

# Condizioni particolari. Ipertensione arteriosa negli anziani

Giuseppe Schillaci, Gaetano Vaudo, Elmo Mannarino

Sezione di Medicina Interna, Angiologia e Malattie da Arteriosclerosi, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Perugia

(Ital Heart J 2000; 1 (Suppl 5): 87-89)

Per la corrispondenza:

Dr. Giuseppe Schillaci

Sezione di Medicina  
Interna, Angiologia  
e Malattie da  
Arteriosclerosi  
Dipartimento di Medicina  
Clinica e Sperimentale  
Università degli Studi  
Via Brunamonti, 51  
06122 Perugia  
E-mail: skill@unipg.it

## Prevalenza e significato prognostico

L'ipertensione arteriosa è una condizione estremamente frequente nel soggetto anziano. Negli Stati Uniti, la prevalenza dell'ipertensione supera il 60% nei soggetti ultrasettantacinquenni. Dati simili sono stati ottenuti in Italia nell'ambito dello studio SPAA (Studio sulla Pressione Arteriosa nell'Anziano): in 3858 soggetti di età  $\geq 65$  anni scelti casualmente tra i soggetti afferenti agli ambulatori dei medici di medicina generale per i più disparati motivi, la prevalenza dell'ipertensione arteriosa è risultata del 67.8%<sup>1</sup>. Nell'anziano, inoltre, è l'ipertensione sistolica isolata la forma di ipertensione più frequente: dai dati del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), il 65% di tutti gli ipertesi anziani statunitensi aveva questo tipo di ipertensione.

Specialmente nell'anziano, la pressione arteriosa (PA) sistolica costituisce un fattore maggiormente predittivo della PA diastolica nei confronti di successivi eventi morbosi cardiovascolari (cardiopatía ischemica, ictus cerebrale, insufficienza renale, insufficienza cardiaca, mortalità per tutte le cause). I due studi epidemiologici di maggiori dimensioni sinora pubblicati nell'anziano, che hanno valutato i fattori di rischio per la mortalità in circa 6000 soggetti di età 60-79 anni seguiti per 5 anni<sup>2</sup> e in oltre 10 000 soggetti di età 65-79 anni seguiti per 10 anni<sup>3</sup>, hanno entrambi riscontrato una relazione tra aumento della PA sistolica e mortalità cardiovascolare e totale. Al contrario, la PA diastolica non mostrava alcuna associazione con la mortalità per tutte le cause, e un'associazione positiva molto debole con la mortalità cardiovascolare. In Italia, un re-

cente follow-up a 10 anni dello studio SPAA ha dimostrato che la PA sistolica, ma non la diastolica, è un importante indicatore indipendente di mortalità totale e cardiovascolare nel soggetto anziano<sup>1</sup>. La PA sistolica, ma non la diastolica, è risultata un predittore indipendente di infarto miocardico in circa 5000 anziani seguiti per circa 5 anni nel Cardiovascular Health Study<sup>4</sup>.

## Aspetti diagnostici

Analogamente a quanto accade nei soggetti di età più giovane, l'ipertensione essenziale è di gran lunga la forma principale di ipertensione nelle persone anziane. Tuttavia, occorre essere attenti a riconoscere alcune cause identificabili di ipertensione arteriosa (quali, per esempio, l'ipertensione renovascolare su base aterosclerotica e l'iperaldosteronismo primitivo) che si possono verificare più frequentemente nell'anziano, specialmente nei casi di ipertensione che esordisce dopo i 60 anni, di malattia aterosclerotica polidistrettuale, oppure di ipertensione resistente alla terapia farmacologica<sup>5</sup>.

La PA deve essere misurata con particolare attenzione nell'anziano, e ciò per diverse ragioni:

- possono verificarsi casi di "pseudoipertensione", ossia di una lettura falsamente elevata dei valori pressori mediante sfigmomanometro a causa di un'eccessiva rigidità vascolare, per cui le arterie non collasano quando vengono compresse dal bracciale;
- è più frequente, rispetto al soggetto più giovane, il fenomeno del "silenzio auscultatorio", con conseguente possibile sotto-

stima grossolana della PA sistolica con il metodo auscultatorio; per evitare tale possibile sottostima, è utile far precedere la misurazione da una stima della PA sistolica eseguita con il metodo palpatorio (gonfiando il bracciale durante palpazione del polso radiale, e annotando il valore a cui il polso scompare);

- è più frequente (circa il 20% dei soggetti anziani) il fenomeno dell'ipotensione ortostatica, in genere legata alla progressiva riduzione della sensibilità dei barocettori che si verifica con l'invecchiamento; per tale motivo la PA deve essere misurata in ogni soggetto anziano anche in ortostatismo, oltre che in posizione seduta;
- gli ipertesi anziani tendono ad avere, in confronto con gli ipertesi più giovani, una PA misurata in ambulatorio notevolmente più elevata rispetto alla PA nelle 24 ore ("effetto camice")<sup>6</sup>.

### Benefici del trattamento

Numerosi studi controllati con placebo e randomizzati hanno documentato in maniera inequivocabile l'efficacia della terapia antipertensiva nel prevenire non solo il rischio di ictus cerebrale, ma anche di cardiopatia ischemica e di insufficienza cardiaca nei soggetti ipertesi anziani (Tab. I)<sup>7-13</sup>. Inoltre, una recente e accurata metanalisi di tutti gli studi sul trattamento dell'ipertensione sistolica isolata (in genere definita come una sistolica  $\geq 160$  mmHg con una diastolica  $< 95$  mmHg) nell'anziano, per un totale di oltre 15 000 pazienti, ha dimostrato che il trattamento antipertensivo praticato per un periodo medio di circa 4 anni riduce in maniera significativa, rispetto al placebo, l'incidenza di eventi cardiovascolari (sia cerebrovascolari che cardiaci), la mortalità cardiovascolare e anche, se si includono i risultati dello studio non randomizzato Syst-China, la mortalità totale<sup>14</sup>. Vale la pena di notare che pressoché tutti i dati epidemiologici a nostra disposizione sui soggetti anziani si riferiscono a soggetti con un'età fino ai 79 anni, o al più fino agli 84 anni. Non vi sono attual-

mente dati sufficienti che documentino il significato prognostico della PA e i benefici e i rischi del trattamento antipertensivo nei soggetti di età più avanzata.

### Quando trattare? Quale obiettivo del trattamento?

La chiara dimostrazione degli importanti benefici determinati dalla terapia antipertensiva nel soggetto anziano<sup>14</sup> fanno sì che l'obiettivo pressorio consigliato nel paziente anziano sia  $< 140/90$  mmHg, non diverso da quello indicato nei pazienti più giovani. La cautela nel ridurre la PA nell'anziano può richiedere un obiettivo temporaneo della PA sistolica  $< 160$  mmHg, soprattutto nei soggetti con valori elevati (ad esempio  $\geq 200$  mmHg) di PA sistolica pre-trattamento. Tuttavia, una riduzione ulteriore della PA sistolica determina un importante beneficio aggiuntivo in termini di sopravvivenza<sup>7-11</sup>. Se tuttavia la PA debba essere ridotta a  $< 150$  mmHg, a  $< 140$  mmHg o a valori ancora più bassi non è ancora noto.

### Quali farmaci?

Uno studio suggerisce che nel soggetto anziano i diuretici tiazidici e i calcioantagonisti potrebbero essere più efficaci dei  $\beta$ -bloccanti e degli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE)<sup>15</sup>. Inoltre, la presenza di patologie concomitanti, assai frequente nel soggetto anziano, può influenzare la scelta: ad esempio, i  $\beta$ -bloccanti nel postinfarto, gli ACE-inibitori nella disfunzione sistolica e nelle nefropatie croniche, gli  $\alpha$ -bloccanti nell'ipertrofia prostatica.

I benefici della terapia antipertensiva in termini di riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare nell'anziano sono stati dimostrati in studi clinici che hanno utilizzato principalmente diuretici e – in maniera più limitata – calcioantagonisti<sup>8,10,12,13</sup> ed ACE-inibitori<sup>16-18</sup>. Sono da tenere in particolare considerazione

**Tabella I.** Effetti della terapia antipertensiva nel soggetto anziano: studi controllati vs placebo.

	SHEP <sup>7</sup>	Syst-Eur <sup>8</sup>	EWPHE <sup>9</sup>	STOP Hypertension <sup>10</sup>	MRC <sup>11</sup>	STONE <sup>12</sup>	Syst-China <sup>13</sup>
N. pazienti	4736	4695	840	1627	4396	1632	2394
Tipo di ipertensione	ISI	ISI	ISD+ISI	ISD+ISI	ISD+ISI	ISD+ISI	ISI
Intervallo di età (anni)	$\geq 60$	$\geq 60$	$\geq 60$	70-84	65-74	60-79	$\geq 60$
Rischio relativo di eventi (trattati vs controlli)							
Ictus cerebrale	0.67*	0.58*	0.64	0.53*	0.75*	0.43*	0.58*
Cardiopatia ischemica	0.73*	0.74	0.80	0.87	0.81	NR	0.74
Insufficienza cardiaca	0.45*	0.71	0.78	0.49*	NR	0.32*	0.73
Eventi cardiovascolari	0.68*	0.69*	0.71*	0.60*	0.83*	0.40*	

EWPHE = European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly; ISD = ipertensione sisto-diastolica; ISI = ipertensione sistolica isolata; MRC = Medical Research Council; NR = non riportata; SHEP = Systolic Hypertension in the Elderly Program; STONE = Shanghai Trial of Nifedipine in the Elderly (non randomizzato, singolo cieco); STOP Hypertension = Swedish Trial in Old Patients with Hypertension; Syst-China = Systolic Hypertension in China; Syst-Eur = Systolic Hypertension in Europe. \* p < 0.05.

per la monoterapia iniziale i diuretici tiazidici, la cui efficacia preventiva è documentata più estesamente e il cui costo è inferiore. Diuretici tiazidici e calcioantagonisti diidropiridinici a lunga durata appaiono particolarmente indicati come farmaci di prima scelta nei soggetti con ipertensione sistolica isolata. Il ricorso alla terapia razionale di associazione risulta tuttavia necessario per una larga parte degli ipertesi anziani, e ciò in considerazione dell'insufficiente grado di controllo della PA nella popolazione italiana anziana e dei relativi elevati costi, sia per l'individuo che per la società, in termini sanitari, sociali ed economici.

## Bibliografia

- Alli C, Avanzini F, Bettelli G, Colombo F, Torri V, Tognoni G, and General Practitioners of SPAA. The long-term prognostic significance of repeated blood pressure measurements in the elderly: SPAA (Studio sulla Pressione Arteriosa nell'Anziano) 10-year follow-up. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1205-12.
- Aromaa A. Blood pressure level, hypertension and five-year mortality in Finland. *Acta Med Scand* 1980; 646: 43-50.
- Glynn RJ, Field TS, Rosner B, Hebert PR, Taylor JO, Hennekens CH. Evidence for a positive linear relation between blood pressure and mortality in elderly people. *Lancet* 1995; 345: 825-9.
- Psaty BM, Furberg CD, Kuller LH, et al. Traditional risk factors and subclinical disease measures as predictors of first myocardial infarction in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1339-47.
- Setaro JF, Black HR. Refractory hypertension. *N Engl J Med* 1992; 327: 543-7.
- Schillaci G, Verdecchia P, Borgioni C, et al. Predictors of diurnal blood pressure changes in 2042 subjects with essential hypertension. *J Hypertens* 1996; 14: 1167-73.
- SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-64.
- Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al, for the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997; 350: 757-64.
- Amery A, Birkenhäger W, Brixko P, et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial. *Lancet* 1985; 1: 1349-54.
- Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Wester PO. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP Hypertension). *Lancet* 1991; 338: 1281-5.
- MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992; 304: 405-12.
- Gong L, Zhang W, Zhu Y, et al. Shanghai Trial of Nifedipine in the Elderly (STONE). *J Hypertens* 1996; 14: 1237-45.
- Liu L, Wang JG, Gong L, Liu G, Staessen JA, for the Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. *J Hypertens* 1998; 16: 1823-9.
- Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355: 865-72.
- Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al, for the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Single-drug therapy for hypertension in men: a comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med* 1993; 328: 914-21.
- Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP). *Lancet* 1999; 353: 611-5.
- UKPDS Group 39. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *BMJ* 1998; 317: 713-20.
- Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, et al, for the STOP Hypertension-2 Study Group. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 354: 1751-6.