

IMPORTANȚA CONTROLULUI TENSIUNII ARTERIALE ÎN PREVENIREA ACCIDENTELOR VASCULARE CEREBRALE LA PACIENȚII DIALIZAȚI CRONIC

Importance of controlling arterial tension in prevention of cerebral vascular accidents in chronic dialysed patients

Dr. Adina Măndiță, Dr. Dorin Ionescu

Clinica I de Medicină Internă și Nefrologie, Spitalul Universitar de Urgență, București

REZUMAT

HTA este cel mai important factor de risc, atât pentru accidentul vascular cerebral ischemic, cât și pentru cel hemoragic, fiind prezentă în aproximativ 70% dintre cazurile de accidente vasculare cerebrale. S-a demonstrat că scăderea și menținerea valorilor TA la nivel optim reduce de două ori rata de deces prin accidente vasculare cerebrale.

Cuvinte cheie: accident cerebro-vasculari ischemic, rată de deces

ABSTRACT

Arterial Hypertension is one of the most important risk factors for ischemic cerebrovascular accident as well as for the hemorrhagic one, being present in about 70% of all strokes. It has been demonstrated that reducing and keeping blood pressure at an optimal level lowers two times death rate caused by stroke.

Key words: ischemic cerebrovascular accident, death rate

Hipertensiunea arterială (HTA) reprezintă unul dintre factorii de risc cardiovasculari majori, cu o prevalență ridicată și cu impact semnificativ asupra morbidității și mortalității cardiovasculare fiind implicată în dezvoltarea tuturor manifestărilor aterosclerozei. Studiile din ultimii ani estimează un total de un miliard de adulți cu HTA la nivel mondial, cu o prevalență mai mare în țările aflate în curs de dezvoltare (1).

În anul 2002, Raportul OMS arăta că aproximativ 11% din „încărcătura“ globală de boală este cauzată de HTA și că peste 50% dintre bolile coronariene, precum și 75% dintre cazurile de accidente vasculare cerebrale se datorează creșterii TA sistolice peste valoarea minimă teoretică de 115 mmHg (2).

Astfel, datorită prevalenței crescute a HTA în populația generală, aproximativ 35% dintre evenimentele aterosclerotice sunt atribuite acestei afecțiuni.

Studiile clinice au demonstrat că prin controlul terapeutic al valorilor tensionale, rata de evenimente

cardiovasculare s-a redus semnificativ, iar programele de depistare și tratare a HTA au condus la declinul valorilor tensionale concomitent cu reducerea riscului cardiovascular (3, 4).

Analiza bazată pe Framingham Heart Study (5) sugerează că o reducere de numai 2 mmHg a TA diastolice în populația albă cu vârste între 35 și 64 ani, determină o scădere cu 17% a prevalenței HTA, o reducere cu 14% a riscului de AVC și AIT și cu 6% a riscului de boală coronariană.

Absența unor date epidemiologice reprezentative pentru populația adultă a României despre prevalența HTA și a altor factori de risc cardiovascular a determinat inițierea în anul 2005 a unui studiu național care a urmărit obținerea acestor parametri. Astfel, în perioada februarie – noiembrie 2005, la inițiativa Grupului de Lucru pentru HTA al Societății Române de Cardiologie s-a derulat studiul SEPHAR – Studiul de prevalență a hipertensiunii arteriale și evaluare a riscului cardiovascular în România. Este primul studiu care a evaluat, concomitent cu HTA, distri-

buția în populație a celorlalți factori de risc cardiovascular: fumatul, obezitatea, antecedentele heredo-colaterale, dislipidemiile, diabetul zaharat și nivelul plasmatic de PCR.

Din totalul respondenților (2017 subiecți), HTA a fost prezentă la 40,1% (809) dintre care 17,2% (347) erau cunoscuți hipertensivi, iar 22,9% (462) au fost nou diagnosticați. Deși prevalența HTA în România a înregistrat un procent ridicat, acesta se încadrează totuși între limitele cunoscute ale prevalenței HTA în Europa (valori medii de 44%).

Dintre cei 809 de subiecți hipertensivi, 55% au avut HTA ușoară (grad 1), 29% HTA moderată (grad 2) și 16% HTA severă (grad 3).

Printre medicamentele antihipertensive utilizate, inhibitorii enzimei de conversie ocupă un loc important (72,4%), fiind urmați de betablocante (35,7%), diuretice tiazidice (30%) și blocante de canale de calciu (20,3%).

În ceea ce privește prevenția AVC, metaanalizele BPLTTC (Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaborative – 2003), care au reunit 29 de studii clinice randomizate, controlate pe un număr de 162.341 de pacienți, cu o durată medie de urmărire între 2 și 8 ani, au evidențiat că folosirea medicației de tipul IEC sau al BCC a redus riscul de AVC cu 28% și respectiv 38% în comparație cu placebo (6).

Spre deosebire de IEC, terapia cu BCC a părut să fie mai eficientă decât terapia convențională în prevenția AVC, după cum au arătat metaanalizele BPLTTC și NICE (National Institute of Clinical Excellence Clinical Guideline).

Studiul LIFE a comparat tratamentul pe bază de losartan cu cel pe bază de atenolol la peste 9000 de pacienți cu HTA și a dovedit că a existat o scădere semnificativă cu 25% a ratei de AVC fatal sau non-fatal la pacienții tratați cu losartan (7). În studiul VALUE, recent publicat, care a comparat tratamentul pe bază de blocanți de receptori ai angiotensinei (valsartan) cu amlodipină, nu s-a evidențiat superioritatea efectului de prevenție a AVC în cazul terapiei cu valsartan. Dimpotrivă, a existat o tendință de scădere (cu 15%) a ratei de AVC la pacienții sub tratament cu amlodipină, poate datorită faptului că în studiul VALUE valoarea TA a fost semnificativ

redușă pe toata durata studiului la pacienții tratați cu amlodipină, fapt care ar putea explica tendința de prevenție în măsură mai mare a AVC atribuită BCC.

Toate studiile au dovedit că la subiecții cu vârste între 40 și 69 ani, fiecare creștere cu 20 mmHg a TA sistolice față de valoarea uzuală a fost asociată cu o diferență de peste două ori mai mare a ratei de deces prin AVC și de două ori mai mare a ratei de deces prin BCI sau alte cauze vasculare.

De asemenea, datele din Heart Protection Study (8) și din studiul ASCOT (9) au evidențiat faptul că terapia cu statine scade riscul de AVC și BCI, indiferent de nivelul seric al colesterolului și de valoarea TA la includerea în studiu. Statinele pot reduce substanțial riscul de BCI (cu încă 30%) și de AVC (cu încă 25%), fiind recomandate de diferiți autori ca o terapie de rutină la pacienții cu HTA tratată, în special la cei cu risc cardiovascular înalt, întrucât aceste medicamente au efect complementar asupra obiectivului primar al terapiei antihipertensive, și anume reducerea riscului de BCI și AVC (6).

În ceea ce privește controlul TA la pacienții dializați, restricția de sodiu din dieta asociată cu medicația antihipertensivă și menținerea unei greutatei uscate optime sunt trei măsuri care controlează satisfăcător TA.

Nivelul optim pentru TA sistolică și diastolică este discutat în multe studii, TA predialitică de 140-150/90 mmHg fiind acceptată cvasiunananim (10).

Protocol pentru prescrierea medicației antihipertensive la pacienții dializați (10):

- restricție de sodiu < 6 g/zi;
- menținerea greutății uscate prin ultrafiltrare adecvată;
- tratament antihipertensiv:
 1. monoterapie: IECA, betablocante, inhibitori de receptori ai angiotensinei;
 2. se adaugă diuretic (furosemid) dacă diureza este peste 600 ml;
 3. Se utilizează 2 sau 3 medicamente din grupele 1 și 2, la care se adaugă blocante de canale de calciu;
 4. Nefrectomie bilaterală – dacă cele de mai sus sunt inefficiente.

BIBLIOGRAFIE

1. **Kearney PM, Whelton M și colab.** – Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review, *J. Hypertens.*, vol. 22, pag. 11-19, 2004
2. *** WHO. The world health report 2002, reducing risks, promoting healthy life, WHO, Geneva, 2002
3. **Collins R, MacMahon S** – Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risk of stroke and of coronary heart disease, *Br. Med. Bull.*, vol. 50, pag. 272-298, 1994
4. **Neal B, MacMahon S** – Effects of ACE inhibitors, calcium antagonist and other blood-pressure-lowering drugs, *Lancet*, vol. 356, pag. 1955-1964, 2000
5. **Whelton PK, He J, Appel L și colab.** – National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee, *JAMA*, vol. 288, pag. 1882-1888, 2002
6. **Williams B** – Studii recente referitoare la hipertensiunea arterială, *J.A.C.C.-RO*, vol. 1, nr. 1, pag. 9-22, 2006
7. **Dahlöf B, Devereaux RB și colab.** – Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol, *Lancet*, vol. 359, pag. 995-1003, 2002
8. *** Heart Protection Study Collaborative Group – Protection study of antioxidant vitamin supplements high-risk individuals, vol. 360, pag. 23-33, 2002
9. **Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR și colab.** – The ASCOT Investigators, Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertension patients who have overage or lower-than-coverage cholesterol concentration in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm. (ASCOT-LLA), *Lancet*, vol. 361, pag. 1149-1158, 2003
10. *** Oxford Textbook of Clinical Nephrology, Third Edition, Oxford University Press, 2005