



Ipertensione resistente: che fare?

Data 05 agosto 2008
Categoria cardiovascolare

Il punto sul comportamento da tenere di fronte ad un paziente iperteso che non risponde alla terapia farmacologica.

Non è raro nella pratica clinica trovarsi di fronte a pazienti ipertesi in cui il trattamento farmacologico con 3 farmaci antipertensivi non riesce a portare i valori tensivi al target desiderato.

Una reale resistenza alla terapia antipertensiva si riscontra più frequentemente nei pazienti anziani che nei giovani e i danni d'organo non sono rari. Spesso all'ipertensione sono associati altri fattori di rischio come cardiopatia ischemica, diabete, iperdislipidemia.

Di seguito viene riassunto il comportamento consigliato.

1) Ovviamente per prima cosa bisogna **sincerarsi se veramente ci si trova di fronte ad un'ipertensione resistente** per cui è buona norma ricorrere a più misurazioni ambulatoriali confermate da misurazioni domiciliari e/o da un Holter pressorio, soprattutto per escludere una ipertensione da camice bianco. Va ricordato comunque che l'ipertensione da camice bianco non è una condizione benigna e non dovrebbe essere banalizzata.

2) In secondo luogo è necessario **accertarsi dell'aderenza del paziente al trattamento prescritto** in quanto è stato dimostrato che, nelle terapie croniche, i pazienti non di rado tendono ad autoridursi i farmaci, soprattutto se non manifestano disturbi o sintomi particolari o se compaiono effetti collaterali.

3) In alcuni casi il **miglioramento degli stili di vita (dieta, attività fisica) e la riduzione del peso corporeo** contribuiscono a riportare la pressione a valori accettabili, altre volte è necessario **rivedere una terapia non ottimale**.

4) Una volta stabilito che si tratta veramente di un'ipertensione resistente il primo passo è **escludere l'assunzione di farmaci** che possono interferire con gli antipertensivi o che possono provocare ipertensione. Tra i più usati si ricordano i derivati dell'efedrina, erbori derivati (per esempio: ginseng), i FANS e i coxib. Altre sostanze che possono provocare un'ipertensione resistente sono **l'alcol e il sodio** introdotto con la dieta. In questi casi il counselling è necessario affinché il paziente riduca l'introito di bevande alcoliche e il consumo di sodio sia come sale per salare i cibi che come alimenti ricchi di sodio.

5) Infine è necessario escludere una **ipertensione secondaria**.

Una delle cause principali è la **nefropatia cronica** che può dipendere da un diabete oppure da una nefropatia ipertensiva. La presenza di proteinuria, cilindri urinari e aumento della creatinina sono i segni principali. In questi casi il trattamento dovrebbe privilegiare un aceinibitore o un sartano associato ad un diuretico dell'ansa, betabloccanti e calcio-antagonisti.

Un'altra causa di ipertensione secondaria è la **nefropatia vascolare** dovuta ad una stenosi della/e arteria/e renali causata da aterosclerosi o displasia della tunica muscolare. Segni di nefropatia vascolare sono un peggioramento improvviso dell'ipertensione, la presenza di soffi addominali a livello delle arterie renali, una ipopotassiemia, un aumento della creatinina > 50% dei valori basali con aceinibitore o sartano. L'eco-doppler addominale e la RMN sono di aiuto per la diagnosi. La terapia si avvale dell'angioplastica con stent in caso di malattia vascolare unilaterale o in casi selezionati di malattia bilaterale, aceinibitori o sartani associati a diuretici.

L'**iperaldosteronismo primario** è ritenuto, attualmente, una causa più frequente di ipertensione secondaria di quanto si credesse in passato. Se la clinica orienta verso questa patologia il test di screening è il rapporto aldosterone/renina plasmatica mentre le tecniche di imaging si basano sulla TAC o RMN. La terapia si avvale di antialdosteronici e di aceinibitori o sartani nel caso l'iperaldosteronismo sia dovuto ad iperplasia, dell'intervento chirurgico in caso di adenoma secernente.

Il **feocromocitoma** è una causa rara di ipertensione secondaria. In caso di sospetto il test di screening è costituito dal dosaggio delle catecolamine e metanefrine urinarie mentre per l'identificazione del tumore ci si avvale della TAC senza mezzo di contrasto o della RMN. La terapia si basa su betabloccanti, inibitori alfa-adrenergici e sulla rimozione chirurgica dell'aneoplasia.

Anchela **sindrome di Cushing** è una causa rara di ipertensione secondaria. Il test di screening è costituito dal dosaggio del cortisolo libero urinario/24 ore ed eventualmente il test di soppressione al desametasone.

Le **tireopatie**, sia l'ipertiroidismo che l'ipotiroidismo, possono provocare un'ipertensione secondaria. Il test più semplice è il dosaggio del TSH, la terapia ovviamente consiste nella correzione della patologia di base.

La **coartazione istmica dell'aorta** è una causa di ipertensione secondaria rara e abbastanza tipica dei soggetti più giovani. I segni che possono indirizzare verso questa condizione sono una disparità tra la pressione misurata a livello brachiale e femorale, un aspetto del corpo caratterizzato da busto e arti superiori ben sviluppati che contrastano con uno sviluppo minore degli arti inferiori, la presenza di soffi a livello del torace o della testa. In caso di sospetto l'ecocardiografia, la TAC e la RMN possono confermare la diagnosi. La terapia è ovviamente chirurgica.

Infine una causa di ipertensione secondaria è la **sindrome delle apnee notturne** che può essere sospettata sulla base dell'anamnesi (confermata da chi dorme accanto al paziente) e che richiede uno studio polisonnografico per la valutazione della gravità del quadro; la terapia si avvale di misure comportamentali (calo di peso) e della ventilazione a



pressione positiva . Possono essere utili gli antialdosteronici.

Inconclusione la gestione dell'ipertensione resistente non può prescindere dai punti richiamati più sopra; in caso non ci si trovi di fronte ad una ipertensione secondaria e l'aderenza del paziente al trattamento sia confermata è necessario insistere perchè vengano intensificati i cambiamenti dello stile di vita e ridotto il consumo di alcol e sodio; se il paziente fuma dovrebbero essere fatti tutti gli sforzi affinchè smetta (se necessario con l'ausilio di una terapia farmacologica); se assume FANS o coxib l'uso dovrebbe essere limitato alle dosi più basse idonee a controllare il dolore e per il periodo di tempo più breve possibile. Dal punto di vista farmacologico può essere necessario passare ad una terapia con 4 o più farmaci. Oltre alla classica terapia a base di diuretici, aceinibitori, sartani, calcio-antagonisti, alfa-1 bloccanti e betabloccanti si può ricorrere a farmaci che hanno un'azione sia alfa che beta-bloccante (carvedilolo, labetalolo), oppure associare un calcio-antagonista diidropiridinico a verapamil (o diltiazem), o un aceinibitore con un sartano, oppure aggiungere farmaci oggi meno usati come la clonidina o il monossidil. Se si usa un antialdosteronico fare attenzione alla possibile iperpotassiemia da contemporaneo uso di aceinibitore o sartano.

In pazienti selezionati con ipertensione resistente non è tanto importante il tipo di associazione usata (purchè non esistano specifiche controindicazioni all'uso contemporaneo, come per esempio betabloccanti e calcioantagonisti non diidropiridinici) quanto riuscire a ridurre la pressione a livelli accettabili senza provocare effetti collaterali così gravi o intensi da costringere il paziente a sospendere il trattamento.

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3111>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3114>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3167>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3584>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3585>
6. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3587>
7. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3587>