

ORMONI E PRESSIONE ALTA

UN'AREA TROPPO SPESSO TRASCURATA: LE IPERTENSIONI ENDOCRINE

L'ipertensione è una condizione presente nel 30% circa della popolazione, con notevoli differenze nelle diverse fasce di età, ed è la seconda causa prevenibile di malattia dopo il fumo di sigarette. Sino a poco tempo fa si riteneva che la maggior parte dei casi di ipertensione fossero "essenziali", parola con cui si indica l'impossibilità di identificare una causa. Traducendo vuol dire "accade perché accade".

Questa convinzione, insieme alla disponibilità di terapie potenti, hanno indotto i medici a trascurare la diagnosi delle forme più rare dipendenti da disturbi endocrinologici. Ovviamente ha giocato anche la focalizzazione dell'interesse sulle complicanze dell'ipertensione piuttosto che sulla diagnosi. La prevenzione delle complicanze è il terreno in cui avviene la competizione dei farmaci disponibili e ha da sempre attratto l'interesse delle ditte farmaceutiche che finanziano la ricerca. Ma per fortuna la situazione culturale è cambiata e si ripercuoterà molto presto anche sulla pratica clinica.

Si sa che molte delle ipertensioni "essenziali" hanno in realtà una base nelle disfunzioni di alcuni ormoni o molecole circolanti e stanno comparando con maggior frequenza suggerimenti delle società scientifiche per lo screening delle ipertensioni endocrine. Buona parte del merito va all'affinamento delle tecniche di diagnosi che permettono di scoprire quel che non si poteva scoprire anni or sono. Non va sottovalutato il

fatto che alcune di queste ipertensioni sono curabili definitivamente e non richiedono una terapia per tutta la vita.

In realtà anche le cure più diffuse per l'ipertensione hanno come bersaglio la Renina, una sostanza ormonale. Ma rimanendo alle forme più strettamente definibili "endocrine" si identificano:

IPERALDOSTERONISMO

L'aldosterone è un ormone secreto da due ghiandole

poste sopra il rene (dette per questo "surreni"). Normalmente il surrene produce aldosterone, un ormone capace di trattenere il sodio nell'organismo e causare ipertensione. In passato si riteneva che valesse la pena studiare questo ormone negli ipertesi che avevano anche il potassio ridotto



(ipopotassiemia), un altro effetto di questo ormone. Ma metodi di studio più accurati hanno dimostrato che questa caratteristica non basta ad escludere l'**iperaldosteronismo**. La secrezione di aldosterone è regolata dalla renina, una sostanza secreta prevalentemente dal rene e i test utili per diagnosticare l'iperaldosteronismo si basano sul dosaggio di queste due molecole, sia in posizione sdraiata che in piedi. Prima del dosaggio bisogna evitare di assumere diuretici e di fare diete iposodiche per alcuni giorni. È interessante ricordare che l'uso di un'eccessiva quantità di liquirizia induce ipertensione con un meccanismo analogo, e quindi l'ipertensione con basso livello di potassio può indurre in errore diagnostico.

FEOCROMOCITOMA E PARAGANGLIOMA

Si tratta di tumori del surrene o di alcune strutture situate intorno ai vasi principali. È una forma estremamente rara, soprattutto se non si ricerca. Secerne degli ormoni noti come "catecolamine". Una caratteristica è che l'ipertensione è molto irregolare. Nei casi peggiori compaiono parossismi di pressione alta che possono causare emorragie cerebrali. La diagnosi si fa ricercando le catecolamine nelle urine di 24 ore, ma è complicata perché farmaci ed anche alimenti possono interferire con il dosaggio. Data la rarità del feocromocitoma, i dosaggi si limitano ai casi di ipertensione più seria, irregolare e resistente alla terapia.

SINDROME DI CUSHING

Anche questa condizione deriva da una disfunzione del surrene, che secreta troppo cortisolo. Coloro che ne soffrono, almeno nella fase conclamata, hanno la caratteristica "faccia a luna piena" arrossata, la pelle sottile e distesa sulla pancia, dove si formano delle strie longitudinali rossastre, e tendono a divenire obesi e diabetici. È importante la diagnosi perché in alcuni casi l'ipertensione precede gli altri danni e può essere un campanello di allarme. Quando l'eccesso di ormone deriva da un tumore del surrene l'intervento chirurgico può essere risolutivo.

IPERTIROIDISMO ED IPOTIROIDISMO

Paradossalmente queste due malattie che indicano rispettivamente un eccessivo ed un ridotto funzionamento della tiroide, possono entrambe provocare ipertensione: nell'ipertiroidismo il soggetto colpito suda eccessivamente, soffre di tachicardia, di insonnia, talora ha sintomi psichici. Nell'ipotiroidismo è invece rallentato, tende ad aumentare di peso per ritenzione di acqua, e negli stadi più avanzati può arrivare al "coma mixedematoso". Per la diagnosi si dosano gli ormoni, FT3, FT4, TSH.

Acromegalia. È causata da un eccesso di ormone della crescita, che nel bambino agevola la crescita staturale, e nell'adulto il mantenimento del tono muscolare. Oltre le forme dovute alla malattia, ci sono forme provocate dall'uso sconsiderato che si fa di questo ormone nelle palestre e nelle competizioni agonistiche.

IPERPARATIROIDISMO

In questa condizione le ghiandole paratiroidi, che sono localizzate nel collo dietro la tiroide, secernono troppo PTH, ormone che interviene sul metabolismo dell'osso. Una caratteristica è l'eccesso di calcio nel sangue (ipercalcemia) ed è piuttosto frequente nell'età molto avanzata. La malattia può anche portare a disidratazione e calcificazione del rene con insufficienza renale.

Va precisato che queste patologie endocrine possono essere provocate da difetti metabolici congeniti, da tumori benigni e tumori maligni. La normalizzazione dell'ipertensione è legata ovviamente alla terapia della patologia di base.

Recentemente è stato individuato anche il deficit di vitamina D come causa di ipertensione. Il deficit di vitamina D è piuttosto raro nelle nostre latitudini esposte al sole, ma è frequente al nord ed in alcune patologie come il diabete.

OBESITÀ / SINDROME METABOLICA

Una forma di ipertensione endocrina molto diffusa è quella legata all'obesità o alla Sindrome metabolica. Quest'ultima è una patologia complessa con obesità localizzata all'addome, alterazioni del livello dei grassi circolanti, tendenza al diabete o diabete conclamato, ed altre anomalie metaboliche. In queste persone compare una forma di "resistenza" all'effetto dell'insulina. In generale se si normalizza il peso tempestivamente l'ipertensione può scomparire.

OSA. L' "apnea nel sonno", in genere accompagnata a russamento fragoroso, anche se non è strettamente una patologia endocrina, può provocare ipertensione con meccanismi endocrini. In questi casi la diagnosi si fa con la "polissonnografia", una strumentazione non invasiva che durante il sonno registra l'attività respiratoria.

Quando effettuare uno screening per queste "ipertensioni endocrine"? Su questo punto non c'è ancora grande accordo, ma se non c'è storia di ipertensione nei familiari, se l'ipertensione compare in un soggetto giovane senza altre cause apparenti, come stress, turnazioni notturne, frequenti viaggi a lungo raggio, esposizione a rumori molto forti, patologie da lavoro con esposizione a composti tossici, è opportuno estendere le indagini.

È necessario precisare che **alcune forme di ipertensione endocrina possono comparire in diverse generazioni di una famiglia**, ma in questi casi si associano a più patologie endocrine. Quindi avere ipertensione in più membri di una famiglia non esclude che si tratti di ipertensione endocrina, se si associano neoplasie benigne o maligne di altre ghiandole (sindromi MEN = Multiple Endocrine Neoplasia).