

Factorul familial la pacienții hipertensivi

Family factor in hypertensive patients

Prof. Dr. Afilon JOMPAN

Disciplina Medicina Familiei, Facultatea de Medicină Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

REZUMAT

Într-o comunitate umană, prezența factorului de risc familial hipertensiv la rudele de gradul I reprezintă un aport important în evaluarea riscului total cardiovascular. La pacienții investigați, prezența factorului familial hipertensiv la rudele de gradul I reprezintă un risc de peste 50% de a face în viitor hipertensiune arterială. În lipsa mijloacelor adecvate de prevenție primară adresată celorlalți factori de risc cardiovascular ce se pot modifica, acest factor devine redutabil și este de luat în seamă în activitățile de prevenție, dar și în cele de monitorizare a pacienților hipertensivi.

Cuvinte cheie: factor familial, hipertensiune arterială, factor de risc

ABSTRACT

In a human community, the presence of the hypertensive familial risk factor in the first degree relatives represents an important contribution to assessing total cardiovascular risk. In the investigated patients, the presence of the hypertensive familial factor in the first degree relatives represents a risk of over 50% of future hypertension. In the absence of adequate means of primary prevention for other cardiovascular risk factors that can change, this factor becomes redundant and is taken into account in prevention and monitoring of hypertensive patients.

Keywords: familial factor, hypertension, risk factor

GENERALITĂȚI

Deși importanța factorului genetic în patologia hipertensiunii arteriale esențiale (HTAe) este unanim admisă, modul în care acest factor poate fi pus în evidență poate fi controversat, deoarece este dificil de a cuantifica, cât este genetic propriu zis și cât este aportul factorilor de mediu, al stilului de viață și al comportamentelor, adesea înșușite prin obiceiuri și tradiții familiale specifice, cumulate de-a lungul unor decenii sau secole de existență.

În favoarea factorului genetic ca importanță în etiopatogenia HTAe pledează agregarea fami-

lială a pacienților din rândul gemenilor monozi-goți, precum și în dezvoltarea HTAe la rudele de gradul I.

Rolul predispozițiilor genetice în epoca modernă a făcut cuceriri importante, iar azi geneticienii recunosc rolul deosebit în studiul genotipurilor sistemului renină – angiotensină – aldosteron:

- Polimorfismul genei enzimei de conversie a angiotensinei
- Polimorfismul genetic al genei receptorilor angiotensinei II tip1
- Polimorfismul genei angiotensinogenului.

Autor de corespondență:

Prof. Dr. Afilon Jompan, Disciplina Medicina Familiei, Facultatea de Medicină, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, B-dul Revoluției 94, Arad
E-mail: ajompan@yahoo.com

Mai există însă și autori care consideră predispoziția ereditară prin așa-zisa teorie nervistă, în care predispoziția este explicată printr-o anumită structură a personalității acestor pacienți și, în felul acesta, de o anumită modalitate de răspuns la diferite situații la care pacientul devine: supărat, stresat, în stare de tensiune, îngrijorat, întristat etc.

Majoritatea autorilor susțin că ereditatea este multifactorială sau, altfel spus, există un număr mai mare de defecte genetice în care HTAe pare ca una dintre expresiile lor fenotipice.

Sunt și defecte monogenice ce pot fi invocate în unele hipertensiuni secundare precum hiperaldosteronismul – glucocorticoid și sindromul Liddle sau gene susceptibile: gena angiotensinogenului.

IMPORTANȚA STUDIULUI

Este cert că factorul genetic constituie un factor de risc nemodificabil, dar influența lui se intensifică sub influența altor factori de risc externi precum: consumul exagerat de sare, fumatul, dislipidemiile, hiperuricemia, stresul, sedentarismul, obezitatea și alții.

Cunoașterea acestor factori de risc este importantă la pacienții cu antecedente heredocolaterale (AHC) importante, în activitățile de prevenție primară din activitatea medicului de familie.

Am încercat să analizez prezența factorului genetic prin prezența AHC la rudele de gradul I: mamă, tată, frați (frate/soră) într-o comunitate umană, selectând pacienții de peste 30 de ani cu un număr de 1.437 persoane.

METODOLOGIE ȘI LOT

Metodologia a implicat selectarea din totalul lotului de 1.437 de persoane a pacienților hier-

tensivi (506 persoane) și distribuția pacienților pe grupe de vârstă și sex, stabilindu-se indicii de prevalență, per total și sexe.

Lotul este compus din persoane adulte de peste 30 de ani în număr de 1.437 de persoane, dintre care 662 de bărbați și 775 de femei.

La toți pacienții – atât hipertensivi cât și non hipertensivi – au fost consemnate AHC pentru rudele de gradul I (tată, mamă, frați).

S-au consemnat, de asemenea, greutatea, înălțimea, calculându-se IMC după formula:

$$IMC = \text{greutatea (kg)} / \text{înălțimea}^2 \text{ (m)}$$

Investigarea glicemiei, colesterolului total, HDL colesterolului și calcularea indicelui de aterogenitate (IA)

$$IA = \text{Col. Total} / \text{HDL col} \geq 5$$

REZULTATE

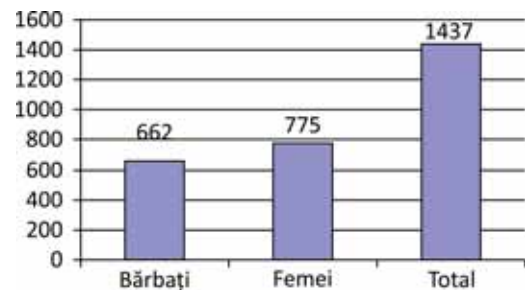


FIGURA 1. Distribuția numerică a lotului per total și sexe

Un lot semnificativ ce cuprinde populația adultă de peste 30 de ani

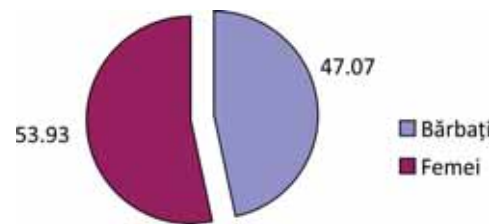


FIGURA 2. Prevalența pe sexe a lotului

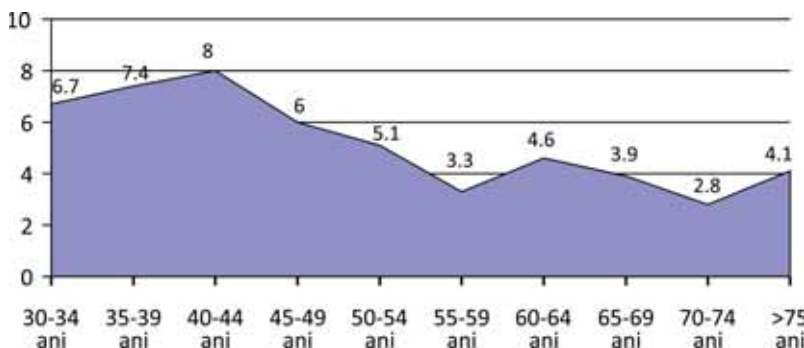


FIGURA 3. Structura pe grupe de vârstă a lotului

Remarcăm o prevalență ușor crescută a populației feminine, explicabilă prin speranța de viață mai mare feminină.

Grupele de vârstă cresc până la 44 de ani, după care scad progresiv până la vârsta de 60 de ani. O valoare mare față de grupa precedentă la populația de ≥ 75 din cauza fenomenului de îmbătrânire a populației.

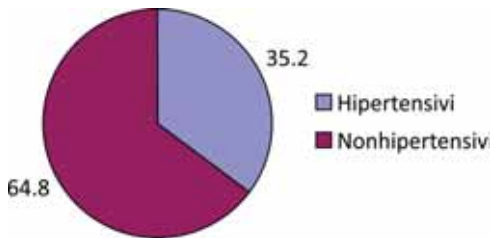


FIGURA 4. Prevalența hipertensiunii arteriale la nivelul lotului

Remarcăm o prevalență relativ crescută prin cei 506 pacienți hipertensivi.

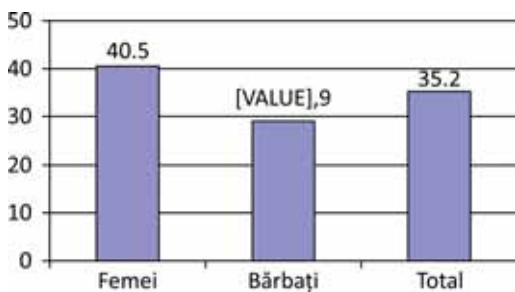


FIGURA 5. Prevalența hipertensiunii arteriale pe sexe

Prevalența este mai mare la bărbați până la 45 ani, femeile egalează după menopauză, apoi crește cu vârsta, femeile fiind mai longevive, iar prevalența în final crește.

Hipertensiunea crește proporțional cu vârsta constituindu-se într-un factor de risc nemodificabil.

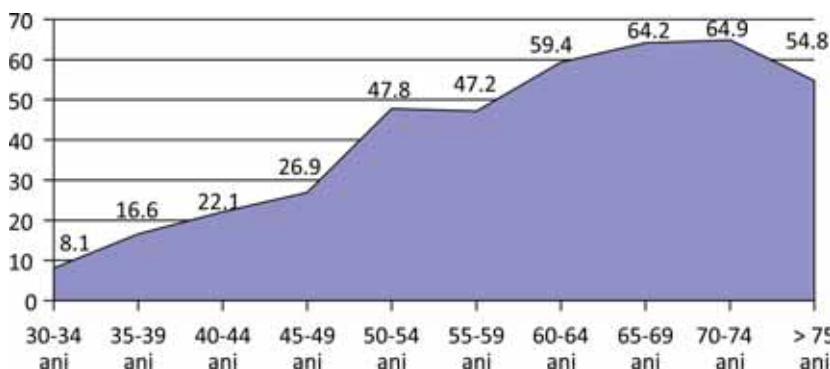


FIGURA 6. Prevalența HTA pe grupe de vârstă

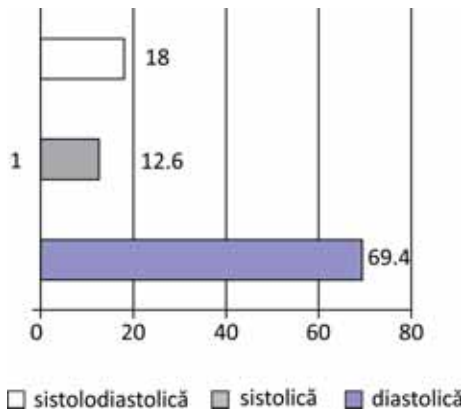


FIGURA 7. Clasificarea pacienților hipertensivi în funcție de forma clinică (sistolodiastolică, sistolică, diastolică)

Predomină forma clinică de HTA sistolicodiastolică, forma diastolică fiind mai des întâlnită la tineri, iar forma sistolică – la vârstnici.

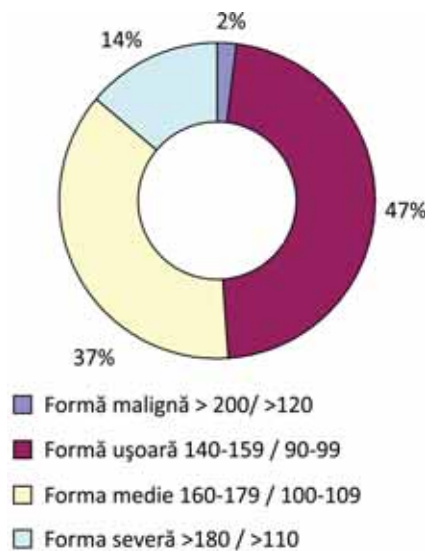


FIGURA 8. Clasificarea în funcție de valorile arteriale

Se remarcă prevalența semnificativ mai crescută a AHC pozitive la pacienții hipertensivi.

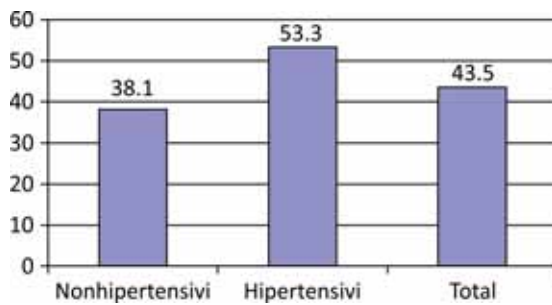


FIGURA 9. Prevalența antecedentelor AHC la pacienții hipertensivi și non hipertensivi

Agregarea familială unică este mai puternică după mamă, agregarea dublă (m+t, m+f, t+f) atinge 15,1%, agregarea triplă atinge doar 2,2%.

Remarcăm agregarea familială mai puternică după mamă.

CONCLUZII

Factorul genetic, factor de risc nemodificabil, este important să fie cunoscut de către medicul

de familie, constituind baza selecției precoce a categoriei de persoane expuse de a face HTAe dar și a unor programe preventive la nivel comunitar.

Este important de a monitoriza de foarte timpuriu persoanele ce prezintă factor de risc familial (genetic), pentru a evalua și prezența altor factori de risc cardiovasculari la aceste persoane.

Factorul de risc familial este important în stabilirea scorurilor de risc la pacienții hipertensivi, precum și la cei cu risc de îmbolnăvire.

Hipertensiunea arterială este o afecțiune cu înaltă heterogenitate, cu etiologie plurifactorială.

Istoricul familial pozitiv se întâlnește frecvent în rândul hipertensivilor în comparație cu populația generală și selectarea lor este importantă.

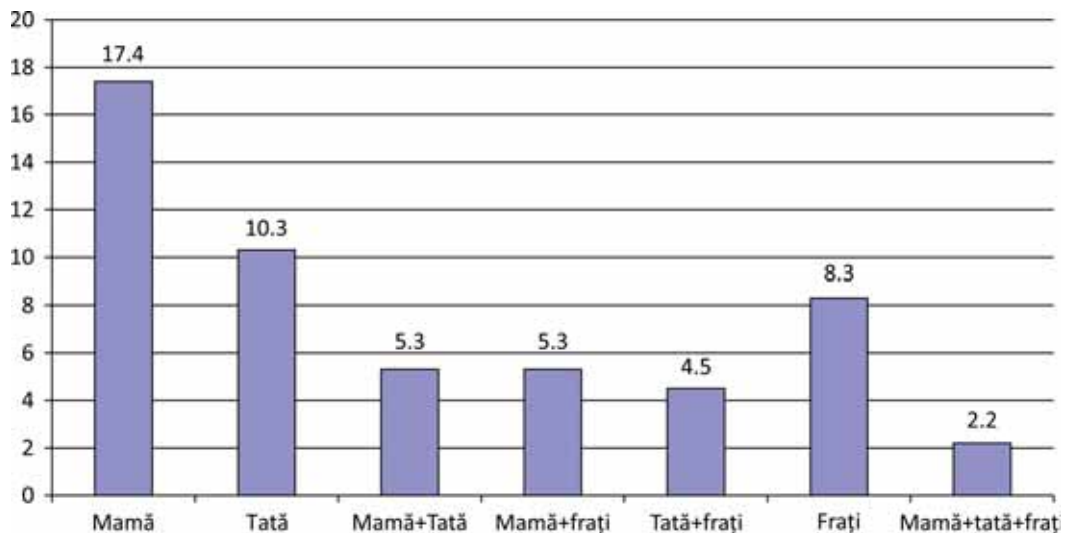


FIGURA 10. Distribuția prevalenței AHC la rudele de gradul I după forma de rudenie

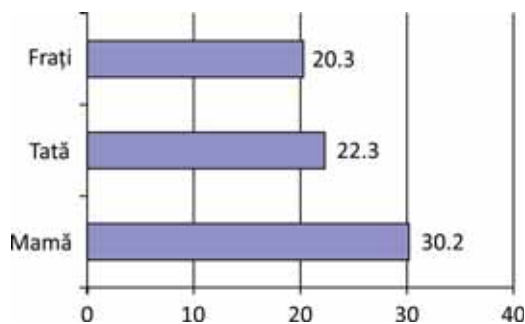


FIGURA 11. Agregarea familială cumulată după mamă, tată și frați

BIBLIOGRAFIE

1. **Restian A.** Bazele medicinei de familie. Ed. Medicală, București, 2000
2. **Restian A.** Concepție sistemică în medicina generală, Revista Medicina Familiei nr. 16, 1997 p. 4-7
3. **Restian A.** La patogenesa cibernetica dell'ipertensione arteriosa, Giornale di Clinica Medica 6-1977, 151-159
4. **Dorobanțu M., Darabont R., Ghiorghe S. et al.** Profile of the Romanian hypertensive patient data from the SEPHAR II study, Romanian Journal of Internal Medicine, 2012, 5014 -285-296
5. **Matei D.** Esențialul în medicina de familie, ed. 3, Editura Amaltea, București, 2016
6. **Jompan A.** Patologie esențială în medicina familiei, Editura Eurostampa, Timișoara, 2017
7. **Jompan A.** Manager, lider și indicatori ai stării de sănătate. Editura Eurostampa, Timișoara, 2010
8. **Jompan A.** Asistența medicală primară a sănătății. Editura Eurostampa, Timișoara, 2016
9. **Stoica V., Scripcariu V.** (coord). Compendiu de specialități medico-chirurgicale. Editura Medicală, București, 2016
10. **Habeal R.** Esențialul în cardiologie, Editura Farmamedia, București, 2010
11. **Harrison.** Principii de medicină internă, Editura Orizonturi, București, 2012
12. Ghidurile ESC. Medicină cardiovasculară. Compendiu de ghiduri, Editura Infomedica, București, 2015
13. **Karila R.** (red). Le book des ESN. Editura Med. Univ. Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2011