

Rassegna sintetica

Giorn. It. Card. 3, 441-444, 1973

PERCHE' E COME CURARE L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

M. DALLOCCHIO - J. CLEMENTY - H. BRICAUD - P. BROUSTET

L'ipertensione arteriosa costituisce un vero e proprio flagello sociale:

— per la sua diffusione (colpisce circa il 25 % della popolazione);

— per la sua dannosità (lede organi nobili quali l'encefalo, il cuore, il rene; favorisce i processi aterosclerotici; riduce sensibilmente la durata della vita);

— per la sua insidiosità (rimane spesso misconosciuta per una buona parte della sua evoluzione);

— per i suoi riflessi medico-economici.

Da queste premesse deriva l'imperiosa necessità di individuare e di curare questa temibile malattia: è il compito quasi quotidiano del medico generico.

Ogni adulto la cui pressione arteriosa omolare misurata a più riprese, in decubito supino, in condizioni di assoluto riposo e rilassamento muscolare, sia superiore o uguale a 160/95 mmHg, deve essere considerato un *iperteso*.

Tutti gli ipertesi devono essere sottoposti ad uno *studio eziologico* (clinico, biologico, radiologico) volto a riconoscere un'eventuale ipertensione arteriosa « secondaria » a una causa ben precisa e curabile radicalmente con un intervento chirurgico (stenosi istmica dell'aorta, stenosi di un'arteria renale, feocromocitoma) o con la sola abolizione di un prodotto o di un farmaco (liquerizia, « pillola » antifecondativa).

Hôpital du Tondu - Bordeaux (France) - Centre de Cardiologie.

Traduzione di A. Passarelli.

Nella maggior parte dei casi — almeno due ipertesi su tre — si tratta invece di un'ipertensione « essenziale » senza causa riconoscibile, da curare senza indugio.

Trattare un'ipertensione arteriosa significa riportare e mantenere i valori tensivi entro i limiti normali e più precisamente stabilizzare la pressione diastolica al di sotto dei 90-95 mmHg.

La cura dell'ipertensione si basa su due punti fondamentali:

— controllo delle abitudini di vita e della dieta;

— impiego di farmaci.

Le abitudini di vita e le regole igienico-dietetiche

Esse rivestono un'importanza fondamentale.

Prima di somministrare dei farmaci, infatti, è necessario combattere i numerosi fattori che favoriscono il sopravvenire e l'aggravarsi dell'ipertensione: essi sono in particolare il cloruro di sodio, l'obesità, la vita sedentaria e gli stress ripetuti.

La dieta dell'iperteso deve essere iposodica ed ipocalorica; la sua vita deve essere regolata evitando i motivi di eccessiva ansietà e gli sforzi violenti; deve invece essergli permessa un'attività fisica moderata. Il fumo è rigorosamente vietato: è infatti inutile, anzi dannoso, aggiungere all'ipertensione un altro fattore aterogeno.

I farmaci

I farmaci costituiscono il secondo cardine del trattamento. Accanto ai *sedativi* (che proteggono l'iperteso dagli stress della vita corrente), essi sono essenzialmente i *diuretici* e gli *anti-ipertensivi*.

I *diuretici*, troppo spesso dimenticati, sono invece da considerare indispensabili. Essi, inducendo una deplezione di sodio al livello delle arteriole che ne sono impregnate, abbassano le resistenze periferiche e potenziano l'azione degli anti-ipertensivi veri e propri. La loro somministrazione deve essere regolarmente sorvegliata non essendo priva di inconvenienti.

Gli *anti-ipertensivi* sono numerosi e non intercambiabili a causa del diverso meccanismo d'azione; l'efficacia e gli effetti secondari sono diversi, per cui hanno proprie indicazioni e controindicazioni.

Si possono distinguere schematicamente:

— anti-ipertensivi « blandi »: i reserpini utilizzati per via orale;

— anti-ipertensivi « francamente efficaci », di impiego corrente: l'alfametildopa, le idralazine e la clonidina;

— anti-ipertensivi « maggiori », molto efficaci, ma talora mal tollerati: guanetidina, betanidine, ganglioplegici.

Come iniziare e proseguire il trattamento di un'ipertensione arteriosa

E' innanzitutto necessario stabilire « la gravità » della malattia sulla base di dati semplici, facilmente rilevabili:

— valori tensivi sistolici e soprattutto diastolici;

— compromissione viscerale da valutare in base alla sintomatologia soggettiva e ad alcuni esami paraclinici (per il cuore: radiografia del torace ed elettrocardiogramma; per il sistema nervoso: esame del fondo dell'occhio e determinazione della pressione arteriosa retinica minima centrale; per il rene: ricerca di un'eventuale albuminuria e clearance della creatinina).

I valori tensivi e la compromissione viscerale consentono di classificare tre gradi

clinici d'ipertensione: lieve, moderata e severa.

Il trattamento anti-ipertensivo costituisce una vera e propria « scalata » terapeutica da regolare in base alla gravità della malattia.

IPERTENSIONE « LIEVE »

Il trattamento dell'ipertensione « lieve » (pressione diastolica intorno a 95-110, compromissione viscerale nulla o trascurabile) deve iniziare con i diuretici; dopo qualche settimana, se i risultati non sono soddisfacenti, vanno aggiunti o un reserpino o l'alfametildopa.

IPERTENSIONE « MODERATA »

L'ipertensione arteriosa di grado « moderato » (pressione diastolica uguale o superiore a 110, ma inferiore a 130; comparsa di disturbi soggettivi; fenomeni dell'incrocio — stadio II — all'esame del fondo dell'occhio; segni di compromissione cardiaca o renale) prevede una condotta terapeutica in cui fin dall'inizio vanno associati i diuretici e l'alfametildopa. Se dopo uno-due mesi la ipertensione non è ancora controllata, occorre insistere con il trattamento aggiungendo ai farmaci già citati le idralazine o la clonidina.

IPERTENSIONE SEVERA

La terapia d'attacco dell'ipertensione « severa » (pressione diastolica pari o superiore a 130; gravi alterazioni del fondo dell'occhio e delle funzioni cardiaca e renale) comporta l'impiego simultaneo dei diuretici e degli anti-ipertensivi (alfametildopa associata alle idralazine e alla clonidina). Se la ipertensione non cede e se le condizioni degli organi colpiti lo permettono, ai farmaci già prescritti si possono aggiungere in un secondo tempo uno o più anti-ipertensivi maggiori (guanetidina, betanidine o ganglioplegici).

PERCHÉ E COME CURARE L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

ALCUNE REGOLE FONDAMENTALI

Il trattamento anti-ipertensivo sopra descritto, regolato secondo la gravità della malattia e la risposta alla terapia d'attacco, deve poi obbedire ad alcune regole fondamentali:

— i farmaci devono essere impiegati a dosi progressivamente crescenti (mai somministrare la dose massima all'inizio!);

— due anti-ipertensivi con meccanismo di azione diverso, somministrati a dosi ridotte e quindi con un minimo di effetti secondari, danno migliori risultati che un farmaco solo somministrato a forti dosi;

— il medico deve tendere a riportare ed a mantenere la pressione arteriosa entro i limiti normali con il minor numero di farmaci e con la posologia più bassa.

Casi particolari

Le regole terapeutiche di base non devono peraltro far perdere di vista il fatto che la cura deve essere programmata per il malato, non per la malattia.

« *Non si cura un'ipertensione, ma un iperteso* ».

Bisogna quindi tener presenti alcune caratteristiche, proprie di ogni singolo paziente affetto da ipertensione e cioè: decorso della malattia, età e peso, associazioni morbose, precedenti familiari (che gravano pesantemente sulla prognosi).

— *Le crisi ipertensive* (scatenate da uno stress, da un eccesso alimentare) possono mettere in pericolo la vita del paziente. Esse costituiscono vere e proprie emergenze che impongono il riposo assoluto a letto, una dieta strettamente iposodica ed un trattamento con diuretici e anti-ipertensivi per via parenterale (reserpina i.m.; diazoxide e.v.).

— *L'ipertensione arteriosa maligna* con valori diastolici superiori a 130 mmHg ha un decorso precipitoso con complicanze poliviscerali (cardiache, renali, neurologiche) a rapida e grave evoluzione. Un'energica deplezione idro-salina e l'impiego di tutti gli anti-ipertensivi a disposizione devono accompagnarsi al trattamento specifico delle complicanze.

— *Le turbe metaboliche*, quali il diabete, l'iperuricemia, le dislipidemie, l'obesità aggravano la malattia ipertensiva e facilitano le complicanze aterosclerotiche.

Se un iperteso è anche diabetico o gottoso possono essere impiegati come diuretici solo gli anti-aldosteronici. Sono controindicati in quanto iperglicemizzanti e iperuricemizzanti, i derivati tiazidici, la furosemide e l'acido etacrinico.

— La dieta iposodica ed i diuretici devono costituire il trattamento basilare dell'iperteso *in scompensato*, senza peraltro dimenticare la digitale e l'alfametildopa. Si possono associare l'idralazina qualora non vi siano aritmie o segni di insufficienza coronarica. I beta-bloccanti sono assolutamente controindicati.

— *L'aterosclerosi coronarica* non costituisce controindicazione al trattamento dell'ipertensione arteriosa; il farmaco di scelta è l'alfametildopa che non provoca tachicardia, nè crisi anginose come l'idralazina, nè ipotensione ortostatica grave come gli anti-ipertensivi maggiori. Nell'iperteso con insufficienza coronarica possono essere somministrati anche gli inibitori delle mono-amino-ossidasi (anti-MAO) ed i betabloccanti, anche se con cautela ed a condizione che ne vengano rispettate le controindicazioni.

— Se l'ipertensione è complicata da *insufficienza renale*, la terapia va impostata sulla scorta della *clearance della creatinina*: se questa è superiore a 40, non vi sono sostanziali differenze nel trattamento rispetto agli altri ipertesi; vanno tuttavia evitate le guanetidina ed i ganglioplegici; se invece è inferiore a 40, il paziente deve essere curato in ambiente specializzato. Certe ipertensioni arteriose con insufficienza renale di grado severo (clearance della creatinina inferiore a 10) possono richiedere procedure dialitiche o anche la nefrectomia bilaterale (seguita eventualmente dal trapianto renale).

— *In gravidanza*, è necessario mettere la paziente a riposo e a dieta iposodica ai primi segni di allarme (aumento ponderale superiore a 500 g per settimana, pressione arteriosa superiore a 140/90 mmHg, albuminuria). Se ciò non basta e soprattutto se i

valori tensivi restano superiori a 140/90, bisognerà ricorrere ai farmaci.

— Un'ipertensione diagnosticata per la prima volta durante la *menopausa* richiede periodici e ripetuti controlli; nel caso che la pressione diastolica superi costantemente i 95 mmHg, la malattia andrà curata secondo gli schemi abituali, dopo uno studio delle condizioni viscerali.

— *I pazienti anziani* vanno trattati se la pressione diastolica supera i 100 mmHg. Bisogna limitarsi a riportare progressivamente i valori tensivi a 180/100, 170/90 secondo l'età, senza insistere troppo. In questi pazienti, spesso affetti da aterosclerosi cerebrale, i reserpinici somministrati per lungo tempo, anche a piccole dosi, possono far insorgere una sindrome depressiva, mentre gli anti-ipertensivi maggiori (guanetidina, ganglioplegici) sono controindicati per i danni che possono venire da episodi di ipotensione ortostatica su un terreno arterioso fragile. Possono essere impiegate l'alfametildopa (che non riduce il flusso cerebrale) e, se necessario, l'idralazina, a meno che il paziente non sia affetto da insufficienza coronarica.

— *Gli adulti giovani*, la cui pressione arteriosa oscilla costantemente fra i 140/90 e 160/95 mmHg e che si normalizza con il riposo (*ipertensione «labile»*), devono essere rivisti tutti i mesi nel corso di un anno. Se l'ipertensione viene confermata è necessario, dopo un controllo della situazione cardiaca, renale e del «fundus», avviare un trattamento semplice e facile da seguire: dieta iposodica, abolizione del fumo, un solo farmaco e cioè un diuretico tiazidico o un beta-bloccante (che riduce la portata cardiaca).

Questi pazienti vanno controllati periodicamente, soprattutto se l'anamnesi familiare è positiva.

Conclusioni

Si può quindi concludere che le basi del trattamento dell'ipertensione essenziale sono:

— le norme igienico-dietetiche (in particolare la dieta iposodica);

— la somministrazione, se necessario, dei diuretici e degli anti-ipertensivi.

La chirurgia palliativa e la stimolazione dei barocettori trovano indicazione solo in casi eccezionali, dal momento che possiamo disporre di farmaci sempre più attivi. Sono infatti rare le ipertensioni che non cedono ad una terapia medica ben condotta e continua.

Se il medico vuole che il suo paziente entri a far parte della «maggioranza silenziosa» degli ipertesi «adeguatamente trattati», deve tenere sempre presenti *cinque regole fondamentali*.

Il trattamento dell'ipertensione arteriosa deve essere:

— *precoce* per prevenire e limitare le complicanze della malattia ipertensiva;

— *efficace*, stabilizzando la pressione diastolica al di sotto di 95/90 mmHg;

— *adattato* alle variazioni dei valori tensivi, al singolo paziente, alle eventuali forme morbose associate, all'evoluzione della malattia;

— *continuo* poichè l'ipertensione essenziale non guarisce; non si deve modificare senza validi motivi un trattamento che dà buoni risultati; non si può ridurre, pur con cautela e sotto frequente controllo dei valori pressori, la dose dei farmaci anti-ipertensivi se non dopo molti mesi durante i quali la pressione è rimasta costantemente normale;

— *controllato* con regolarità (sotto il profilo clinico e biologico).

Il trattamento dell'ipertensione arteriosa trova ampia ed evidente giustificazione; infatti, se ben condotto ed efficace, esso migliora nettamente la temibile prognosi di questa malattia, come è dimostrato da numerose statistiche di confronto fra la prognosi a lungo termine degli ipertesi lasciati a sè con quella dei pazienti trattati e controllati con metodo e regolarità.

Per la corrispondenza rivolgersi a

Prof. M. DALLOCCHIO
Hôpital du Tondu
Bordeaux, 33000 (Francia)