

## CRISI IPERTENSIVE: PRIMITIVE O SECONDARIE?

A. Di Grande

Direttore U.O.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta

Le aree d'emergenza costituiscono un osservatorio epidemiologico di rilevante importanza per l'elevato numero di pazienti che afferiscono ai P.S..

L'ipertensione arteriosa è una condizione clinica espressione di rischio cardiovascolare estremamente diffusa nella popolazione generale e, in tale ambito, il riscontro di valori pressori elevati in acuto rappresenta un evento con cui ci si confronta quotidianamente.

Ciò può verificarsi a qualunque età e rappresentare la manifestazione d'esordio di un'ipertensione a sviluppo improvviso secondaria a molteplici cause, o, molto più frequentemente, essere conseguenza del trattamento inadeguato di un'ipertensione essenziale.

Nell'ambito delle emergenze mediche che si verificano in un Dipartimento di Emergenza, la prevalenza delle crisi ipertensive è compresa fra il 20 e il 30%, e tale dato dimostrerebbe la rilevanza del problema in termini epidemiologici e di economia sanitaria.

In realtà la dizione *crisi ipertensiva* è alquanto generica, non basata su criteri definiti e condivisi, e omnicomprensiva di entità cliniche differenti.

I termini *emergenza ipertensiva* (condizione che richiede una riduzione immediata della pressione arteriosa per la presenza di danno acuto o incipiente agli organi bersaglio) e *urgenza ipertensiva* (condizione in cui la riduzione della pressione arteriosa è necessaria nell'arco di alcune ore e non è presente danno d'organo) sono concetti ben codificati ma raramente usati nella pratica clinica.

Più frequentemente, per definire un aumento dei valori pressori, si fa ricorso a termini quali *rialzo pressorio*, *ipertensione arteriosa*, *crisi ipertensiva*, e pertanto i dati epidemiologici che fanno riferimento a tale condizione hanno un significato decisamente limitato.

Spesso è il valore assoluto della pressione arteriosa a condizionare la scelta, pur se ciò non ha un concreto fondamento: in pazienti precedentemente normotesi, anche modesti rialzi pressori acuti possono condurre a danni d'organo critici e irreversibili e rappresentare vere emergenze (per

esempio, pre-eclampsia o glomerulonefrite acuta) da gestire terapeuticamente in tempi molto rapidi.

In tal senso, più che l'entità dell'aumento pressorio, andrebbe presa in considerazione la rapidità dello stesso e, naturalmente, il contesto clinico in cui si verifica il fenomeno.

L'aumento della pressione arteriosa è un dato "facile" da rilevare (anche da parte degli stessi pazienti) e una riduzione dei valori pressori è un target altrettanto semplice da ottenere: da ciò deriva non solo il moltiplicarsi delle richieste di intervento per le cosiddette "crisi ipertensive" (o presunte tali), ma anche una tendenza alla auto-somministrazione di farmaci antiipertensivi (potenzialmente dannosa), e una gestione di carattere medico spesso impropria.

Un'analisi dei dati disponibili in letteratura e la quotidiana esperienza in area d'emergenza permettono di formulare alcune considerazioni in merito:

- Diverse condizioni comunemente associate a un rialzo della pressione arteriosa potrebbero essere, almeno in una parte dei casi, la causa e non la conseguenza dell'ipertensione.

La dispnea acuta, con l'ipertono simpatico che ne deriva, l'epistassi, prevedibile fonte di ansia per il paziente, il dolore acuto, sono esempi di frequente riscontro nella pratica clinica.

In tali condizioni il trattamento della causa scatenante può normalizzare i valori pressori e rappresentare quindi il target primario della terapia.

- Le modalità di rilevazione della pressione arteriosa disattendono spesso le indicazioni suggerite dalle Società scientifiche del settore (SIIA, ESH, ISH, ESC), con valori di PA che possono risultare falsamente elevati (condizioni ambientali non idonee, dimensioni inappropriate del bracciale, posizionamento errato dello stesso, misurazione in situazioni di evidente stress).

I suddetti aspetti comportano inevitabilmente il rischio di una sovrastima del fenomeno e/o di un errato inquadramento fisiopatologico, con possibili importanti implicazioni di carattere terapeutico.

E' auspicabile una maggiore aderenza alle linee-guida sull'ipertensione arteriosa da parte degli operatori sanitari, ma anche un'educazione sanitaria dei pazienti, e in tal senso un ruolo fondamentale potrebbe essere svolto dai medici di medicina generale.

Il concetto stesso di "crisi ipertensiva" andrebbe quindi riconsiderato alla luce delle evidenze scientifiche, e ciò ricondurrebbe il problema alle giuste dimensioni epidemiologiche e prevenirebbe le frequenti incongruenze terapeutiche.

### Bibliografia

- 1) Mancia G, De Backer G, Dominiczack A, Fagard R, Germano G, Grassi G, et al.. 2007 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007, 25:1105-1187.
- 2) Marik PE, Varon J. Hypertensive crises: challenges and management. *Chest* 2007, Jun;131(6):1949-62.
- 3) Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive Urgencies and Emergencies: Prevalence and Clinical Presentation. *Hypertension* 1996;27:144-147.