendendo meno efficaci programmi di prevenzione della patologia vascolare cardiaca e cerebrale oggi universalmente riconosciuti validi, sicuri ed adeguati. ■ CA

Andare in pensione fa bene alla salute? Risultati di uno studio prospettico europeo

Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE et al

Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study
BMJ 2010; 341: c6149

Il pensionamento rappresenta uno spartiacque nella vita di molti individui e comporta, come è naturale, una serie di mutamenti sotto il profilo delle attività quotidiane, delle relazioni sociali e del reddito, e dunque può avere conseguenze anche sullo stato di salute.

Sui possibili effetti positivi o negativi del collocamento in pensione i pochi studi disponibili hanno finora fornito indicazioni tutt'altro che univoche. Uno studio prospettico condotto su lavoratori del settore petrolchimico, per esempio, ha dimostrato che coloro che si ritiravano a 55 anni avevano una mortalità maggiore del 37% rispetto a quelli che andavano in pensione a 65 anni e risultati analoghi sono emersi da uno studio sui lavoratori edili, anche se — ad una analisi più approfondita — è stato dimostrato successivamente che l'aumentata mortalità dipendeva dalle peggiori condizioni di salute antecedenti il pensionamento. Tali incertezze sollevano importanti interrogativi alla luce del fatto che la tendenza attuale nei Paesi sviluppati è quella di promuovere il progressivo innalzamento dell'età pensionabile.

Sotto il profilo metodologico, peraltro, non è facile differenziare gli effetti sulla salute indotti dal mutamento delle abitudini di vita che si verifica dopo il pensionamento da quelli naturalmente correlati all'invecchiamento. Tuttavia, la costruzione di un modello di osservazione longitudinale che metta sotto osservazione lo stato di salute di un ampio numero di individui per un congruo periodo di tempo antecedente e successivo all'epoca della pensione potrebbe fornire informazioni più affidabili.

Uno studio prospettico di questo genere è stato condotto da un gruppo multicentrico di ricercatori europei che hanno osservato per circa 15 anni (antecedenti e successivi alla data del pensionamento) le variazioni del rischio di alcune malattie croniche (diabete, BPCO, coronaropa-