ΥΠΕΡΤΑΣΗ

1. Πότε ένας ασθενής θεωρείται υπερτασικός;

Ένας ασθενής θεωρείται υπερτασικός όταν σε μία περίοδο τεσσάρων εβδομάδων, η μέση τιμή δύο ή περισσοτέρων μετρήσεων της αρτηριακής του πίεσης, ανευρίσκεται ≥ 140 mmHg για τη συστολική πίεση και/ή ≥ 90 mmHg για τη διαστολική πίεση. Σε ασθενείς με συστολική πίεση ≥ 210 mmHg και διαστολική πίεση ≥ 120 mmHg πρέπει να γίνεται άμεση διερεύνηση ή παραπομπή για επείγουσα αντιμετώπιση.

2. Γιατί πρέπει να αντιμετωπίζεται θεραπευτικά η υπέρταση;

Η υπέρταση θεωρείται κύριος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία, εγκεφαλική και νεφρική αγγειακή νόσο. Η μελέτη Framingham έδειξε ότι υπάρχει μια προοδευτική, στατιστικά σημαντική, αύξηση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου με την αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής πίεσης. Υπάρχουν επίσης αρκετά στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης μειώνει τη συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών και νεφρικών παθήσεων. Επιπρόσθετα, η υπέρταση αυξάνει σαφώς τον κίνδυνο για υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ), αμφιβληστροειδοπάθεια (ταξινόμηση Keith-Wagener-Barker), και βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκεφαλικό έμφρακτο και αιμορραγία).

3. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης μεταβάλλει την έκβαση σε ηλικιωμένους ασθενείς;

Ναι. Σε μία μεγάλη, πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, τυφλή μελέτη, τη SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program), τέθηκαν σε παρακολούθηση υπερτασικοί ασθενείς με μέση ηλικία 72 έτη, μέση τιμή συστολικής αρτηριακής πίεσης 170 mmHg και διαστολική πίεση μικρότερη από 90 mmHg. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν ως προς τη θεραπεία με σκοπό τη μείωση της συστολικής πίεσης σε τιμές μικρότερες των 160 mmHg. Τα αποτελέσματα, στην ομάδα που έλαβε θεραπεία, έδειξαν μείωση της συχνότητας των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων κατά 36% και των θανατηφόρων και μη εμφραγμάτων του μυοκαρδίου κατά 27%, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

4. **Ποιο είναι το αποτέλεσμα της συνδυασμένης δράσης των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης, του καπνίσματος και της υπέρτασης, στη συχνότητα των θανάτων από στεφανιαία νόσο (ΣΝ);**

Στους 316.099 άνδρες της μελέτης MRFIT (Multiple Risk, Factor Intervention), η συχνότητα θανάτων από ΣΝ ήταν 230 φορές μεγαλύτερη μεταξύ των καπνιστών με επίπεδα χοληστερόλης και συστολικής αρτηριακής πίεσης στα ανώτερα εκατοστημόρια, σε σχέση με τους μη-καπνιστές με συστολική πίεση και επίπεδα χοληστερόλης στα κατώτερα εκατοστημόρια. Με τη μελέτη αυτή τεκμηριώθηκε μια ισχυρή διαβαθμισμένη συσχέτιση, μεταξύ των θανάτων από ΣΝ και της αύξησης της συστολικής και διαστολικής πίεσης ή των επιπέδων χοληστερόλης πάνω από 4,65 mmol/L (180 mg/dl).

5. **Η θεραπεία της υπέρτασης έχει κάποιο αποτέλεσμα στην υπερτροφία αριστερής κοιλίας;**

Ναι. Έχει γίνει σημαντικότατη πρόοδος όσον αφορά στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ υπέρτασης και υπερτροφίας αριστερής κοιλίας. Υπερηχογραφικά η υπερτροφία αριστερής κοιλίας ανευρίσκεται στο 50% των υπερτασικών ασθενών (ηλεκτροκαρδιογραφικά ανευρίσκεται στο 5%) και θεωρείται ως μείζων παράγοντας κινδύνου για ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα όπως ισχαιμία του μυοκαρδίου και έμφραγμα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αιφνίδιο θάνατο. Η υπερτροφία αριστερής κοιλίας υποστρέφει με τη χορήγηση ανταγωνιστών ασβεστίου, β-αποκλειστών και αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (A-ΜΕΑ).

6. **Περιγράψτε τη σχέση μεταξύ υπέρτασης και διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων.**

Η ιδιοπαθής υπέρταση συσχετίζεται με ινσουλινοαντοχή, με παθολογική ανοχή στη γλυκόζη και υπερινσουλιναιμία. Κατά συνέπεια μπορεί να θεωρείται σαν μια κατάσταση αντοχής στην ινσουλίνη. Επιπλέον, η υπερινσουλιναιμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΣΝ. Ωστόσο, ανάλογα με τη φαρμακευτική επιλογή για τη θεραπεία της υπέρτασης, η αντοχή στην ινσουλίνη μπορεί να επιδεινώνεται (διουρητικά ή β-αποκλειστές) ή να μην μεταβάλλεται.

7. Πότε πρέπει να τίθεται η υποψία για δευτεροπαθή υπέρταση;

Τουλάχιστον 95% των υπερτασικών ασθενών έχουν πρωτοπαθή (ιδιοπαθή) υπέρταση. Υποψία για δευτεροπαθή υπέρταση θα πρέπει να υπάρχει σε περιπτώσεις (1) ασθενών ηλικίας < 35 ετών, (2) ασθενών χωρίς οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης και (3) ασθενών με αιφνίδια εμφάνιση ή ανεξήγητη επιδείνωση της υπέρτασης, παρά τη μέγιστη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η πιθανότητα δευτεροπαθούς υπέρτασης θα πρέπει επίσης να εξετάζεται και σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση (π.χ. μη ικανοποιητική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με τη μέγιστη φαρμακευτική αγωγή).

8. Ποια στοιχεία μπορεί να παρέχουν το ιστορικό, η κλινική εξέταση και τα αρχικά εργαστηριακά ευρήματα για πιθανή αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης;

Η πιθανότητα δευτεροπαθούς υπέρτασης πρέπει να διερευνάται με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, την πλήρη κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο. Υποψία νεφραγγειακής υπέρτασης θα πρέπει να υπάρχει ασθενείς ηλικίας < 35 ετών ή σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με αιφνίδια επιδείνωση της υπέρτασης, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει φύσημα στην κοιλιακή χώρα. Στις γυναίκες, η πιο συχνή αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης είναι η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων. Συμπτώματα που αναφέρονται στο ιστορικό μπορεί να αποτελούν ενδείξεις φαιοχρωμοκυττώματος (flushing, ταχυκαρδία), υπέρτασης που προκαλείται από φάρμακα (π.χ. κοκαΐνη) ή υπερθυρεοειδισμού. Το σύνδρομο Cushing αναγνωρίζεται εύκολα από την κεντρικού τύπου παχυσαρκία, το πανσεληνοειδές προσωπείο, και τις δερματικές ραβδώσεις. Η στένωση του ισθμού της αορτής μπορεί να διαγνωσθεί συγκρίνοντας την αρτηριακή πίεση άνω και κάτω άκρων. Η ελαττωμένη κάθαρση κρεατινίνης υποδηλώνει νεφρική παρεγχυματική νόσο (αποτελεί την πιο συχνή αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης σε μη επιλεγμένο πληθυσμό ενηλίκων υπερτασικών ατόμων). Ανεξήγητη υποκαλιαιμία μπορεί να υποδηλώνει υπεραλδοστερονισμό.

9. Πότε θα πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα νεφραγγειακής υπέρτασης;

Ο επιπολασμός της νεφραγγειακής υπέρτασης στο γενικό πληθυσμό των υπερτασικών είναι 0,5%, ποσοστό αρκετά μικρότερο παλαιότερων εκτιμήσεων που ανερχόταν στο 5%. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυξάνεται παράλληλα με το μέγεθος της κλινικής υποψίας. Οι πέντε καταστάσεις που αναφέρονται παρακάτω είναι ενδεικτικές νεφραγγειακής υπέρτασης: (1) σοβαρή

υπέρταση (διαστολική αρτηριακή πίεση > 120 mmHg), (2) υπέρταση ανθεκτική στη θεραπεία, (3) αιφνίδια εμφάνιση επίμονης, μέτριας έως σοβαρής υπέρτασης, σε άτομα ηλικίας < 20 ή > 50 ετών, (4) υπέρταση που συνοδεύεται από φύσημα στην κοιλιακή χώρα, (5) αύξηση της κρεατινίνης μετά από έναρξη αγωγής με ΑΜΕΑ. Σε αυτές τις υποομάδες ασθενών η συχνότητα της νεφραγγειακής υπέρτασης ανέρχεται στο 15%.

10. Ποια είναι η ενδεδειγμένη διερεύνηση σε περιπτώσεις με κλινικά ευρήματα νεφραγγειακής υπέρτασης;

Οι μη επεμβατικές δοκιμασίες που αναφέρονται παρακάτω έχουν υψηλή προγνωστική αξία για τη διάγνωση της νεφραγγειακής υπέρτασης. Ο προσδιορισμός της δραστικότητας της ρενίνης του πλάσματος και το ραδιοϊσοτοπικό νεφρόγραμμα μετά από χορήγηση καπτοπρίλης έχουν ευαισθησία και ειδικότητα > 90%. Η τυχαία μέτρηση της δραστικότητας της ρενίνης του πλάσματος, η ενδοφλέβια πυελογραφία καθώς και το απλό νεφρόγραμμα δεν έχουν αποδειχθεί χρήσιμα.