

■ **CARDIOLOGIA**

Ipertensione resistente, una sfida ancora attuale

Dal 20 al 23 ottobre 2022 si è tenuto il 39° Congresso di Cardiologia Conoscere e Curare il Cuore, durante il quale sono stati trattati diversi temi di interesse, su questioni di salute pubblica, sulla individuazione di target specifici in relazione a particolari patologie cardiache, sulla personalizzazione delle cure, sulla interconnessione delle strategie terapeutiche. Uno degli argomenti approfonditamente trattati, è quello dell'ipertensione arteriosa e in particolare, quello dell'ipertensione resistente. Il tema al centro di una relazione tenuta dal Prof. Massimo Volpe, Direttore UOC di Cardiologia, Ospedale Sant Andrea di Roma e Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, nonché Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma Sapienza.

► **Un problema diffuso**

L'ipertensione resistente, definita come una forma in cui non si riesca ad ottenere un efficace controllo dei valori pressori nonostante l'impiego di almeno 3 farmaci, incluso un diuretico, al massimo dosaggio tollerato, si stima che riguardi tra il 9 e il 18% dei soggetti ipertesi.

La diagnosi di ipertensione resistente deve essere confermata attraverso l'esecuzione di misurazioni ambulatoriali e domiciliari della pressione arte-

riosa e dopo aver escluso forme secondarie e di ipertensione "pseudoresistente", tra cui l'inadeguatezza del metodo di misurazione della pressione arteriosa, l'insufficiente aderenza alle terapie prescritte (presente in percentuali del 13-45%) e l'ipertensione da camice bianco. Una volta confermata la diagnosi, la gestione dell'ipertensione resistente deve essere intrapresa tempestivamente e deve comprendere diverse strategie combinate.

► **Cambiare lo stile di vita**

Considerato che diverse comorbidità e fattori di rischio sono associati ad un'aumentata incidenza di ipertensione resistente, fra cui l'obesità, la presenza di danno d'organo mediato dall'ipertensione (ipertrofia ventricolare sinistra e albuminuria) e di apnee ostruttive del sonno, il punto di partenza terapeutico è sempre lo stile di vita. L'ipertensione resistente è stata inoltre correlata ad alterazioni metaboliche fra cui l'iperuricemia e l'aumento dei livelli plasmatici di aldosterone. Diversi studi hanno inoltre mostrato che una proporzione consistente di soggetti con ipertensione resistente presenta un'elevata sensibilità al sale. In aggiunta alla riduzione dell'introito di sale e al calo ponderale, un importante contributo al controllo dei valori pressori deriva dalla riduzione dell'assunzione di alcol, dall'interruzione dell'abitudine

tabagica e dall'esecuzione di regolare attività fisica aerobica.

► **Terapia farmacologica**

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico in aggiunta ad una terapia di associazione con inibitori del sistema renina-angiotensina, calcio antagonisti e diuretici tiazidici, le linee guida internazionali raccomandano l'introduzione di un antagonista del recettore per i mineralocorticoidi, in particolare dello spironolattone. Nonostante più del 70% dei pazienti con ipertensione resistente sia un candidato ottimale al trattamento con spironolattone, nella pratica clinica solo una piccola percentuale riceve questo tipo di strategia terapeutica per il timore di alcuni noti effetti avversi quali iperpotassiemia, ginecomastia e disfunzione erettile. In questi casi, l'eplerenone può rappresentare una valida alternativa.

► **Ruolo della denervazione renale**

Negli ultimi anni una sempre maggiore attenzione è stata rivolta allo sviluppo di procedure interventistiche per il controllo dei valori pressori in pazienti con ipertensione resistente. Ulteriori studi prospettici randomizzati sono necessari per confermare in maniera definitiva i benefici della denervazione renale, ma si suppone che nei prossimi anni, qualora questa procedura dovesse entrare a far parte routinariamente della pratica clinica, la sfida principale sarà rappresentata dall'identificazione adeguata di quei soggetti che possano trarne maggiori benefici.

• Hermida RC, et al. *Eur Heart J* 2020; 41: 4565-4576.

• Ho CLB, et al. *J Hum Hypertens* 2021; 35: 308-314.