

IMPORTANȚA ADERENȚEI LA TRATAMENT PENTRU PACIENTUL DIABETIC CU HTA. EVOLUȚIA SPRE INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ

*The importance of treatment adherence for the diabetic patient with arterial hypertension.
The evolution towards heart failure*

Dr. Florina FRÎNGU, Prof. Dr. Dumitru ZDRENGHEA, Prof. Dr. Dana POP

*Disciplina Cardiologie-Recuperare, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România
Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj-Napoca, România*

REZUMAT

Asocierea dintre hipertensiune arterială și diabet zaharat este însoțită de creșterea riscului de evenimente cardiovasculare. Din acest motiv, este important un control strict al valorilor tensionale și al celor glicemice, care să respecte țintele indicate de ghidurile actuale. Din planul terapeutic al acestor bolnavi nu trebuie să lipsească inhibitorii de enzimă de conversie sau sartanii, în special în prezența microalbuminuriei, albuminuriei, proteinuriei și hipertrofiei ventriculare stângi. Aderența la măsurile terapeutice și schimbarea stilului de viață devin foarte importante la pacientul hipertensiv cu diabet zaharat, pentru prevenirea apariției complicațiilor specifice diabetului zaharat, dar și a evenimentelor cardiovasculare majore. Creșterea aderenței la tratament la acești pacienți trebuie realizată printr-o bună cooperare între medicul cardiolog, diabetolog și medicul de familie, prin utilizarea terapierilor combinate în doze fixe, dar și prin educarea pacientului, cu scopul de a împiedica dezvoltarea cardiomiopatiei diabetice și a insuficienței cardiace.

Prevalența hipertensiunii arteriale este de trei ori mai mare la pacienții cu diabet zaharat decât la cei fără această afecțiune [1]. Bolnavii care au ambii factori de risc amintiți au un risc mai mare de afectare renală și de apariție a unor evenimente cardiovasculare comparativ cu diabeticii normotensivi [2]. În aceste condiții, este evident faptul că la această categorie de pacienți este necesar un control eficient atât al valorilor glicemiei, cât și al celor tensionale.

ABSTRACT

The association between hypertension and diabetes is accompanied by increased risk of cardiovascular events. This is the reason why, it is important to control the blood pressure and glycemic levels, within the targets indicated by the current guidelines. The treatment strategy for this patients should include angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors or angiotensin II receptor blockers (ARBs), especially in patients with micro albuminuria, albuminuria, proteinuria or left ventricular hypertrophy. The adherence to therapeutic measures and lifestyle changes, is very important in hypertensive patients with diabetes, in order to prevent the occurrence of diabetes complications, as well as major cardiovascular events. It can be achieved through a good communication between the cardiologist, diabetologist and the family doctor, by using the combination therapies and also a good education of the patient, in order to prevent the development of diabetic cardiomyopathy and heart failure.

Într-o analiză recentă a celor 31.000 de pacienți hipertensivi cuprinși în studiile ONTARGET și TRANSCEND, s-a constatat că tensiunea arterială medie obținută după tratament a fost cu aproximativ 10 mmHg mai mare la diabetici comparativ cu cei care nu au avut asociat acest factor de risc [3]. Bolnavii cu diabet zaharat au avut mai multe evenimente cardiovasculare comparativ cu nondiabeticii, mai ales în condițiile existenței leziunilor de organ țintă [3]. Diabetul, TAS și TAD au influențat toate

rezultatele, iar interacțiunea dintre diabet și TA a fost aditivă [3]. Un lucru important de subliniat este faptul că la pacienții cu diabet zaharat apariția evenimentelor cardiovasculare mai grave au fost observate fie la TA crescute (tensiunea arterială sistolică ≥ 140 sau tensiunea arterială diastolică ≥ 80 mmHg), fie la valori ale tensiunii arteriale mai scăzute (tensiunea arterială sistolică < 120 mmHg sau tensiunea arterială diastolică < 70 mmHg) [3]. Astfel, într-un alt articol recent, sugestiv intitulat „Blood pressure target in diabetics: How low is too low?”, se arată că atunci când stabilim țintele tensionale trebuie să ținem cont și de vârstă, modul în care bolnavul tolerează valorile tensiunii arteriale, factorii de risc asociați – în special bolile renale și diabetul zaharat [4]. În acest mod, scăderea prea agresivă a valorilor tensionale nu va expune bolnavul cu diabet și hipertensiune arterială la un risc cardiovascular crescut [4].

Ghidul de diabet, prediabet și boli cardiovasculare, publicat în anul 2019, recomandă ca pacienții cu diabet zaharat să fie tratați individualizat pentru hipertensiune atunci când valorile tensiunii arteriale sistolice sunt mai mari de 140 mmHg, iar ale celei diastolice mai mari de 90 mmHg [5]. Țintele tensionale propuse de acest ghid sunt de sub 130, dar nu sub 120 mmHg pentru valorile sistolice și sub 80, dar fără scăderea la sub 70 mmHg pentru valorile diastolice, dacă ele sunt tolerate de pacienți [5]. Pentru bolnavii cu vârste de peste 65 de ani, ținta tensională pentru tensiunea sistolică este diferită – între 130 și 139 mmHg [5]. Din planul terapeutic al acestor bolnavi nu trebuie să lipsească inhibitorii de enzimă de conversie sau sartanii, în special în prezența microalbuminuriei, albuminuriei, proteinuriei și hipertrofiei ventriculare stângi [5]. Se recomandă ca inițierea tratamentului să se realizeze cu asocieri medicamentoase reprezentate de inhibitorii ai sistemului renin-angiotensin și blocante ale canalelor de calciu sau diuretice tiazidice sau tiazid-like [5]. Evident, sunt deosebit de importante și măsurile de schimbare a stilului de viață.

În acest context, aderența la măsurile terapeutice și de schimbare a stilului de viață devin foarte importante la pacientul hipertensiv cu diabet zaharat, pentru prevenirea apariției complicațiilor specifice diabetului zaharat, dar și a evenimentelor cardiovasculare majore. Într-un raport al Organizației Mondiale a Sănătății, se subliniază faptul că aderența scăzută la medicația antihipertensivă

reprezintă cel mai important factor pentru controlul ineficient al valorilor tensiunii arteriale [6]. Nonaderența la terapie poate fi întârziată de la inițierea tratamentului, când pacientul nu urmează tratamentul prescris de medic, sau pe parcursul tratamentului, când sunt omise anumite medicamente sau dozele nu sunt administrate conform prescripției [7]. Totodată, o altă formă importantă de nonaderență este reprezentată de întreruperea tratamentului [7]. Printre cauzele cele mai frecvente care duc la întreruperea tratamentului amintim: existența unei scheme terapeutice prea complexe, a unor efecte secundare importante, neînțelegerea importanței recomandării terapiei respective, condițiile socio-economice, factorii care țin de sistemul de sănătate și, nu în ultimul rând, costurile prea mari [8,9]. Să nu uităm faptul că, de multe ori, pacientul nu-și conștientizează afecțiunile, nu înțelege necesitatea medicației, mai ales dacă simptomatologia nu este zgomotoasă sau lipsește cu desăvârșire [9]. În afară de hipertensiune, bolnavul diabetic prezintă deseori și alte comorbidități, care necesită și asocierea altor terapii medicamentoase, ceea ce determină creșterea numărului de medicamente. Astfel, un rol primordial în creșterea aderenței revine pacientului, care trebuie să-și înțeleagă boala, dar și personalului medical. Tot în acest sens, trebuie să existe o bună cooperare între medicul diabetolog, cardiolog, medicul de familie, asistentă medicală și farmaciști. Având în vedere toate acestea, utilizarea terapiilor combinate în doze fixe recomandate de ghiduri (inhibitori ai sistemului renin-angiotensin și blocante ale canalelor de calciu sau diuretice tiazidice sau tiazid-like) are numeroase avantaje: un mai bun control al valorilor tensionale, mai puține efecte adverse, efecte protectoare asupra organelor țintă (rinichi, cord) și, nu în ultimul rând, creșterea aderenței și complianței la tratament [10,11,12]. Introducerea acestei terapii combinate în doze fixe, încă din prima treaptă de tratament a hipertensiunii, determină nu numai atingerea țintelor terapeutice într-o măsură mai mare față de monoterapie sau terapia de asociații libere medicamentoase, ci și scăderea semnificativă ratei evenimentelor cardiovasculare majore, a fibrilației atriale și a insuficienței cardiace [10,13]. În acest sens, este bine cunoscut faptul că diabetul poate cauza insuficiență cardiacă și independent de boala coronariană prin cardiomiopatia diabetică. Pacienții cu diabet zaharat au un risc de 2,5 ori mai mare de a dezvolta insuficiență cardiacă decât cei fără diabet zaharat [14]. Coexistența hipertensiunii și a diabetului zaharat crește și mai mult riscul de apariție a insuficienței cardiace [15]. De multe ori, acești doi factori de risc importanți coexistă și cu alte comorbidități, ceea ce crește riscul de apariție a

insuficienței cardiace (obezitate, dislipidemie și sindrom metabolic) [16]. Maru și colab. au analizat efectele antidiabeticelor asupra riscului de insuficiență cardiacă la pacienții nou diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2 [17]. Aceștia au descoperit că utilizarea oricărei terapii pentru diabetul zaharat de tip 2 a fost asociată cu un risc de 4,75 de ori mai mare de a dezvolta insuficiență cardiacă, dar acest risc nu a persistat după primul an de la diagnosticarea diabetului, sugerând că gradul afectării metabolice, durata până la diagnosticarea diabetului și necesitatea tratamentului antidiabetic cresc riscul de dezvoltare a insuficienței cardiace și nu tipul tratamentului folosit [17]. În ultimii ani, noile clase de medicamente hipoglicemice, inhibitorii de sodiu-glucoză cotransportor 2 și glucagon-like peptid, au demonstrat multiple beneficii asupra evenimentelor cardiovasculare majore și un efect hipotensor moderat, fiind astfel incluse în ghidul Societății europene de diabet, prediabet

și boli cardiovasculare, publicat în anul 2019, pentru controlul valorilor tensionale la pacientul diabetic (recomandare de clasă IIa) [5].

Tratamentul corect al diabetului zaharat și al hipertensiunii arteriale, persistența și aderența la tratament reprezintă, fără îndoială, factori primordiali în prevenția apariției insuficienței cardiace și, în general, a complicațiilor cardiovasculare [16].

În concluzie, aderența la medicația recomandată în hipertensiunea arterială la pacienții cu diabet zaharat este extrem de importantă pentru prognosticul acestor pacienți. Insuficiența cardiacă reprezintă o complicație severă la acești bolnavi. Un rol esențial în creșterea aderenței la tratament revine medicului cardiolog, medicului de familie, dar și educației pacientului, familiei, serviciilor de sănătate publică.

BIBLIOGRAFIE

1. Sowers JR. Diabetes mellitus and vascular disease. *Hypertension*. 2013;61:943-947.
2. Hu G, Jousilahti P, Tuomilehto J. Joint effects of history of hypertension at baseline and type 2 diabetes at baseline and during follow-up on the risk of coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2007;28(24):3059-3066.
3. Böhm M, Schumacher H, Teo KK et al. Cardiovascular outcomes and achieved blood pressure in patients with and without diabetes at high cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2019;40(25):2032-2043.
4. Saad M, Salehi N, Ding Z et al. Blood pressure target in diabetics: How low is too low? *Eur Heart J*. 2019;40(25):2044-2046.
5. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2019 Aug 31. pii: ehz486.
6. Home. Who.int. <https://www.who.int/>. Published 2019. Accessed September 28, 2019.
7. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. ABC Project Team. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691-705.
8. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H et al. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002 ;288:455-461.
9. Ferdinand KC, Senatore FF, Clayton-Jeter H et al. Improving Medication Adherence in Cardiometabolic Disease: Practical and Regulatory Implications. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(4):437-451.
10. Mancia G, Rea F, Corrao G et al. Two-Drug Combinations as First-Step Antihypertensive Treatment. *Circ Res*. 2019;124(7):1113-1123.
11. Guerrero-García C, Rubio-Guerra AF. Combination therapy in the treatment of hypertension. *Drugs Context*. 2018;7:212531.
12. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: A meta-analysis. *Hypertension*. 2010;55(2):399-407.
13. Rea F, Corrao G, Merlino L et al. Early cardiovascular protection by initial two-drug fixed-dose combination treatment vs. monotherapy in hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(40):3654-3661.
14. Nichols GA et al. *Diabetes Care*. 2004;27:1879-1884.
15. Ahmad FS, Ning H, Rich JD et al. Hypertension, Obesity, Diabetes, and Heart Failure-Free Survival: The Cardiovascular Disease Lifetime Risk Pooling Project. *JACC Heart Fail*. 2016;4(12):911-919.
16. Bozkurt B, Aguilar D, Deswal A et al. American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; and Council on Quality and Outcomes Research. Contributory Risk and Management of Comorbidities of Hypertension, Obesity, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, and Metabolic Syndrome in Chronic Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(23):e535-e578.
17. Maru S, Koch GG, Stender M et al. Antidiabetic drugs and heart failure risk in patients with type 2 diabetes in the UK primary care setting. *Diabetes Care*. 2005;28(1):20-6.