



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** Ipertensione - inquadramento diagnostico  
**Data** 14 febbraio 2006 alle 19:29:00  
**Autore** R. Rossi

Ressa:

L'ipertensione è la malattia più frequente in assoluto, con la quale il clinico pratico non dovrebbe avere problemi né di diagnosi né di terapia.

Rossi:

Tanto per dare delle cifre basti pensare che nella fascia d'età oltre i 65 anni si calcola che circa il 60% sia iperteso. Molti di questi soggetti non sanno di essere ipertesi e molti in trattamento non raggiungono i valori ottimali di pressione raccomandati dalle linee guida. Si può calcolare approssimativamente che un medico di MG massimalista abbia circa 250-300 pazienti in trattamento antipertensivo.

Un dato recente (XXI° congresso della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa - Firenze, ottobre 2004): gli ipertesi in Italia sarebbero circa 12 milioni.

Ressa:

Purtroppo raramente il paziente può dare una mano, visto che nella maggior parte delle volte i sintomi non ci sono.

Rossi:

L'assoluta asintomaticità della malattia è un'altra sua caratteristica. La maggior parte degli ipertesi non ha sintomi anche se spesso i pazienti addebitano alla pressione i disturbi più vari. Ne consegue che per diagnosticare l'ipertensione bisogna misurare la pressione arteriosa. Sembra banale ma non è raro trovare pazienti con ipertensione e danni d'organo già instaurati che non si sono mai controllati i valori tensivi.

Stucchi:

Ho notato più volte che sintomi aspecifici come senso di testa "strana", orecchie ovattate, acufeni bizzarri, ecc. scompaiono con il controllo pressorio.

Rossi:

Confermo. Non so quanto questi disturbi siano effettivamente correlati ai valori pressori e quanto si tratti invece di semplici malesseri e il miglioramento riferito sia un puro effetto placebo.

Ressa:

Nella raccolta dell'anamnesi familiare nessuno di noi si dimentica di esplorare l'esistenza di familiari ipertesi.

Rossi:

L'ipertensione ha un'elevata incidenza di familiarità. Il medico di MG con qualche anno di esperienza nota subito che membri di intere famiglie soffrono di ipertensione.

Ressa:

E' chiaro che una ipertensione non diagnosticata o mal curata va a danneggiare gli organi bersaglio.

Rossi:

Il rischio di complicanze cardiovascolari aumenta con l'aumentare dei valori sia sistolici che diastolici. Le cause più frequenti di decesso nell'iperteso sono l'ictus e lo scompenso cardiaco; con minore frequenza troviamo l'insufficienza renale cronica e altre complicanze cardiovascolari.

Numerosissimi studi hanno dimostrato senza ombra di dubbio che il trattamento dell'ipertensione riduce la mortalità e la morbilità associate. Mentre fino a qualche anno fa si riteneva che l'ipertensione sistolica isolata dell'anziano, entro certi limiti, fosse una condizione parafisiologica, ormai vi è ampio consenso che anch'essa va trattata.

Stucchi:

A mio parere si riscontra spesso grande difficoltà a controllare l'ipertensione sistolica in presenza di alto differenziale, anche con politerapia. Disagio per il paziente quando si riesce a portare i valori alla normalità.

Rossi:

Concordo con questo punto. In caso di ipertensione sistolica isolata con alto differenziale si dovrebbe pensare ad un ipertiroidismo.

Ressa:

Chi ha almeno 50 anni ricorda che, da giovani, mentre praticava il tirocinio ospedaliero, gli attempati primari dell'epoca temevano molto di abbassare la pressione arteriosa "perché va meno sangue al cervello".

Rossi:

Eh già, ignoravano l'autoregolazione pressoria cerebrale.

Pensa che in un follow-up dello studio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program), dopo 10 anni, il gruppo di pazienti anziani con ipertensione sistolica isolata in trattamento aveva una percentuale di eventi del 29% contro 69% nel gruppo di controllo.



Credo che attualmente nessuno si sogni più di contestare il trattamento della pressione sistolica isolata nell'anziano. Le evidenze però sono forti per valori di PAS  $\geq 160$  mmHg, mentre il trattamento per valori compresi tra 140 e 159 mmHg deve essere deciso da caso a caso perché le prove sono più deboli e derivano solo da studi osservazionali [13].

Ressa:

Partiamo dalla definizione di malattia, bisognerebbe mettersi d'accordo su dei valori assoluti, mentre ogni tanto noto che fluttuano nelle varie classificazioni, un po' come i valori soglia di glicemia per la diagnosi di diabete. Per questo ti chiedo: "Quando possiamo definire iperteso un paziente?"

Rossi:

Tutte le linee guida sono concordi nel definire i valori oltre i quali si può parlare di ipertensione: PAS  $\geq 140$  mmHg e PAD  $\geq 90$  mmHg.

Le varie linee guida poi suddividono la pressione normale in sottocategorie: ottimale (inferiore a 120/80 mmHg), normale (tra 120-129/80-84 mmHg) e normale-alta (130-139/85-89 mmHg).

Questa suddivisione è tuttavia puramente accademica in quanto, nella pratica giornaliera, non viene assolutamente tenuta in conto dai medici pratici. E non posso dar loro torto, se devo essere sincero.

Le ultime linee guida americane poi (denominate JNC 7) hanno introdotto una classificazione diversa [1]. Esse prevedono due soli classi: la pressione normale (PAS  $< 120$  mmHg e PAD  $< 80$  mmHg) e la pre-ipertensione (PAS 120-139 mm e PAD 80-89 mmHg). Gli americani hanno creato quindi una popolazione di sani ma "in procinto di ammalarsi" e francamente non mi pare che ne sentissimo il bisogno. Di medicalizzazione esasperata ce n'è in abbondanza senza inventarsi nuove malattie. Questa impostazione infatti non è condivisa dalle linee guida europee [2] che continuano a mantenere la classificazione riportata prima.

Per quanto riguarda l'ipertensione, essa viene ulteriormente suddivisa in tre fasce: lieve (140-159/90-99 mmHg), moderata (160-179/100-109 mmHg) e grave ( $\geq 180/110$  mmHg).

Ressa:

Domanda provocatoria: "E' difficile diagnosticare l'ipertensione?"

Rossi:

La domanda non è provocatoria.

Secondo alcuni autori circa il 20-25% dei pazienti in trattamento antipertensivo può sospendere la terapia senza che vi sia un rebound [3]. Addirittura questa percentuale sale al 47% se si considerano i pazienti in trattamento con un solo farmaco[4].

Ressa:

Quindi non erano "veri" ipertesi...

Rossi:

Secondo me, due sono le possibilità: o sono soggetti erroneamente diagnosticati come ipertesi dai loro medici curanti oppure persone che, in un qualche momento della loro vita, hanno manifestato una reazione di tipo ipertensivo a stimoli stressogeni, cessati i quali sono ridiventati normotesi.

Vi è da chiedersi anche se questo non sia però un segno di predisposizione che indica il probabile sviluppo di una ipertensione stabile in futuro.

La difficoltà di definire se un paziente è veramente iperteso dipende, quindi, da una serie di fattori.

Anzitutto la pressione arteriosa è un parametro biologico estremamente variabile che può essere influenzato da numerose situazioni (sforzi fisici, stati emotivi, febbre, malattie intercorrenti, esposizione al caldo o al freddo ecc.).

Ressa:

Va bene, ma, insomma, qual è la "vera" pressione che fa danni?

Rossi:

La pressione correlata con le complicanze non è tanto quella "occasionale" ma quella "basale". Possiamo, in modo molto semplificato, definire la pressione basale quella "solita" per quel determinato soggetto. Stucchi:

Come facciamo a sapere qual è quella "solita"?

Rossi:

Per saperlo bisognerebbe misurare la pressione minuto per minuto, però l'ABPM (detto impropriamente Holter pressorio) fornisce un buon surrogato della pressione basale ed è per questo che, pur con qualche distinguo in letteratura, è considerata ormai il gold standard per determinare valori che si avvicinano alla pressione basale

Ressa:

Altri fattori influenzano i valori di pressione riscontrati in occasione di una misurazione singola. Fra questi importantissima la tecnica di misurazione corretta e le condizioni ambientali in cui la misurazione viene fatta.

Inorridisco quando vedo pressioni controllate "al volo". Io, generalmente, dopo opportuni convenevoli "rilassanti" faccio sdraiare il paziente sul lettino, ausculto lentamente il cuore, così passano preziosi minuti, poi alla fine la controllo sia in clinostatismo sia in ortostatismo, avendo cura di aumentare molto lentamente l'insufflazione del bracciale e aprendo, poi, la valvola molto lentamente fino a scaricarla completamente.

Rossi:

I libri di medicina sono ricchi di spiegazioni su come misurare correttamente la pressione. Mi limiterò pertanto a considerare alcuni punti che mi sembrano importanti: il paziente deve essere seduto, a riposo da almeno 5 minuti, il braccio sul quale si misura la pressione deve essere posto all'altezza del cuore, la velocità con cui si fa scendere il



mercurio deve essere opportunamente lenta, bisogna ripetere la misurazione alcuni minuti dopo (va tenuto per buono il risultato più basso riscontrato) e bisognerebbe effettuare la determinazione su entrambe le braccia.

Stucchi:

Di solito la pressione si equivale o la differenza tra la misurazione nelle due braccia è minima, diciamo meno di 10mmHg e, sempre di solito, la P.A. più elevata è riscontrabile al braccio destro, anche se una differenza sostanziale si trova solo in caso di patologia ostruttiva arteriosa [17].

Rossi:

Sì, a meno che non vi sia una patologia ostruttiva a livello dell'arco aortico o di una delle due succlavie, ho notato anch'io che la pressione tra le due braccia non cambia molto.

Purtroppo bisogna dire che spesso la fretta e la sala d'attesa che preme non consentono di rispettare tutte le regole per una buona misurazione. Ressa:

Un punto poco considerato è la dimensione del bracciale. Negli obesi (diametro del braccio > 33 cm) l'uso dei bracciali standard forniti solitamente con gli apparecchi possono comportare una sovrastima dei valori pressori [5]. Il medico dovrebbe quindi dotarsi di un bracciale per obesi da tenere a portata di mano in caso di bisogno.

Altri fattori che possono influire sulla pressione sono: il paziente che parla, la recente esposizione al freddo, l'assunzione di alcolici o l'aver fumato poco prima di misurare la pressione, l'ansia da attesa...

Stucchi:

Anche il caffè poco prima della misurazione.

Rossi:

Per tutti questi motivi e soprattutto perché l'ipertensione è una condizione che causa danni nel lungo periodo non si dovrebbe mai aver fretta nel dare ad un paziente l'etichetta di "iperteso"; è sempre consigliabile prevedere un adeguato follow-up con ripetute misurazioni per alcune settimane.

Ressa:

Domanda offensiva: "I medici sono affidabili nel misurare la pressione?"

Rossi:

Pare proprio che i valori di pressione riscontrati dai medici siano meno affidabili di quelli misurati dagli infermieri o dagli stessi pazienti.

In uno studio [6] quasi 5000 anziani sono stati seguiti per oltre 3 anni con lo scopo di valutare il rischio cardiovascolare rispetto alla pressione automisurata a domicilio e misurata in ambulatorio dal medico. Per ogni aumento di 10 mmHg della PAS automisurata il rischio di evento cardiovascolare aumentava del 17,2% e per ogni aumento di 5 mmHg per la PAD automisurata il rischio aumentava dell'11,7%. Invece, per quanto riguarda la pressione misurata dal medico, per un aumento degli stessi valori, non si riscontrava alcun aumento del rischio cardiovascolare.

Il successivo studio PAMELA (Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni) non ha trovato differenze sostanziali nella predittività degli eventi tra i vari metodi di misurazione della pressione (misurazione convenzionale, Holter pressorio, automisurazione).

Ressa:

Come al solito ci sono studi che vanno in direzioni opposte...

Direi comunque che non è sbagliato fidarsi maggiormente delle automisurazioni riferite dal paziente (ovviamente dopo essersi assicurati della sua affidabilità e della bontà dell'apparecchio usato) sia per valutare la prognosi a distanza che l'efficacia della terapia (ed eventuali aggiustamenti). Rossi:

Un altro studio [7] confrontava con i valori determinati tramite Holter pressorio (considerato come abbiamo detto, pur con qualche dubbio, il gold standard per la determinazione della pressione basale) vari metodi di misurazione della pressione: si vide che le misurazioni che più si avvicinavano a quelle registrate tramite monitoraggio continuo erano quelle automisurate o misurate dagli infermieri mentre quelle registrate dai medici risultavano più elevate.

Infine, sembra che una maggior proporzione di pazienti che si misurano la pressione a casa arrivi al target consigliato rispetto ai pazienti che si misurano la pressione solo dal medico [8]. Quindi un consiglio utile è quello di incoraggiare i pazienti ad imparare a misurarsi la pressione da soli e a tenere un diario con i valori riscontrati da sottoporre periodicamente al medico.

E' anche utile tenere registrati in cartella i valori riferiti magari differenziandoli (per esempio con un asterisco) da quelli registrati in ambulatorio.

Stucchi

E' preferibile l'automisurazione con apparecchi elettronici o manuali?

Rossi:

Credo che per una questione di manualità sia preferibile che il paziente usi quelli elettronici purché noi li controlliamo per determinarne l'affidabilità.

Escluderei quelli al polso perché non sono ancora ben validati. Ho notato però che quelli elettronici, anche i più precisi, danno valori sballati in caso di FA.

Ressa:

Quando furono introdotti gli apparecchi per il controllo domiciliare, ero restio a delegare al paziente la sua misurazione, poi ho ceduto anche se, a volte, faccio controlli incrociati per comparare i valori del mio sfigmomanometro classico a colonna con quelli dell'apparecchio elettronico del paziente. Qualche staratura, ogni tanto, si trova.

Andiamo avanti. Dicci, per favore, quando richiedere l'Holter pressorio.



Rossi:

Il monitoraggio continuo per 24 ore della pressione arteriosa (ABPM = Ambulatory Blood Pressure Monitoring) è oggi abbastanza in voga. In effetti i valori registrati con questa metodica si correlano molto bene con il rischio cardiovascolare [9].

Ovviamente non può essere richiesto a tutti gli ipertesi sia per questioni di costi sia per non intasare inutilmente di richieste improprie i servizi di secondo livello.

Le indicazioni alla richiesta dell'ABPM su cui vi è consenso generale sono le seguenti:

- pressione molto variabile registrata in varie occasioni
- ipertensione apparentemente resistente alla terapia ottimale (una volta esclusa una mancata compliance alla terapia prescritta)
- sospetto di crisi ipotensive durante il trattamento
- sospetta ipertensione da camice bianco.

Ressa:  
Come si fa a considerare affidabili valori presi comprimendo un vaso arterioso ogni 15 minuti? Io ho dei dubbi, mi vengono in mente i consigli dei vecchi maestri che proibivano di misurare più di tre volte consecutive la pressione, parlavano di riflessi vasocostrittori con conseguenti valori pi alti del normale.

Sciocchezze del passato?

Rossi:

Direi di sì.

Il tuo è un ragionamento di tipo logico e, se vogliamo chiamarlo così, anche fisiopatologico. Ma le evidenze sperimentali sono diverse. Oltre allo studio citato [9] te ne posso portare un altro che forse ti farà cambiare idea [12].

In questi studi hanno preso degli ipertesi sottoponendoli sia all'Holter pressorio (misurazioni ogni 15 minuti di giorno e ogni 30 minuti di notte) che alla misurazione della pressione in ambulatorio. Hanno seguito i pazienti per 4-5 anni ed hanno visto chiaramente che gli eventi cardiovascolari verificatisi erano meglio correlati con aumenti della pressione riscontrati con l'ABPM, molto meno con quelli riscontrati in ambulatorio dal medico.

Il che se ci pensi è anche logico perché la pressione che noi misuriamo nel nostro studio, pur con tutte le cautele e le regole, è comunque una misurazione "puntiforme" e può non coincidere con la vera pressione "basale" del soggetto. Con l'ABPM si hanno numerosissime misurazioni in tutti i momenti della giornata ed è quindi più probabile che i valori riscontrati siano quelli "reali". Caro Ressa, certe volte di fronte ai dati sperimentali la logica deve arrendersi. Ti cito un altro esempio: a rigor di logica e ragionando in termini fisiopatologici negli anni passati i nostri maestri ci avrebbero bocciato all'esame di Clinica Medica se avessimo osato affermare di usare un betabloccante nello scompenso cardiaco. Poi gli studi sperimentali si sono incaricati di far "giustizia" dimostrando che i betabloccanti addirittura riducono la mortalità, tanto che oggi sono considerati (insieme agli ACE-inibitori) i pilastri della terapia dello scompenso.

Stucchi:

Come comportarsi con i pazienti che non hanno la fisiologica diminuzione notturna dei valori pressori?

Rossi:

I pazienti non dipper, a parità di valori pressori diurni, vanno considerati più a rischio.

Stucchi:

E con quelli che hanno una risposta di tipo fortemente ipertensivo al test da sforzo?

Rossi:  
IDEM

Stucchi:

Vanno ricercati eventuali danni d'organo?

Rossi:

Sì, ma non solo in questi, in tutti gli ipertesi

Ressa:

Che mi dici in proposito dell' ipertensione da camice bianco?

Rossi:

Si tratta di un fenomeno ben conosciuto dal medico. Ci sono soggetti che appena entrano in un ambulatorio reagiscono con una esagerata iperattività adrenergica: il medico riscontra sempre (e non occasionalmente) valori elevati mentre il paziente riferisce che la pressione misurata o automisurata a domicilio è normale.

Sono persone che rispondono con aumenti pressori a stimoli banali (come può esserlo una visita di controllo dal proprio medico di famiglia) e oggi li si ritiene predisposti a sviluppare nel tempo un'ipertensione stabile [16].

In questi casi vi è l'indicazione ad eseguire un ABPM. Se questo risulta anormale il paziente va messo in trattamento, se il test è normale si deve prevedere invece un adeguato monitoraggio nel tempo, soprattutto se vi è familiarità per ipertensione. Probabilmente in questi pazienti è comunque opportuno eseguire gli accertamenti consigliati nell'iperteso (vedi in seguito) per evidenziare eventuali danni d'organo.

Ressa:

Tiriamo le somme di questa prima parte della nostra chiacchierata. Quale dovrebbe essere il comportamento del medico pratico?

Rossi:  
Ti schematizzo un possibile percorso diagnostico ispirato da quanto consigliato dalle linee guida della British Hypertension Society [10]. Se la PA è  $\geq 160/100$  si ricontrolla nel giro di 20-30 giorni e si tratta se i valori vengono confermati (ovviamente se ci troviamo di fronte ad una crisi ipertensiva si tratta subito). Per valori inferiori a 140/90 mmHg si rivaluta il paziente annualmente; per valori intermedii confermati si tratta in caso di paziente con rischio



cardiovascolare > 10% a 10 anni o se vi sono complicanze d'organo o diabete, altrimenti si può scegliere se trattare o limitarsi solo al follow-up.

Ressa:

Cosa fare dopo la diagnosi?

Rossi:

Una volta stabilito che siamo di fronte ad un iperteso i passi successivi sono i seguenti:

1. escludere una ipertensione secondaria
2. ricercare la presenza di eventuali danni d'organo
3. valutare fattori associati di rischio cardiovascolare.

Ressa:

Parlaci della prima eventualità, non frequentissima nella pratica.

Rossi:

Infatti nella quasi totalità dei casi l'ipertensione non dipende da cause note e quindi si parla di ipertensione essenziale.

Direi che le forme secondarie vanno sospettate:

- nei soggetti giovani (soprattutto in mancanza di familiarità)
- in caso di crisi ipertensive
- nelle forme resistenti a più farmaci associati (dopo aver escluso ovviamente una scarsa aderenza alla terapia, cosa da indagare sempre)

La letteratura riporta una percentuale di forme secondarie del 4-5%, ma probabilmente il dato è falsato perchè si riferisce a casistiche selezionate. La mia esperienza è che le ipertensioni secondarie siano molto meno frequenti: in 26 anni di professione ricordo alcuni casi di ipertensione secondaria ad ipertiroidismo, una coartazione istmica dell'aorta in un quindicenne e qualche paziente con nefropatia avanzata; agli inizi della carriera ho visto anche un paziente in cui si era sviluppata un'ipertensione in seguito al trattamento con un farmaco contenente liquirizia (che a quei tempi si usava per la terapia delle gastropatie). Comunque abbiamo trattato l'argomento delle ipertensioni secondarie in altra sede e per non ripeterci a quella rimandiamo:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=3696>

Tra l'altro in quella occasione è stato trattato più in generale il comportamento da tenere nel caso di pazienti ipertesi che non rispondono adeguatamente alla terapia farmacologica.

Ressa:

Fatta la diagnosi, dato che non sappiamo, per i motivi esposti all'inizio, quando è iniziata la patologia, è utile valutare il danno d'organo. Come?

Rossi:

I danni d'organo principali sono i seguenti (tra parentesi gli accertamenti per cercarli):  
ipertrofia ventricolare sinistra (ECG, ecocardiogramma), disfunzione ventricolare sinistra (ecocardiogramma), scompenso cardiaco (anamnesi, segni clinici, ecocardiogramma), cardiopatia ischemica (anamnesi, ECG a riposo e da sforzo, ECG dinamico, ecocardiogramma), pregresso TIA o ictus (anamnesi, esame obiettivo, ecodoppler TSA), arteriopatia periferica (anamnesi, esame obiettivo, ecodoppler), nefropatia (microalbuminuria, proteinuria, ipercreatininemia, eco-doppler), retinopatia ipertensiva (fondo oculare, fluoroangiografia retinica).  
E' chiaro che la presenza di danni d'organo è correlata ad una prognosi peggiore.

Ressa:

Sì, va bene, ma quali esami chiedere, in prima istanza a tutti gli ipertesi?

Rossi:

Gli esami di primo livello che vanno richiesti in tutti i pazienti sono:

1. esami ematochimici: glicemia, creatinina, esame urine, profilo lipidico, elettroliti, emocromo
2. fondo oculare
3. elettrocardiogramma

Vi sono poi esami di secondo livello che andranno chiesti in presenza di particolari condizioni:

- a. ecocardiogramma (se è presente un'ipertrofia ventricolare sinistra, segni di scompenso cardiaco o cardiopatia ischemica)
- b. ecodoppler arterioso: se sono presenti soffi perimebelicali o carotidei, claudicatio, pregresso TIA o ictus
- c. ecografia renale: se sono presenti proteinuria o microalbuminuria, ipercreatininemia
- d. telecuore: utile nel rilevare dilatazioni aortiche presenti nella parte del vaso non esplorabile dall'ecografia. Stucchi: Perché è importante riconoscere una ipertrofia ventricolare sinistra (IVSx)?  
Perché occorre essere più aggressivi con la terapia o perché esistono farmaci più indicati di altri in questa condizione?

Rossi:

Sì, è un segno di danno d'organo ed è stato correlato ad un aumento della mortalità. La presenza di IVSx indica una ipertensione più grave e probabilmente anche la necessità di un trattamento più aggressivo tentando di raggiungere valori più bassi del canonico 140/90. E' stato dimostrato che la riduzione della ipertrofia ventricolare sinistra durante trattamento antipertensivo è associata ad una riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolari [14].

Ressa:

A questo proposito ricordo l'importanza dell'ecografia (la semeiotica cardiaca con la percussione non rileva le fasi iniziali).

L'ipertrofia delle miocellule cardiache provoca un aumento del rapporto tra lo spessore della parete del ventricolo sinistro e il raggio della camera ventricolare, esso è facilmente misurabile in ecografia e il suo valore è espresso dall'indice H/r (spessore parete, raggio camera) che normalmente è 0,45.





E' logico che questo tende ad aumentare mano a mano che il processo avanza per cui si passa da un iniziale rimodellamento alla vera ipertrofia concentrica e per poi finire nella ipertrofia eccentrica in cui il cuore si dilata (scompenso) e l'indice H/r invece di essere  $> 0.45$  diventa  $< 0.45$  a causa dell'aumento del raggio della camera ventricolare.

Ma, a parte questi dati anatomici, dobbiamo rimarcare il fatto che l'ipertrofia causa un alterato rilasciamento del ventricolo sinistro durante la diastole con un conseguente ostacolo al riempimento completo della camera per la diminuzione dell'effetto "suzione"; l'ipertrofia iniziale non comporta un aumento del consumo di ossigeno cardiaco o una riduzione del flusso coronarico fino a quando non si associa anche una dilatazione della camera ventricolare.

Stucchi:

Esistono condizioni che impongono esami di secondo livello, per esempio esagerata risposta ipotensiva ad un certo farmaco?

Rossi:

Non credo.

Stucchi:

Oppure mancata risposta ad una terapia ben impostata.

Rossi:

Questo è un dato che dovrebbe far pensare ad una forma secondaria (una volta esclusa, come già detto, la non compliance e sempre se si usa una terapia massimale).Stucchi:

Oppure variazione di alcuni parametri ematochimici dopo l'uso di alcuni farmaci: creatininemia, potassiemia...

Rossi:

Beh, un aumento della creatinina con un aceinibitore o un sartanico può succedere, qualche volta potrebbe essere dovuto ad una nefropatia e quindi andrebbe fatto almeno un eco-doppler addominale. Riprendendo il discorso di prima direi che gli esami di terzo livello comprendono tutti gli accertamenti necessari a diagnosticare un'ipertensione secondaria.

Abbiamo visto che in genere l'ecocardiogramma non è considerato un esame di primo livello da richiedere a tutti gli ipertesi. E' probabile però che con le nuove classificazioni dello scompenso cardiaco (vedi capitolo relativo) in futuro le indicazioni all'ecocardiogramma si andranno sempre più estendendo (documentazione della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica).

Ressa:

Quando ero un giovane medico facevo ripetere ECG, fundus e Rx telecuore ogni anno; poi, mano a mano che i capelli mi diventavano bianchi, mi sono reso conto che gli intervalli si sono dilatati molto. Ogni quanto ripetere gli esami?

Rossi:

Non ci sono, né ci potrebbero essere, indicazioni stringenti. In realtà il follow-up del paziente iperteso dipende da molti fattori (presenza o meno di complicazioni, risposta alla terapia, ecc.) e deve essere lasciato alla valutazione clinica del medico. In linea generale si può prevedere un controllo dei principali esami ematochimici ogni 12 mesi, un fondo oculare ogni 2-3 anni se la pressione è ben controllata e non vi sono segni di complicazioni. Per l'ECG possono valere le stesse indicazioni. In ogni caso non ci possono essere protocolli rigidi e la decisione andrà presa caso per caso valutando il paziente nel suo complesso.

Stucchi:

E' il caso di controllare alcuni parametri ematochimici in relazione al tipo di terapia e di farlo nei primi mesi di trattamento quando gli effetti del farmaco sono più probabili, in base alle caratteristiche peculiari del paziente?

Per esempio, creatininemia e potassiemia con ACE Inibitori e sartani oppure la potassiemia nella terapia con tiazidici. Non so voi, ma io ho notato che alcuni pazienti tendono, indipendentemente dalla dieta, a sviluppare precocemente ipopotassiemia con la terapia tiazidica, mentre altri non hanno mai questo problema.

Rossi:

Su questo punto sono d'accordo. Almeno all'inizio della terapia è opportuno controllare con una certa frequenza (per esempio ogni 3 -6 mesi) funzionalità renale ed elettroliti specie se si usano aceinibitori, sartani e diuretici.

Ressa: Abbiamo parlato di ipertensione come malattia isolata, mentre, ahimè, nella pratica spesso è associata ad altre condizioni che ne peggiorano l'entità e anche la prognosi complessiva di quel dato paziente.

Rossi:

Proprio così.

Nel paziente iperteso va ricercata la presenza di alcune condizioni che, se presenti, comportano un aumento del rischio cardiovascolare (vedi il capitolo sulla gestione del rischio cardiovascolare globale):

- BMI (peso/altezza in metri al quadrato): valore normale fino a 25, obesità franca  $\geq 30$
- Fumo
- Sedentarietà
- Abitudini alimentari scorrette
- Diabete
- Iperdislipidemia

Stucchi:

Circonferenza della vita?



Rossi:

E' un segno associato al rischio cardiovascolare e può fornire delle informazioni aggiuntive.

La circonferenza vita si misura con un metro da sarta fatto passare al di sopra delle due spine iliache anteriori. Si considerano normali valori < 88 cm nelle donne e 102 cm negli uomini. Bibliografia

1. JNC 7. JAMA 2003; 289:3560-3572
2. Journal of Hypertension 2003; 21:1011-1053
3. Br J Gen Pract 1999; 49:977
4. Am J Hypert 2001; 14:98-105
5. Blood Pressure Monitoring 2003; 8:101-106
6. JAMA 2004; 291:1342
7. BMJ 2002; 325:254
8. BMJ 2004; 329:145
9. N Engl J Med 2003; 348:2407
10. BMJ 2004; 328:634
11. Sutton-Tyrrell K et al. Arch Intern Med. 2003; 163:2728
12. Hirschl MM et al. Hypertension 2002; 40:792-794, 817-822.
13. Sarwat I et al. JAMA 2004; 292:1074
14. Okin PM et al. JAMA 2004; 292:2343-49
15. Studio PAMELA. Circulation. 2005; 111:1777-1783
16. Ugajin T et al. White-Coat Hypertension as a Risk Factor for the Development of Home Hypertension. The Ohasama Study. Arch Intern Med. 2005 Jul 11; 165:1541-1546.
17. Eguchi K et al. Consistency of Blood Pressure Differences Between the Left and Right Arms. Arch Intern Med. 2007 Feb 26; 167:388-393.