

HTA ȘI DIABETUL – NEVOIA UNEI ABORDĂRI MULTIDISCIPLINARE

HTA and diabetes – The need for a multidisciplinary approach

Prof. Dr. Daniel LIGHEZAN, Asist. Univ. Dr. Dana-Roxana BUZAȘ,
Asist. Univ. Dr. Vlad-Sabin IVAN

*Departamentul Medicină Internă I, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”,
Timișoara*

Modelele populaționale actuale ale societăților naționale de diabet, cardiologie cât și ale altor societăți implicate în tratamentul complicațiilor produse de hipertensiunea arterială, ateroscleroză și diabet zaharat și în special ale Organizației Mondiale a Sănătății prevăd pe termen scurt o creștere importantă a numărului de cazuri de diabet zaharat, iar pe termen mediu aceasta prognoză prezintă o ușoară încetinire a creșterii. Dacă în 1980 erau aproximativ 108 milioane de pacienți, în 2014 s-a ajuns la un număr de aproximativ 422 de milioane, cu o prevalență în 2014 de 8,5%. La nivelul anului 2045, estimările prevăd o creștere cu 50% a numărului actual de pacienți cu diabet, ajungând în jurul valorii de 630 milioane, dintre care aproximativ 70 milioane în Europa. În România, estimarea medie de la nivelul anului 2017, pe grupa de vârstă 20-79 ani, este de 1,78 milioane de pacienți cu limite între 1,1 și 2,2 milioane [1-2]. Aceste cifre reprezintă, practic, o bombă populațională și epidemiologică, ceea ce conduce automat la o presiune crescută asupra sistemelor de sănătate atât în privința costurilor, cât și din perspectivele îmbătrânirii populației, cu impact direct asupra mortalității și morbidității.

Având în vedere că această creștere a numărului cazurilor de diabet, asociată, într-un ritm alarmant, cu creșterea cazurilor de obezitate și supraponderabilitate și îmbătrânirea populațională, devine evident că diabetul zaharat și hipertensiunea arterială, indiferent de etiologia ei, vor genera o componentă și mai importantă a morbidității și mortalității prin evenimente cardiovasculare: atac vascular cerebral, infarct miocardic acut, amputații ischemice, și/sau moarte subită cardiacă.

Studiile SEPHAR (Studiu Epidemiologic asupra Prevalenței Hipertensiunii Arteriale și a Riscului cardiovascular în România) efectuate în 2005, 2011 și 2016 au fost studii epidemiologice care au relevat și au confirmat bănuiele specialiștilor în domeniul hipertensiunii arteriale că prevalența în România este foarte mare și în creștere. Ultimul studiu, SEPHAR III, a relevat o prevalență a hipertensiunii arteriale de 45,1% în rândul populației adulte. Raportat la populația României, înseamnă că, în 2016, circa 7,4 milioane de persoane aveau hipertensiune arterială – principalul factor de risc pentru bolile cardiovasculare, cele responsabile de cele mai multe decese atât global, cât și în țara noastră. Cu toate acestea, conform studiului, doar 80,9% dintre adulții hipertensivi știu că suferă de această boală, în timp ce restul de 19,1% au fost diagnosticați cu ocazia studiului SEPHAR III [3]. De aici, rezultă că aproximativ 20% din populația hipertensivă nu știe că are această boală. Acest număr tradus în cifre reprezintă un număr de 2,7 milioane de persoane care trăiesc cu hipertensiune arterială fără să știe că au această boală.

Cele mai modeste estimări arată că aproximativ 25-30% dintre pacienții cu diabet de tip 1 și 50-80% dintre pacienții cu diabet zaharat de tip 2 au hipertensiune arterială. Asta înseamnă că, dintre cei aproximativ 1,5 milioane de pacienți din România cu diabet zaharat, aproximativ 1 milion, luând în considerare un număr mediu, au atât diabet zaharat, cât și hipertensiune arterială. Diabetul zaharat prezintă un factor de risc în plus pentru toate evenimentele cardiovasculare, iar Ghidul ESC din 2018

introduce automat marea majoritate a adulților de vârstă mijlocie în grupul de risc mediu, cu risc SCORE mediu cuprins între 1 și 5%, diabetul zaharat diagnosticat crescând automat riscul și făcând ca pacientul să fie inclus în clasele de risc înalt și foarte înalt. Dacă pacientul hipertensiv cu diabetul zaharat nu este complicat cu alți factori de risc major și exceptând pacienții diabetici cu diabet de tip 1 tineri, riscul lui este înalt, cu un risc SCORE calculat cuprins între 5 și 10%. Dacă același pacient, de exemplu, ar prezenta diabet zaharat cu plăci aterosclerotice dovedite angiografic a fi stenozante > 50% din lumen sau hipercolesterolemie sau proteinurie, el prezintă automat un risc foarte înalt (>10%) de evenimente cardiovasculare. Acest profil corespunde diabetului cu leziuni subclinice de organ stabilite deja [4]. Practic, observăm că, indiferent de complicațiile pe care diabetul le-a indus sau dacă încă nu există complicații vizibile, riscul este mult crescut din start, iar combinația dintre diabet zaharat și hipertensiune prin intermediul aterosclerozei, care îmbracă uneori forme sistemice, reprezintă o combinație ce provoacă complicații serioase și, de cele mai multe ori, fatale.

Deși abordarea multidisciplinară a pacienților cu diabet și hipertensiune arterială este recomandată, încă există în literatură date limitate. Această abordare se împune din mai multe puncte de vedere: în primul rând, pentru că amândouă entitățile sunt sindroame clinice cu mai multe fațete, în al doilea rând, amândouă acționează prin același mecanism central, și anume ateroscleroza, care este accelerată în ambele situații, iar disfuncția endotelială cauzată de hiperglicemia cronică este și mai sensibilă la injuria mecanică indusă de hipertensiunea arterială, în al treilea rând, amândouă bolile sunt boli în esență degenerative, progresive și cu tendință de acutizare, care complică și mai mult managementul lor [5]. Studiul NHANES (US National Health and Nutrition Examination Survey) a arătat că doar 7,3% dintre indivizii cu diabet zaharat au atins țintele de hipertensiune arterială, hemoglobină HbA1c sau colesterol seric. Pe parcursul desfășurării studiilor NHANES în perioada 2003-2006, aceste ținte au fost atinse într-o proporție mai mare, dar totuși mult sub așteptări, doar 10,2% dintre pacienți atingând țintele propuse. Discuția care se ridică este mai degrabă legată de creșterea numărului de pacienți care au tins țintele, acest fapt datorându-se în mare parte prevenției secundare și nu celei primare [6]. Din păcate, pentru Europa de Est, datele sunt și mai descurajatoare. Un studiu polonez efectuat de Bala și colab. [7] pe 1.714 pacienți a arătat că doar 1,4% dintre pacienți au atins toate 3 țintele, 12,5% au atins 2 din cele 3 ținte și 35,3% au

atins o singură țintă, însă ceea ce este frapant este că peste 50% nu au atins nicio țintă de tratament. Una dintre cauzele probabile pe care autorii acestui studiu le evidențiază este frica medicilor de a titra în sus dozele de medicamente și necunoașterea ghidurilor de practică clinică. Studiul STENO-2 [7], care a evaluat intervențiile intensive multifactoriale bazate pe schimbarea stilului de viață și polifarmacologie, a arătat beneficii majore asupra scăderii incidenței și riscului de complicații cardiovasculare la pacienții diabetici. Însă ceea ce este frapant este că, din 160 de pacienți incluși în studiu, pe o perioadă de 13,3 ani de urmărire, doar un singur pacient a atins toate cele 5 ținte (HbA1c, tensiune arterială sistolică, tensiune arterială diastolică, colesterol total și trigliceride).

Deși mai mult de 90% dintre pacienți au parte de evaluare de rutină prin medicina primară, momentul în care un pacient cu hipertensiune și diabet zaharat trebuie să facă o vizită la medicul specialist rămâne un subiect controversat. Prin natura acestor boli, care sunt progresive, și exceptând episoadele de acutizare severă, care necesită spitalizare, un puseu hipertensiv sau o decompensare a nivelului glicemic pot fi rezolvate și în cabinetul de medicină primară. Există studii conflictuale, unele în favoarea evaluării de rutină prin medicii generalști și studii care susțin că vizitele mai dese la medicii specialiști pot să reducă progresia anumitor complicații, însă toate studiile susțin un lucru comun – că este necesar să existe o colaborare cât mai strânsă între medicul generalist și medicul specialist, unde medicul generalist să identifice potențiali pacienți cu risc crescut și să-i trimită spre centre specializate.

Nenumărate studii raportează, indiferent de rezultate, o calitate a vieții afectată atât la pacienții diabetici, cât și la pacienții hipertensivi. Dacă, în cazul diabetului, pacienții raportează mai des o alterare a calității vieții, în privința hipertensiunii există o raportare mai slabă, pacienții nepercepând hipertensiunea ca un factor major de morbiditate. Un studiu multicentric efectuat pe aproape 25.000 de pacienți a arătat diferențe nesemnificative privind calitatea vieții la pacienții normotensivi versus hipertensivi [8]. Majoritatea explicațiilor date privind acest aspect includ faptul că pacienții diabetici sunt mult mai sever afectați din cauza polineuropatiei decât pacienții hipertensivi, iar la pacienții atât cu hipertensiune, cât și diabet componenta polineuropată a diabetului este mult mai prezentă.

BIBLIOGRAFIE

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. International Federation of Diabetes, <https://idf.org/52-about-diabetes.html>.
3. Maria Dorobantu et al. Perspectives on hypertension's prevalence, treatment and control in a high cardiovascular risk East European country: Data from the SEPHAR III survey, *Journal of Hypertension* 2018. 36(3):690–700.
4. Bryan Williams, Giuseppe Mancia, Wilko et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, Pages 3021–3104.
5. Jardim TV, Inuzuka S, Galvão L et al. Multidisciplinary treatment of patients with diabetes and hypertension: experience of a Brazilian center. *Diabetol Metab Syndr*. 2018;10:3.
6. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004 Jan 21; 291(3):335-42.
7. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Feb 7; 358(6):580-91.
8. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Lepèlè A, IQOLA Project Group. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 2004 Mar; 13(2):283-98.