

## Iperensione arteriosa, emicrania e rischio di ictus

Antonia Pravettoni

*La comorbidità ipertensione arteriosa-emicrania è associata ad una maggiore frequenza di TIA e ictus. La scelta del trattamento antipertensivo potrebbe essere particolarmente importante in questi pazienti al fine di prevenire tali eventi*

I pazienti ipertesi e con emicrania hanno una probabilità significativamente maggiore di andare incontro ad una storia di ictus/TIA rispetto ai pazienti con la sola ipertensione arteriosa. Ma non solo: questi soggetti mostrano caratteristiche peculiari (tabella 1) e una maggiore frequenza di una storia personale di ictus/attacchi ischemici transitori (TIA) che insorgono prima dei 50 anni, prevalentemente nelle donne e in assenza dei più noti fattori di rischio per ictus.

Queste evidenze, portate alla luce dallo studio italiano MIRACLES (Migraine and hypertension relationship: Comorbidity and risk of cerebrovascular Events), hanno mostrato chiaramente che la comorbidità ipertensione arteriosa-emicrania è una realtà clinica rilevante e che questi pazienti hanno caratteristiche peculiari, in termini di storia di malattie cerebrovascolari, rispetto agli altri pazienti ipertesi ([www.miracles2007.it](http://www.miracles2007.it)).

In questi soggetti la prevenzione de-

gli eventi cerebrovascolari potrebbe essere un obiettivo prioritario della terapia antipertensiva, adottando uno schema terapeutico che tenga conto delle caratteristiche di cerebroprotezione dimostrate da alcune classi di farmaci, tra cui gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II (ARBs). L'angiotensina II (Ang II), infatti, oltre ad avere un ruolo chiave nel controllo della pressione arteriosa, è direttamente coinvolta nella patogenesi dell'ictus grazie alla sua capacità non solo di promuovere l'aterogenesi e altre alterazioni tipiche dell'evento cerebrovascolare, ma è anche in grado di favorire l'insorgenza di condizioni, quali la fibrillazione atriale e l'insufficienza renale cronica che, a loro volta, aumentano il rischio di ictus.

L'Ang II, inoltre, ha probabilmente un ruolo fisiopatologico anche nell'emicrania e alcuni studi hanno indagato la potenziale efficacia di un trattamento antipertensivo, in particolare con un ARB, nella profilassi dell'emicrania (*JAMA* 2003; 289: 65-69).

Diverse evidenze cliniche hanno evidenziato che bloccando l'attività dell'Ang II si riduce il rischio di ictus in misura maggiore rispetto a quanto atteso dalla semplice riduzione pressoria. In particolare lo studio MOSES (Morbidity and Mortality After Stroke, Eprosartan Compared With Nitrendipine for Secondary Prevention) è stato il primo trial a confrontare l'effetto di eprosartan, un ARB, e di nitrendipina, un calcioantagonista, nella prevenzione secondaria dell'ictus. A parità di riduzione pressoria osservata con i due farmaci (figura 1), eprosartan ha ridotto la mortalità totale e gli eventi cardio e cerebrovascolari del 21% ( $p=0.014$ ) e gli eventi cerebrovascolari fatali e non fatali del 25% ( $p=0.026$ ) rispetto a nitrendipina (*Stroke* 2005; 36: 1218-24), suggerendo che gli ARBs, come eprosartan, potrebbero avere, oltre alla loro nota efficacia antipertensiva, alcuni vantaggi in termini di protezione verso gli eventi cerebrovascolari, che vanno al di là della sola riduzione pressoria.

**Tabella 1**

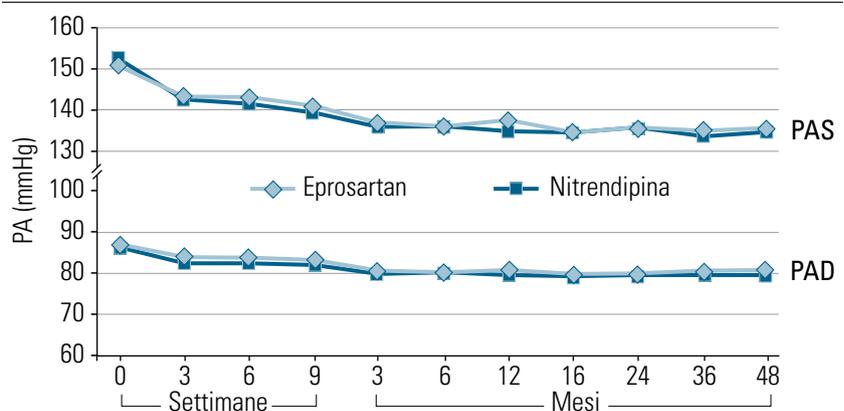
### Studio MIRACLES: caratteristiche nei pazienti comorbidi\*

- L'emicrania insorge tardivamente (dopo i 30 anni)
- L'ipertensione arteriosa si manifesta precocemente (prima dei 50 anni)
- Frequente storia familiare per entrambe le patologie
- L'emicrania è meno trattata
- L'ipertensione arteriosa è meno controllata

\* statisticamente significative rispetto ai soli ipertesi o emicranici

**Figura 1**

### Effetto di eprosartan e di nitrendipina sulla pressione arteriosa



PAS: pressione arteriosa sistolica; PAD: pressione arteriosa diastolica

*Stroke* 2005; 36: 1218-24