

# «Ipertensione, cure su misura»

*Monito dei cardiologi: le terapie devono adeguarsi anche alla genetica*

**IGNAZIO MORMINO**

L'ipertensione si combatte con tante armi, anche con la rigorosa selezione dei farmaci impiegati. Questo concetto - che comincia a farsi strada, dopo tanti anni di studi largamente sottovalutati - è stato al centro del meeting su «Ipertensione arteriosa: complicanze, comorbidità e risposta ai farmaci», svoltosi recentemente ad Alghero sotto gli auspici della Società italiana e di quella europea dell'ipertensione. Meeting importante anche per la presenza di cardiologi di tutto il mondo (vale la pena di citare gli americani Hunt e Cowley e il tedesco Winkelmann) ma anche di un'élite italiana che con i suoi contributi ha migliorato le conoscenze sulla diagnosi e sulla terapia di questa pericolosa patologia.

Il meeting di Alghero è stato organizzato e presieduto dal professor Nicola Glorioso, cattedratico di Medicina d'urgenza e direttore del Centro di prevenzione, diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa e delle complicanze cardiovascolari di Sassari. Come altri colleghi che oggi operano in varie città italiane, il professor Glorioso (formatosi a Torino alla scuola di un sardo, Salvatore Campus) ha passato lunghi periodi in varie università americane: conosce quindi tutti i nuovi orientamenti di questa complessa materia.

Per merito suo e del professor Giuseppe Bianchi, direttore della Divisione di nefrologia, dialisi e ipertensione dell'ospedale «San Raffaele» e direttore dell'Istituto di ricerche Prassis di Milano (Gruppo Sigma-Tau), il meeting ha puntato su una «risposta genetica» diversa da individuo a individuo, quindi sulla necessità di destinare un farmaco diverso ad ogni singolo paziente. Il professor Bianchi, nel suo intervento di chiusura, ha ricordato uno studio americano pubblicato recentemente su *Jama*. Tale studio ha dimostrato che i pazienti portatori di una mutazione del gene dell'adducina, il trattamento con diuretici, rispetto ad altri farmaci normalmente impiegati nella terapia dell'ipertensione, riduceva del 50 per cento gli sbocchi più temuti: ictus cerebrale e infarto del miocardio.



Ipertensione. La riduzione dei valori pressori non garantisce la protezione di cuore e rene

«Questa conclusione - ha detto il professor Bianchi - è rivoluzionaria, specialmente se si tiene conto del fatto che tra i pazienti partecipanti a quello studio il 38 per cento presentava una mutazione di quel gene».

Si apre quindi, ma sarebbe meglio dire si consolida, un nuovo filone di ricerca, che coinvolge anche l'Italia. Il professor Bianchi ha appena iniziato un trial in collaborazione con altre Università italiane e con lo storico gruppo di Framingham sul delicato rapporto tra pazienti e farmaci ipotensivi. Fra tre o quattro anni (da due a tremila i soggetti partecipanti) ne conosceremo le conclusioni. «Il nostro progetto - ha detto Bianchi al congresso di Alghero - è quello di impiegare meglio farmaci vecchi e nuovi: non solo i diuretici, dunque, ma anche i beta-bloccanti, i calcio-antagonisti, gli ace-inibitori e i sartanici di nuova generazione».

Su questo tema hanno espresso la loro opinione alcuni superspecialisti: i professori Trimarco, Rappelli, Salvetti, Setta, Delitala, Malavasi (assente per cause di forza maggiore, il presidente della Società europea dell'ipertensione, professor Giuseppe Mancia).

«Abbiamo anche avanzato dei dubbi - dice il professor Glorioso - sul risultato. Abbiamo cioè preso in considerazione l'insuccesso di una terapia che ottiene, sì, l'abbassamento della pressione arteriosa ma nonostante questo non evita i danni arrecati agli organi-bersaglio: cuore, cervello, rene. Tutti i relatori hanno detto di preferire una terapia «mirata». Credo che le scelte del futuro considereranno proprio queste scoperte».

Farmacogenomica, quindi, in primissimo piano. Il campo è vastissimo. La Sardegna ha aperto - o riaperto - un filone di studi di estremo interesse.

Quali che siano gli orientamenti futuri vale la pena di ricordare che la guerra all'ipertensione una volta dichiarata non deve essere mai interrotta: né pause né sospensioni, quindi, ma una quotidiana accettazione delle terapie.

I controlli devono essere mensili e non annuali, l'allarme deve scattare quando i valori minimi superano quota 90 ed i massimi centoquaranta.