

Anni giovanili vissuti sotto pressione

Marina Bosisio
Medicina generale
Monza (Mi)

Nell'adulto giovane il rialzo della colonnina di mercurio non può essere liquidato come ipertensione essenziale prima di aver ricercato ed escluso ogni tipo di patologia causale.

L'ipertensione arteriosa, che negli adulti è quasi sempre essenziale, nei giovani più frequentemente dipende da un'altra patologia. In medicina generale l'ipertensione è secondaria nel 7 per cento degli adulti e nel 28 per cento dei giovani (Feld 1988). Ne consegue che mentre nella popolazione ipertesa adulta l'approfondimento diagnostico per escludere cause accertabili è indicato solo se il paziente non risponde alla terapia o ha segni o sintomi suggestivi, nei giovani è sempre opportuno farlo. Trovare l'origine dell'ipertensione significa spesso guarirla.

I coetanei di Francesco raramente accedono allo studio del medico e la richiesta di un certificato di idoneità sportiva è spesso l'unica

«scusa» per visitarli. A tutt'oggi non ci sono dati sull'indicazione allo screening per l'ipertensione negli adolescenti, ma la misurazione occasionale della pressione arteriosa in tali frangenti può essere considerata un depistage dal rapporto costo/beneficio favorevole.

La diagnosi di ipertensione nell'infanzia e nell'adolescenza è importante: permette di identificare chi è ad aumentato rischio di sviluppare danni vascolari da adulto e potrebbe forse beneficiare di un intervento precoce e del follow up: il danno ipertensivo vascolare e d'organo può iniziare nell'infanzia, ma è ancora incerto quanto i cambiamenti fisiopatologici siano associati ai successivi problemi cardiovascolari e se una tempestiva riduzione pressoria nei bambini si associ a un miglioramento della mortalità o morbilità successiva. Da questa incertezza derivano le differenti posizioni delle società scientifiche sull'opportunità di misurare la pressione nei giovani. Se l'American Academy of Paediatrics, National Heart Lung and Blood Institute e American Medical Association consigliano la misurazione della pressione negli adolescenti e nei bambini ogni 1 o 2 anni in occasione delle visite di controllo, la Canadian Task Force non si esprime né a favore né contro la misurazione di routine nelle persone di età inferiore ai 21 anni, non avendo trovato prove sufficienti a supportare l'una o l'altra posizione.

Partendo dal riscontro episodico

Il riscontro episodico di valori sistolici pari o superiori a 140 e diastolici pari o superiori a 90 non è diagnostico per ipertensione: per esserlo, questi valori devono infatti essere confermati in almeno tre misurazioni, in tre tempi differenti (JNC 1993). Se persistono dubbi, l'automisurazione o il monitoraggio della pressione nelle 24 ore può dare qualche indicazione: il 20 per cento dei soggetti trovati ipertesi in ambulatorio non è confermato tale con l'holter pressorio (Pickering 1988). Motivi dei risultati episodicamente alti con lo sfigmomanometro sono la postura non cor-

LA STORIA

Quando lo specialista è d'obbligo

Francesco G. è un ventenne che, in occasione del rilascio della certificazione per l'attività sportiva non agonistica per la palestra, ha presentato valori pressori di 150/90. La sua reazione è stata di attribuirli a una certa agitazione. È mio paziente da quando frequentava le scuole medie inferiori, è sempre stato bene e anche gli ultimi esami di routine erano normali; studia molto e vive praticamente attaccato al computer per motivi sia di studio sia di divertimento. Dopo tre misurazioni in giorni diversi ho cominciato a manifestare qualche perplessità e gli ho consigliato di effettuare a domicilio controlli più frequenti (i nonni posseggono un apparecchio) ed eventualmente un monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore. I valori pressori si sono così confermati alti, per cui l'ho inviato a un Centro per l'ipertensione dove è stato messo in terapia con un ACE inibitore. Da allora non l'ho più rivisto. È venuta solo la madre a portarmi gli esiti degli esami effettuati (c'è iperaldosteronismo), con la diagnosi di ipertensione arteriosa secondaria ad adenoma della surrenale.

Due mesi fa è stato sottoposto a rimozione chirurgica della massa per via laparoscopica e ora i valori pressori si sono stabilizzati su 140/85 e gli esami ormonali stanno normalizzandosi.

Non assume più alcuna terapia farmacologica.

Nell'ipertensione essenziale l'obiettivo della terapia farmacologica è riportare i valori pressori sotto i 140/90. Negli ultimi anni si assistito a un cambio di vedute sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, passando dalla terapia a gradini all'indicazione di iniziare con qualsivoglia farmaco, alla dose minima efficace (European Society of Hypertension e European Society of Cardiology). L'US Joint National Committee consiglia invece di partire con un diuretico.

Per i pazienti ad alto rischio tutte le istituzioni scientifiche consigliano di partire con una associazione di tre farmaci: ACE inibi-

tore, diuretico, betabloccante (oppure calcio antagonista). Recentemente è stata pubblicata su *Lancet* una metanalisi (Lindholm 2005) che mette in discussione l'impiego dei betabloccanti e su questi risultati il NICE/BHS ha impostato le proprie linee guida, relegando l'utilizzo di queste molecole alla quarta scelta. Queste linee guida consigliano di partire nei soggetti con meno di 55 anni con gli ACE inibitori, mentre nei soggetti con più di 55 o di razza nera con calcioantagonisti o diuretici. Il betablocco viene riservato ai soggetti giovani che hanno controindicazioni o intolleranza agli ACE

inibitori, alle donne in età fertile e ai soggetti con segni di attivazione simpatico adrenergica.

La disponibilità sul mercato di numerose molecole betabloccanti alternative all'atenololo (farmaco per il quale è stato dimostrato un aumento della incidenza di eventi cardiovascolari maggiori come morte, infarto e ictus) e dotate di attività vasodilatatrice periferica, in grado di ridurre la pressione arteriosa centrale in misura superiore rispetto all'atenololo, fanno, però, apparire ad alcuni autori troppo restrittive le limitazioni all'impiego dei beta bloccanti date dal NICE (Angeli 2006).

retta, la situazione emotiva, l'assunzione di bevande alcoliche o di caffeina, il fumo e il dolore. Anche la struttura anatomica del braccio compromette la precisione della misurazione, in assenza di un bracciale idoneo.

In questo caso, il fatto che Francesco trovasse valori pressori elevati anche a domicilio esclude l'ipertensione da camice bianco, ma il medico curante ha voluto confermare (forse in modo un po' pleonastico) il dato anche con il monitoraggio delle 24 ore. L'esecuzione dell'esame ha, comunque, avuto il ruolo di convincere definitivamente il giovane della necessità di curarsi, aiutandolo ad accettare una diagnosi inconsueta per l'età.

Non attendere, ma fare diagnosi

Francesco giustificava la pressione alta trovata dal medico con lo stress: è difficile, infatti, per una persona giovane e sana credere di avere una malattia in genere considerata appannaggio dell'età adulta o avanzata e che richiede terapie croniche, cambiamenti nello stile di vita e controlli periodici dei valori e degli esami spia di eventuali danni d'organo.

Anche a un giovane, specie se tendenzialmente sedentario, è comunque corretto dare qualche consiglio che spesso è sufficiente ad abbassare i valori:

- riduzione dietetica del sodio;
- riduzione del peso;

- attività fisica regolare;
- sospensione del fumo.

Sebbene tali misure non farmacologiche possano talvolta ridurre la pressione a breve termine, l'entità della riduzione è comunque minore di quella ottenibile con la terapia farmacologica (Blumenthal 1991, Law 1991).

Ha fatto bene, il medico, vista la giovane età, a indirizzare il paziente al centro dell'ipertensione per un migliore inquadramento diagnostico, dato che nella storia narrata non emergono indizi dall'anamnesi e dall'esame obiettivo: il ragazzo non sembra aver mai sofferto di disturbi renali, tiroidei o di infezioni alle vie urinarie; l'obiettività cardiologica normale permetteva di escludere l'ipertensio- ▶▶▶

Bibliografia

Angeli F et al. Betabloccanti in serie C2 per la pressione. *Tempo medico Cuore* 2006; 5: 14.

Blumenthal JA et al. Failure of exercise to reduce blood pressure in patients with mild hypertension: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 1991; 266: 2098.

Feld LG et al. Hypertension in children. *Curr Probl Pediatr* 1988; 18: 317.

Joint National Committee on detection evaluation and treatment of high blood pressure. The fifth report of. Bethesda National Institutes of Health, 1993.

Law MR et al. By how much does dietary salt re-

duction lower blood pressure? III Analysis of data from trials of salt reduction. *BMJ* 1991; 302: 819.

Lindholm LH et al. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005; 366: 1545.

NICE/BHS. Clinical guideline 34. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG34/?c=91497>

Piano Nazionale Linee Guida sullo screening dell'ipertensione arteriosa: <http://www.pnlg.it>

Pickering TG et al. How common is white coat hypertension? *JAMA* 1988; 259: 225.

Living through youth under pressure
Occhio Clinico 2007; 3: 8

Key words
Hypertension; Youth

Summary

In young adults, a rise in blood pressure cannot be attributed to primary hypertension before every type of causal pathology has been researched and excluded. Arterial hypertension is almost always primary in adults, but in young people it is more commonly secondary to another pathology. In general medicine, hypertension is secondary in 7 percent of adults and in 28 percent of young people. It thus follows that, while for adults with hypertension, a diagnostic investigation to exclude secondary hypertension is only recommended if the patient is not responding to treatment or has particular signs or symptoms, it is always opportune to do one for young people. Often, finding the cause of hypertension means curing it. At present there are no data on indications for screening for hypertension in adolescents; however, occasionally measuring blood pressure in such cases could be considered a sort of screening with a good cost/benefit ratio.

ne da insufficienza aortica e gli esami di funzionalità renale normali patologie renali sconosciute.

La differenza dei valori pressori tra un arto superiore e il controlaterale fa pensare a una stenosi della succlavia o dell'ascellare. Un'ipotensione agli arti inferiori e la riduzione dei polsi arteriosi periferici pedidi può invece indicare la coartazione aortica, che nei bambini o giovani adulti può decorrere asintomatica. L'anamnesi farmacologia deve mettere in luce un eventuale utilizzo o abuso di decongestionanti nasali o di steroidi.

Un'eventuale ipokaliemia pone il sospetto di iperaldosteronismo, da confermare poi sia con il dosaggio dell'aldosterone sia con l'ecografia addominale per lo studio delle ghiandole surrenali e dei reni (rene policistico). È importante differenziare tra la presenza di adenoma surrenalico e l'iperplasia delle surrena-

li, in quanto solo la presenza di adenoma surrenalico fa prevedere che alla rimozione del surrene interessato seguirà la remissione dell'ipertensione. L'ecografia delle arterie renali è utile per escludere l'ipertensione nefrovaskolare da stenosi dell'arteria renale, che dà anche un iperaldosteronismo secondario caratterizzato da alti valori di reninemia.

A questo paziente è stata diagnosticato un adenoma surrenalico secernente aldosterone. Dopo la rimozione si assiste a una lenta riduzione dei valori di aldosterone e della pressione del sangue. Un'alternativa alla rimozione chirurgica, proponibile soprattutto in caso di iperplasia diffusa della surrenale, è la terapia farmacologia con un farmaco antialdosteronico quale lo spironolattone e una dieta povera di sodio. Nei maschi, però, effetti collaterali quali ginecomastia e riduzione della potenza ne limitano l'uso. ■

ZOOM

Parole di corsia in trincea

Guerra al terrorismo, danni collaterali, ma anche guerra alle cellule tumorali, effetti collaterali dei trattamenti: il gergo militare e quello medico sembrano sempre più andare a braccetto, mutuandosi.

In una lettera pubblicata su *Lancet*, due ricercatori, Erik von Elm, del Dipartimento di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna e Markus Diener, del German Cochrane Centre di Friburgo, hanno scritto una riflessione su come le dichiarazioni di guerra in senso lato stiano invadendo la vita civile e, in particolare, la medicina, in cui la retorica della guerra, come dicono i due ricercatori, è stata giustificata dal numero delle vittime delle malattie, che, in molti casi, supera quello delle guerre vere.

Una delle referenze che servono da esempio agli autori riguarda il cancro renale e racchiude un elenco di termini collegati ai conflitti e derivanti dal linguaggio militare. «Una nuova strategia di guerra alle cellule tumo-

rali renali: colpire bersagli multipli con danni collaterali limitati», recita il titolo dell'articolo citato: strategia, guerra, colpire, bersagli, danni collaterali. Quest'ultimo termine, nel gergo militare, sta a indicare un danno non voluto a carico di strutture, equipaggiamenti o personale, che si verifica nel corso di un'azione militare, con un significato parallelo a quello che gli operatori sanitari sono abituati ad associare agli effetti collaterali di una terapia.

Ma l'espressione «danni collaterali» che nella situazione bellica porta con sé significati quali l'eventuale uccisione di civili, ha lo scopo di offuscare la reale portata dannosa dell'intervento, quale verrebbe alla mente con una descrizione precisa di quanto accade. I termini appartenenti al mondo della medicina sono stati introdotti nel linguaggio militare con lo scopo di evitare descrizioni sconvolgenti di immagini di guerra, sostituendole con immagini che richiamano piuttosto il risanamento e la guarigione come quando i bom-

bardamenti sono chiamati operazioni chirurgiche, seppure fatte non con il bisturi, ma con bombe ad alta tecnologia. Gli esempi del miscelamento fra termini militari e medici sono tanti e il contributo è bilaterale: la guerra prende a prestito espressioni mediche, la medicina fa l'inverso, a partire da termini come killer cells o vaccine shots.

I due autori della lettera a invitano i colleghi a scrollarsi di dosso l'influenza delle espressioni militari e a usare il linguaggio appropriato, che esuli dalla logica cinica della guerra, quando parlano di cure a persone malate.

«Collateralmente», va sottolineata l'importanza di «combattere» le conseguenze sulla salute che la guerra porta con sé, dandovi più spazio e attenzione nelle pubblicazioni scientifiche. Anche chiamare le cose con il proprio nome, senza mescolare le carte, può chiarire le idee.

Valeria Confalonieri
Occhio Clinico