

Insorgenza caratteristica dell'ipertensione nel paziente diabetico

Giuseppe Pannarale, Amedeo Pergolini, Andrea Madeo, Rosaria Licitra, Valentina Basso, Daniela Mutone

Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie e Morfologiche dell'Università di Roma "Sapienza"

La maggior parte dei soggetti diabetici muore per malattie cardiovascolari e la maggior parte di tali pazienti, in Italia, negli Stati Uniti e in tutti i paesi occidentalizzati, è affetta da ipertensione arteriosa. Già nello studio UKPDS del 1998, è stata sottolineata l'importanza dell'ipertensione arteriosa nel destino cardiovascolare del paziente diabetico. Infatti in questi pazienti un miglior controllo pressorio portava ad una riduzione delle complicanze e dei decessi correlati al diabete, degli ictus, ma anche delle malattie microvascolari (come la retinopatia diabetica) e dell'insufficienza cardiaca. Nel medesimo studio una normalizzazione dei valori glicemici portava solamente ad una riduzione degli eventi microvascolari; quindi è il buon controllo dei valori pressori che porta alla riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolare nel paziente diabetico. Sotto questo aspetto il controllo pressorio sembra essere molto più importante di quello glicemico, a tal punto che il diabete non è più fattore di rischio ma è considerato un equivalente di evento cardiovascolare. Secondo la stratificazione del rischio cardiovascolare globale, proposta dalle linee guida ESH/ESC 2003, un paziente diabetico pur avendo una pressione normale-alta è già un soggetto ad alto rischio cardiovascolare (Fig. 1).

Sappiamo quindi che il diabete è associato ad ipertensione. Ci dobbiamo chiedere se il diabete causa l'ipertensione o l'ipertensione causa il diabete, oppure è possibile che diabete ed ipertensione riconoscano una comune patogenesi.

Veniamo alla prima possibilità, il diabete causa l'ipertensione. Questo è sicuramente vero nel diabete di tipo I in quanto nel diabete insulino-dipendente, lo sviluppo della nefropatia diabetica gioca un ruolo determinante nel manifestarsi dell'ipertensione.

Seconda possibilità: l'ipertensione causa il diabete, o addirittura è possibile che diabete e ipertensione riconoscano una comune patogenesi. E' stato visto che la pressione normale-alta è il più importante fattore predittivo non solo per lo sviluppo di ipertensione negli uomini giapponesi, ma anche di diabete non insulino-dipendente, come dimostrato dallo studio di Hayashi del 1999 che evidenziava come, indipendentemente dal peso corporeo, la presenza di una pressione normale-alta o di ipertensione prediceva il rischio di sviluppare un diabete non insulino-dipendente. Perché? Perché più del 50% di ipertesi è risultato essere insulino-resistente o iperinsulinemico e l'iperinsulinemia è presente anche in ipertesi magri che non sono diabetici. L'iperinsulinemia causa sodio-ritenzione renale, aumento dell'attività simpato-adrenergica, ipertrofia della muscolatura liscia vascolare per azione mitogena dell'insulina, nonché disfunzione endoteliale con diminuita produzione di ossido nitrico. Inoltre l'insulina causa una sensibilizzazione all'effetto pressorio sodio-ritentivo dell'aldosterone e dell'angiotensina II. Tutte queste osservazioni

evidenziano il rapporto tra gli elevati valori pressori e le componenti metaboliche della così detta sindrome da insulino-resistenza. Quindi, in definitiva, possiamo dire che nei pazienti affetti da diabete non insulino-dipendente la comparsa di ipertensione è legata ad una sottostante condizione di insulino-resistenza che colloca queste due entità nosologiche nel quadro della cosiddetta sindrome metabolica.

Il tipo di ipertensione più diffuso nei pazienti diabetici è l'ipertensione sistolica isolata che è anche quella più difficile da controllare. L'ipertensione del diabetico ha spesso, anche a causa della disautonomia, un profilo pressorio diverso da quello del paziente iperteso senza diabete, cioè un'inversione del ritmo circadiano con pressioni notturne superiori a quelle diurne. Di conseguenza, il trattamento antipertensivo nel diabetico deve utilizzare farmaci che coprano efficacemente le 24 ore. Le caratteristiche dei farmaci utilizzati sono importanti perché, come evidenziato da alcuni studi di confronto tra nuovi farmaci che inibiscono il sistema renina-angiotensina-aldosterone (ACE-inibitori o inibitori dell'angiotensina II) e trattamento convenzionale con diuretici e betabloccanti, c'è un aumentato rischio di sviluppare diabete mellito nei pazienti ipertesi non diabetici oppure un peggioramento glicemico nei pazienti ipertesi diabetici che vengono trattati con trattamento convenzionale.

Stratificazione del Rischio CV ESH/ESC 2003

	Pressione arteriosa (mmHg)				
	Normale	Normale-alta	Grado 1	Grado 2	Grado 3
	PAS 120-129 PAD 80-84	PAS 130-139 PAD 85-89	PAS 140-159 PAD 90-99	PAS 160-179 PAD 100-109	PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
No altri FR	Rischio medio	Medio	Basso	Moderato	Alto
1-2 FR	Basso < 15% in 10 aa	Basso	Moderato	Moderato	Molto alto
FR ≥ 3 o TOD o diabete	Moderato 15-20% in 10 aa	Alto	Alto	Alto	Molto alto
CCA	Alto 20-30% in 10 aa	Molto alto > 30% in 10 aa	Molto alto	Molto alto	Molto alto

FR = Fattori di rischio
TOD = Lesione organi bersaglio
CCA = Condizioni cliniche associate

Fig. 1. Stratificazione del rischio cardiovascolare secondo le linee guida europee (*J Hypertens* 2003;21:1011-1053)