



Iperensione a cuor leggero

DI **STEFANO NOBILI**,
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Una patologia diffusa ma anche trascurata, se buona parte della popolazione non è abituata a misurarsi la pressione. E poi i falsi miti, da scongiurare, sulle guarigioni lampo

L'ipertensione arteriosa (IA) colpisce complessivamente il 31 per cento della popolazione italiana; il 17 per cento è *borderline*. Negli uomini i valori sono più elevati nel Nord-Est (37 per cento) e nel Nord-Ovest (32), nelle donne al Sud (34). In accordo con i dati riportati in letteratura, i valori aumentano con l'avanzare dell'età e nelle donne l'aumento legato all'età è particolarmente evidente dopo la menopausa. L'elevata proporzione di ipertesi, sia fra gli uomini sia fra le donne, le differenze nella prevalenza fra

Nord, Centro e Sud, l'elevata proporzione di ipertesi non trattati in modo adeguato: tutte queste dovrebbero essere informazioni sulle quali riflettere. È interessante notare che le donne sono trattate proporzionalmente in modo migliore rispetto agli uomini, probabilmente perché hanno maggiore attenzione verso i problemi legati alla salute. Quello che stupisce è l'elevata proporzione di persone, sia uomini sia donne, che non viene trattata affatto; gran parte di loro ha dichiarato di non sapere di essere ipertesa e di non aver misurato la

Il caso

Daniele 53 anni, venditore, non fuma; sempre in viaggio per lavoro, non segue una dieta standard ed è spesso al ristorante con i clienti. Fa uso saltuario di alcolici e superalcolici. Usa moltissimo l'automobile e non ha tempo per l'attività fisica. Presenta una familiarità per ipertensione arteriosa essenziale. L'anno scorso si è trovato per caso valori pressori ripetuti di 150-100mmHg, per i quali il medico curante l'ha messo in terapia con Ace inibitore e diuretico, che il paziente sta seguendo, senza effetti collaterali. Ha eseguito controlli generali di routine dove si è evidenziata una modesta ipercolesterolemia. Il quadro elettrocardiografico è normale, così come il fondo dell'occhio. Dall'inizio della terapia la pressione si è stabilizzata a 135-85mmHg. Visto che il quadro si è normalizzato, Daniele si chiede se dovrà continuare per sempre la terapia, dal momento che non ha sintomi e che sta mettendo a punto una dieta povera di sale e grassi e sta cambiando le abitudini di vita, eseguendo attività aerobica in palestra. Il falso mito è che l'ipertensione arteriosa possa guarire e che si possa sospendere il trattamento perché il paziente "non sente niente" e perché ha modificato gli stili di vita, giudicando la pressione arteriosa da come si sente. Queste sono opinioni errate che il medico curante deve porre sempre in primo piano nell'approccio al paziente iperteso.

una probabilità su quattro se solo un genitore ne è affetto.

La patologia si divide in "essenziale" (90-95 per cento) e secondaria (5-10 per cento dei casi). Le Linee Guida Esh/Esc (*European Society of Hypertension/European Society of Cardiology*) del 2003 e 2007 definiscono e classificano chiaramente i valori di pressione arteriosa.

In ogni caso è bene cominciare a considerare una diagnosi di IA con valori uguali o superiori a 90mmHg di diastolica e uguali o superiori a 140mmHg di sistolica.

L'IA è un fattore di rischio per cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, malattie cardiovascolari, specie con ipertrofia ventricolare sinistra, arteriopatie periferiche, insufficienza renale nel maschio e

nella femmina. Inoltre l'IA è associata a un'aumentata incidenza di demenza: esiste una correlazione inversa tra elevati valori di pressione arteriosa e funzione cognitiva. Inoltre, la mortalità per cardiopatia ischemica ed eventi cerebrovascolari acuti aumenta in modo progressivo e lineare da livelli di Pa sistolica di 115mmHg e diastolica di 75mmHg. Dallo studio Framingham, valori pressori di 130-139/85-89mmHg sono stati messi in correlazione a un aumento di due volte superiore del rischio relativo di malattia cardiovascolare rispetto a valori di pressione arteriosa inferiori a 120-80mmHg. Il *Framingham Heart Study* è stato condotto dal 1950 al 1989 e ha riguardato più di 10.000 soggetti sani di entrambi i sessi, dai 45 ai 74 anni, valutati ogni due anni attraverso una

pressione arteriosa nell'ultimo anno. La misurazione della pressione arteriosa è una procedura semplice, veloce e poco costosa che, se realizzata in modo standardizzato, può essere molto importante per valutare il rischio di malattia cardiovascolare (*Bollettino epidemiologico nazionale, Notiziario Istituto superiore sanità, vol. 15, n. 9, settembre 2002*).

Se il paziente presenta una familiarità per ipertensione, ha statisticamente una probabilità su due di essere iperteso se entrambi i genitori lo sono e

TABELLA 1: modificata da *Giornale italiano di cardiologia* 2008; 9 (1):35

	Pa sistolica (mmHg)		Pa diastolica (mmHg)
Ottimale	<120	e	<80
Normale	120 - 129	e/o	80-84
Normale-alta	130 - 139	e/o	85 - 89
Ipertensione grado 1	140 - 159	e/o	90 - 99
Ipertensione grado 2	160 - 179	e/o	100 - 109
Ipertensione grado 3	=>180	e/o	=>110
Ipertensione sistolica isolata	=>140	e	<90



TABELLA 2: follow-up della pressione arteriosa al momento della misurazione iniziale in soggetti di età uguale o superiore a 18 anni (modificato da 1988 Report of Joint National Committee on detection, valuation and treatment of high blood pressure, n. 88-1088; Hypertension Guideline committee 1991 RACGP Australia; Iperensione - J. Murtagh, Mc Graw Hill, 2006, pag. 1.335)

Valori mmHg	Follow-up raccomandato
Diastolica	
< 85	Ricontrollare entro 2 anni
85 - 89	Ricontrollare entro 1 anno
90 - 99	Confermare entro 2 mesi
100 - 109	Valutare o ricoverare entro 4 settimane
> 110	Valutare o ricoverare immediatamente o entro 1 settimana
Sistolica, quando la diastolica è < 90	
< 130	Ricontrollare entro 2 anni
130 - 139	Ricontrollare entro 1 anno
140 - 159	Confermare entro 2 mesi
> 180	Valutare o ricoverare entro 1 settimana

anamnesi cardiovascolare, un esame obiettivo, la misurazione della pressione arteriosa, l'effettuazione di un elettrocardiogramma a dodici derivazioni. In questi soggetti si sono valutate morbilità e mortalità e i nuovi eventi cardiovascolari.

DIAGNOSI

Un solo valore elevato di pressione arteriosa non può già permettere di formulare una diagnosi di IA. Occorre rivalutare il paziente almeno altre due volte nel giro di tre mesi. Se i valori di diastolica sono uguali o superiori a 90mmHg o a 140mmHg per la sisto-

lica la diagnosi è in pratica fatta. In questo modo e in questi tempi si evitano errori di terapia in pazienti che sono fondamentalmente normotesi e che magari sono apprensivi (almeno cinque minuti di riposo prima di misurare la pressione); hanno assunto caffè (non bere caffè 4-6 ore prima della misurazione); hanno fumato (non fumare nelle 2 ore precedenti); hanno mangiato (sottoporsi a misurazione della pressione dopo più di 30 minuti dal pasto).

Qualora si rilevino valori pressori oltre i 90mmHg di minima e 140 di massima, occorre ripetere la misurazione.

Se il dato viene rilevato nello studio del medico curante, o in ambiente ospedaliero, mentre i valori sono normali a domicilio e nell'ambiente di lavoro, si può parlare di ipertensione da camice bianco. Ne è affetto circa un quarto dei pazienti con ipertensione. Ne deriva, nell'ipertensione *borderline*, l'utilità della misurazione a domicilio ed eventualmente il monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore. Questo esame è utile perché fornisce un quadro dei valori pressori nell'arco della giornata ed è più preciso rispetto alle misurazioni casuali. Utile inoltre nella diagnosi di ipertensione secondaria vascolare dove non c'è di solito l'abbassamento fisiologico notturno dei valori pressori. Se i tempi consigliati di controllo della pressione arteriosa diastolica e sistolica sono differenti, dovrebbe avere la precedenza l'intervallo di tempo più breve raccomandato per la rivalutazione e/o il ricovero.

PREVENZIONE

La prevenzione dell'ipertensione arteriosa è oggi un obiettivo possibile sia attraverso un'alimentazione sana a base di frutta, verdura e alimenti a basso contenuto di grassi saturi e con minore apporto di sale; sia attraverso l'aumento dell'attività fisica, con conseguente riduzione del sovrappeso corporeo; sia infine attraverso un'adeguata terapia farmacologica. Oggi sono disponibili farmaci sicuri che, se somministrati dal medico in modo

TABELLA 3: trattamento del rischio cardiovascolare globale in relazione ai valori di pressione arteriosa, modificata da *Giornale italiano di cardiologia* 2008; 9 (1): 37

Punteggio rischio CUORE di malattia cardiovascolare	Pa normale (<130 - 85mmHg)	Pa normale alta (130 - 139/85 - 89mmHg)	Pa grado primo (140 - 159/90 - 99 mmHg)	Pa grado secondo (160 - 179/100 - 109 mmHg)	Pa grado terzo (=>180/110 mmHg)
Basso (< 5%)	Consigli sullo stile di vita	Consigli sullo stile di vita	Consigli sullo stile di vita	Terapia farmacologica se persistente	Terapia farmacologica
Moderato (6 - 19%)	Consigli sullo stile di vita	Consigli sullo stile di vita	+ Considerare terapia farmacologica	Terapia farmacologica se persistente	Terapia farmacologica
Elevato (20 - 29%)	Consigli sullo stile di vita	+ Considerare terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica
Molto elevato (=> 30%)	Consigli sullo stile di vita	+ Considerare terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica



TABELLA 4: rischio cardiovascolare 2003-7 (modificato da *Journal on line*, ottobre 2007, pag. 5)

Altri fattori di rischio, danno d'organo, altre patologie	Pressione arteriosa mmHg				
	Normale	Normale alta	Iperensione di primo grado	Iperensione di secondo grado	Iperensione di terzo grado
Nessun altro fattore di rischio	Rischio nella norma	Rischio nella norma	Rischio aggiunto basso	Rischio aggiunto moderato	Rischio aggiunto elevato
1 - 2 fattori di rischio	Rischio aggiunto basso	Rischio aggiunto basso	Rischio aggiunto moderato	Rischio aggiunto moderato	Rischio aggiunto molto elevato
3 o più fattori di rischio, sindrome metabolica, danno d'organo o diabete	Rischio aggiunto moderato	Rischio aggiunto elevato	Rischio aggiunto elevato	Rischio aggiunto elevato	Rischio aggiunto molto elevato
Cardiopatía o nefropatia	Rischio aggiunto molto elevato	Rischio aggiunto molto elevato	Rischio aggiunto molto elevato	Rischio aggiunto molto elevato	Rischio aggiunto molto elevato

adeguato, aiutano a tenere sotto controllo la pressione arteriosa. Le malattie cardio e cerebrovascolari rappresentano uno dei problemi di maggiore rilevanza nel panorama sanitario italiano, in termini di mortalità evita-

bile, disabilità, qualità della vita, dispendio di risorse umane e finanziarie. Si suggerisce pertanto di utilizzare la visita del medico di medicina generale e quella in farmacia come occasioni in più per misurare la pressione arteriosa.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Fare soltanto diagnosi di IA non è sufficiente. Occorre stabilire se l'IA è secondaria; se c'è danno d'organo vascolare (principalmente occhio, rene, cuore, sistema cerebrovascolare); se gli eventuali fattori di rischio cardiovascolari sono correggibili o meno (età, fumo, sedentarietà, alimentazione scorretta, sovrappeso e obesità, frequenza cardiaca, dislipidemia, diabete, sindrome metabolica, fattori psicosociali, markers di infiammazione); se esistono infine malattie concomitanti.

Si deve effettuare tutta una serie di esami: esame completo delle urine; sodio, potassio, azotemia, creatinemia, uricemia, colesterolo totale, Hdl e Ldl; visita cardiologica con Ecg, ecocardiografia, ecografia renale, dosaggio di catecolamine delle 24 ore, aldosterone e renina sono esami di approfondimento. Utile una visita oculistica con *fundus oculi* e una Rx toracica di base da confrontare con controlli successivi, alla ricerca di una dilatazione cavitaria. Il tutto alla ricerca del danno d'organi subclinico ovvero: evidenza di ipertrofia ventri-

colare sinistra all'Ecg o all'Ecocardiogramma; ispessimento dell'intima-media carotidea all'Eco doppler Tsa; alterato rapporto caviglia/braccio (Abi); alterazione della funzionalità renale come diminuzione della *clearance* della creatinina e/o della filtrazione glomerulare; microalbuminuria (30-300 mg/24ore), elevata glicemia a digiuno e/o ridotta tolleranza ai carboidrati.

TERAPIA

Le linee guida 2007 Esh/Esc indicano cinque classi farmacologiche per iniziare e proseguire un trattamento antipertensivo: calcio antagonisti, diuretici tiazidici, antagonisti recettoriali dell'angiotensina II (sartani), Ace inibitori e beta bloccanti.

I benefici della terapia dipendono dalla riduzione pressoria.

Gli effetti della riduzione pressoria dovrebbero essere evidenti nell'arco delle 24 ore.

Si dovrebbero preferire farmaci in grado di garantire in monosomministrazione l'efficacia terapeutica nelle 24 ore, in quanto la semplificazione dello schema si riflette positivamente sulla *compliance* del paziente.

In molti pazienti è necessario impiegare l'associazione di due o più farmaci per raggiungere il *goal* pressorio. Si deve riservare particolare attenzione agli effetti collaterali, che sono la principale causa di scarsa *compliance* terapeutica.

Carta del rischio cardiovascolare

Il "Progetto Cuore, epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore" è nato nel 1998. È stato finanziato dall'un per cento del Fondo sanitario nazionale ed è coordinato dall'Istituto superiore di sanità.

Emanazione pratica del Progetto Cuore sono le carte del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale, disponibili gratuitamente presso l'Istituto superiore di sanità. Le carte del rischio sono un modello pratico e comodo per i medici che in ogni momento possono utilizzarle come strumento di counselling. Infatti è noto agli operatori che il rischio di un primo evento cardiovascolare maggiore aumenta con l'età ma è possibile mantenere un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita: fumo, alimentazione, peso, attività fisica. I moderni programmi di gestione pazienti comprendono all'interno la carta del rischio cardiovascolare derivato dal progetto cuore dell'Iss.