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, erboderivati (per esempio: gingseng), 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 **ipertensionesecondaria** .
Una delle cause principale è la **nefropatiacronica** 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 **nefropatiavascolare** 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'**iperaldosteronismoprimario** 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 della neoplasia.
Anche la **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 sopressione al desametazone .
Le **tireopatie**, sia l'ipertiroidismo che l'ipertiroidismo, 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 istimica 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 comportametali (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'ausilo 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, alfalitici 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 monoxidil. Se si usa un antialdosteronico fare attenzione alla possibile iperpotassiemia da contemporaneo uso di aceinibitore o sartano.
In pazienti selezionati con ipertensione ressitente 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.

RenatoRossi

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