

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare ed è una tra le malattie più diffuse nei paesi industrializzati dove si riscontra nel 20-30% della popolazione adulta.

La pressione che il sangue esercita nelle arterie varia notevolmente fra una persona e l'altra, in rapporto all'età, alla costituzione fisica ed allo stato emotivo.

Normalmente la pressione viene espressa con due numeri: il valore "minimo" o pressione diastolica (che corrisponde alla pressione esistente nelle arterie al termine della contrazione cardiaca) ed il valore "massimo" o pressione sistolica (che esprime invece il valore della pressione esistente nelle arterie nel momento in cui il cuore si contrae ed espelle il sangue).

Pressione arteriosa e rischio cardiovascolare

La relazione tra pressione arteriosa e rischio cardiovascolare (rischio di eventi coronarici e/o cerebrovascolari) è lineare e continua senza una apparente soglia anche se il rischio diventa più evidente (curva più ripida) quando i valori pressori superano i 140/90 mmHg. Studi epidemiologici hanno documentato che ad un aumento della pressione arteriosa diastolica di 5, 7.5 e 10 mmHg corrisponde un aumento del rischio di ictus del 34, 46 e 56%, rispettivamente, ed un aumento del rischio di malattia coronaria del 21, 29 e 37%, rispettivamente.

Una recente analisi ha inoltre documentato che per ogni aumento di 20 mmHg della pressione sistolica o di 10 mmHg della pressione diastolica vi è un raddoppio del rischio di mortalità per ictus e per malattia coronaria.

Considerando, tuttavia, che abbiamo bisogno di una definizione operativa dell'ipertensione nella pratica clinica, al momento **si parla di ipertensione arteriosa quando i valori pressori superano 140/90 mmHg.** I danni che possono conseguire ad una elevata pressione del sangue sono seri e consistono in malattie vascolari, danni al cuore (insufficienza cardiaca, infarto), rene (insufficienza renale), al cervello (ictus) e agli occhi (emorragie, retinite ecc.).

I danni possono comparire dopo parecchi anni dall'inizio della malattia e sono favoriti da altri fattori di rischio come il diabete, l'abitudine del fumo, l'obesità e un eccessivo contenuto di colesterolo del sangue. Nella donna incinta è particolarmente importante controllare regolarmente la pressione del sangue. La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età. Si passa da una prevalenza minore del 15% al di sotto dei 40 anni ad una prevalenza maggiore del 60% al di sopra dei 60 anni.

Questo aspetto è condizionato dal fatto che l'ipertensione essenziale tende generalmente a comparire nell'età media e che negli anziani l'ipertensione si manifesta con una forma peculiare di ipertensione, cioè l'ipertensione sistolica isolata (massima maggiore di 140 mmHg, minima normale minore di 90 mmHg). Infatti, la pressione diastolica tende ad aumentare fino ai 50-60 anni per poi stabilizzarsi o ridursi, mentre la pressione sistolica aumenta progressivamente con l'età. Considerando questi aspetti, è stato riportato che al di sotto dei 40 anni generalmente prevale l'ipertensione diastolica isolata, tra i 40 ed i 60 anni l'ipertensione sisto-diastolica e al di sopra dei 60 anni l'ipertensione sistolica isolata.

Dal punto di vista delle cause, si distinguono due forme di ipertensione: 1) l'ipertensione essenziale, 2) l'ipertensione secondaria. L'ipertensione essenziale rappresenta circa il 90% di tutte le forme di ipertensione.

La sua causa è sconosciuta ed è il risultato di una interazione tra varie alterazioni genetiche con fattori ambientali (eccesso di sale nella dieta, sovrappeso, stress).

Circa il 10% delle forme di ipertensione è rappresentato dall'ipertensione secondaria, cioè da quell'ipertensione che dipende da malattie ben definite (sintomo non malattia); tra queste ricordiamo l'ipertensione da cause renali o secondaria a malattie delle ghiandole endocrine (es. surreni, tiroide etc.).

Come misurare la pressione

La misurazione della pressione nell'ambulatorio medico (pressione clinica) rimane ancora la metodica di riferimento per la diagnosi di ipertensione, anche se presenta alcuni limiti in quanto non sempre la "pressione clinica" è rappresentativa della vera pressione del paziente in esame.

Infatti, alcuni pazienti presentano un discreto rialzo pressorio al momento della visita (**ipertensione da camice bianco**) e normali valori pressori durante la giornata, mentre altri possono presentare valori pressori normali-alti in clinica, ma elevati valori pressori durante la giornata (fumo, stress durante il lavoro, ecc.). Pertanto si è cercato di affiancare alla metodica clinica altre metodiche di rilevazione della pressione arteriosa. Tra queste le più importanti sono: l'automisurazione domiciliare ed il monitoraggio pressorio delle 24 ore. Queste due metodiche permettono di verificare se vi sono discrepanze tra i valori pressori "clinici" e quelli rilevati al di fuori dell'ambulatorio del medico.

Il monitoraggio pressorio delle 24 ore, inoltre, fornisce importanti informazioni sui valori pressori durante l'attività lavorativa e durante il periodo notturno.

Negli ultimi anni sono stati pubblicati vari studi nei quali è stato documentato che la pressione arteriosa rilevata domiciliariamente e quella rilevata mediante monitoraggio pressorio delle 24 ore sono superiori alla pressione clinica nel predire la prognosi nei soggetti ipertesi, sia in quelli non ancora sottoposti a trattamento che in quelli in trattamento farmacologico.

Pertanto le manifestazioni di danno d'organo da ricercare sono l'ipertrofia cardiaca, l'ispessimento parietale delle arterie e la presenza di placche ateromasiche, l'aumento della creatinina sierica (funzione renale) e dell'escrezione urinaria di albumina (micro- e macro-albuminuria). Le alterazioni sopra riportate non solo sono manifestazioni di danno d'organo, ma sono anche predittori indipendenti di rischio cardiovascolare e renale.

Questo aspetto rimarca quanto sia importante la ricerca del danno d'organo nel paziente iperteso. **Gli obiettivi principali nel trattamento del paziente iperteso sono: 1) riduzione dei valori pressori, 2) controllo degli altri fattori di rischio, 3) regressione del danno d'organo, 4) prevenzione degli eventi cardiovascolari.**

Il goal terapeutico da raggiungere è quello di una pressione arteriosa minore di 140/90 mmHg in tutti gli ipertesi, minore di 130/80 mmHg nei diabetici e nei nefropatici e minore di 125/75 mmHg nei nefropatici con proteinuria maggiore di 1 g/24-h. E' stato ampiamente documentato che una riduzione della PA sistolica/diastolica di 10-12/5-6 mmHg si associa ad una riduzione del 40 % degli eventi cerebrovascolari, del 20 % degli eventi coronarici, del 50 % dello scompenso cardiaco e del 20 % della mortalità cardiovascolare.

Terapia

Il trattamento non farmacologico può precedere per un periodo il trattamento farmacologico in alcuni pazienti e deve sempre accompagnare il trattamento farmacologico in tutti i pazienti ipertesi. Il primo comprende la dieta iposodica (meno di 2.4 g di sodio al giorno), la riduzione del peso nei soggetti in sovrappeso e obesi (mantenere l'indice di massa corporea tra 20 e 25 kg/m²), l'abolizione del fumo, l'implementazione dell'attività fisica (tre sedute settimanali di attività fisica dinamica moderata della durata di 30 minuti) e la moderazione nel consumo degli alcolici (massimo 300 cc di vino e 700 cc di birra al giorno negli uomini e 150 cc di vino e 350 cc di birra al giorno nelle donne) e del caffè (massimo 1-2 tazzine al giorno).

La terapia farmacologica si avvale oggi di varie classi di farmaci.

Il principale obiettivo da raggiungere nel paziente iperteso è quello di ridurre i valori pressori e pertanto tutte le classi di farmaci antiipertensivi possono essere impiegate.

Per quanto riguarda la terapia dell'ipertensione arteriosa, è bene ricordare che, nonostante la disponibilità di vari presidi farmacologici, meno del 30% dei pazienti ipertesi in trattamento risulta essere attualmente a target pressorio nei paesi occidentali.

Pertanto, è necessario uno sforzo maggiore per cercare di raggiungere il goal terapeutico nella maggior parte dei pazienti ipertesi. Questo risultato potrà essere verosimilmente raggiunto mediante una maggiore informazione e motivazione dei pazienti, un approccio che possa favorire la compliance ed il più frequente utilizzo dell'associazione di due o più farmaci antiipertensivi, preferendo naturalmente quelli con provata attività protettiva nei confronti degli eventi cardiovascolari maggiori.

Prof. Sante Donato Pierdomenico, Università "Gabriele d'Annunzio" Chieti - Pescara

