



Uni-A.T.E.Ne.O. "Ivana Torretta"
Nerviano 2007

UNI-A.T.E.Ne.O. Ivana Torretta

Anno Accademico '10/'11

MEDICINA GENERALE, BIOLOGIA, SANITA'

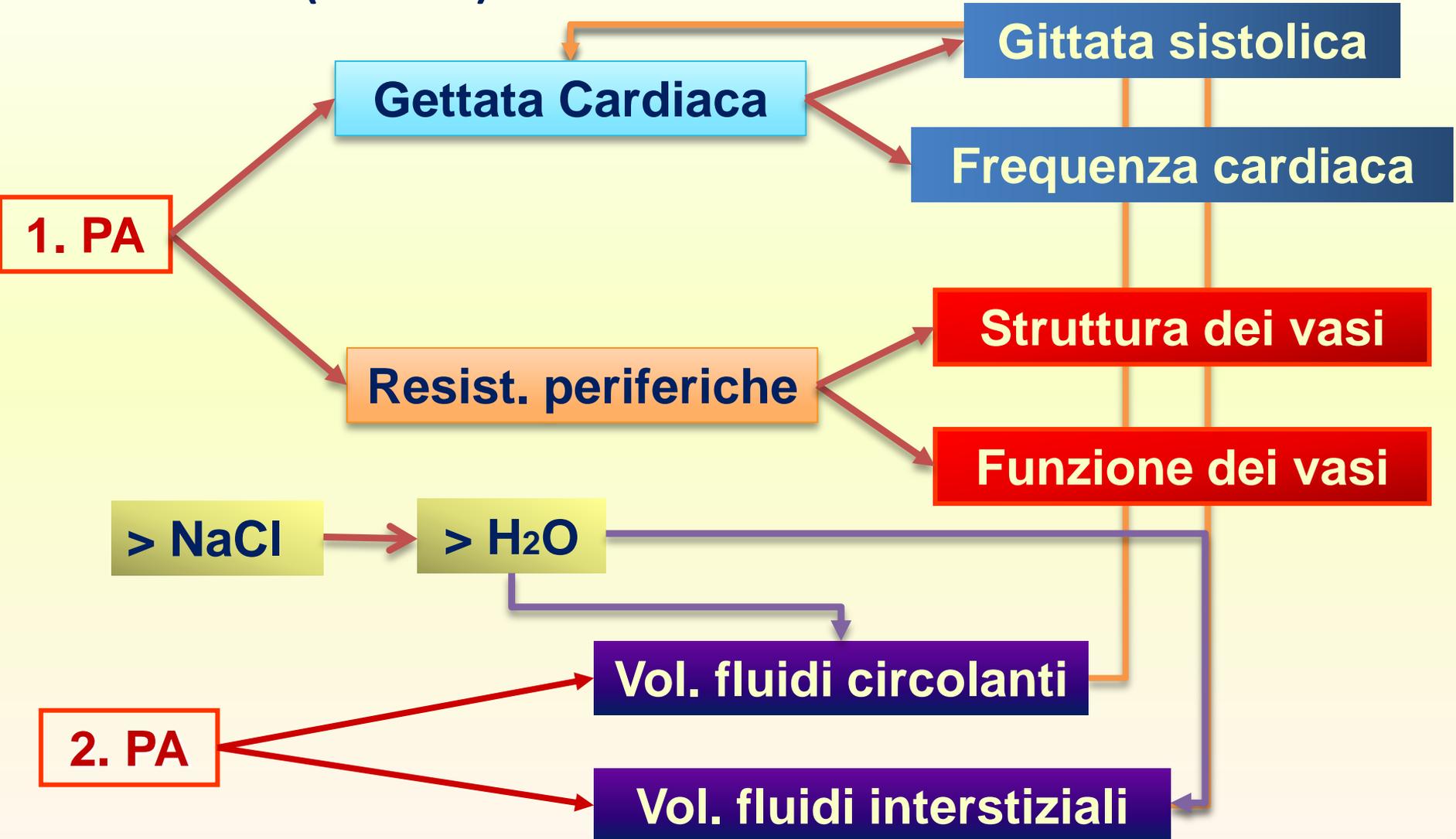
- 7. La pressione del sangue dai 60 anni in su: quali valori, quali rimedi**
- 8. Il dramma del piede diabetico: se lo conosci lo eviti (Dr. Cimminiello)**
- 9. I nuovi anticoagulanti: liberi da schiavitù ma - forse - a pagamento**
- 10. Perché Dio creò la zanzara? Riflessioni semi-serie sui parassiti**
- 11. Gambe gonfie e pesanti: quando serve lo specialista (Dr. Arpaia)**
- 12. Prevediamo il nostro futuro: leggendo la mano o il DNA?**

Nerviano, 22 marzo 2011

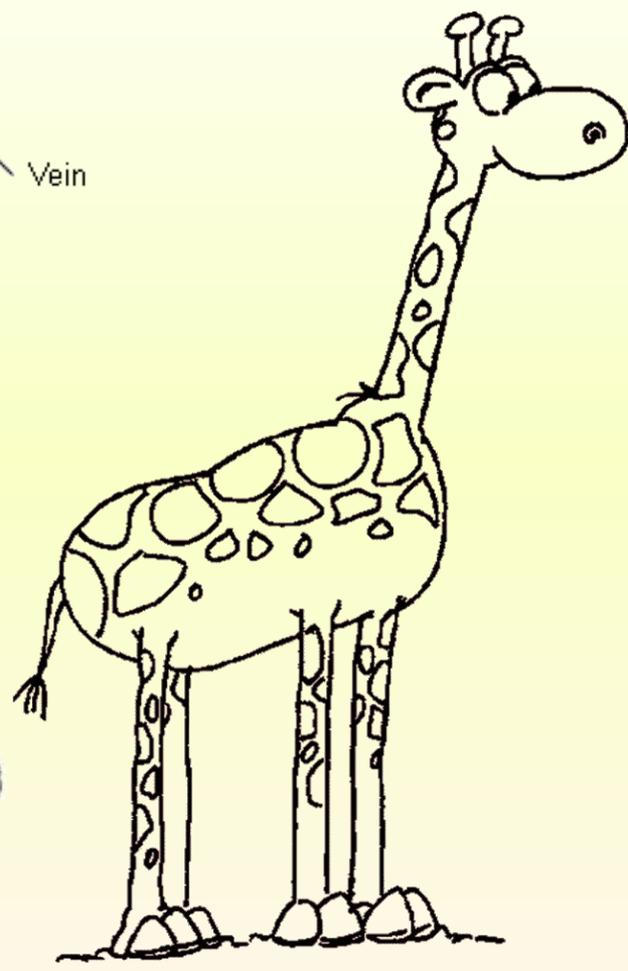
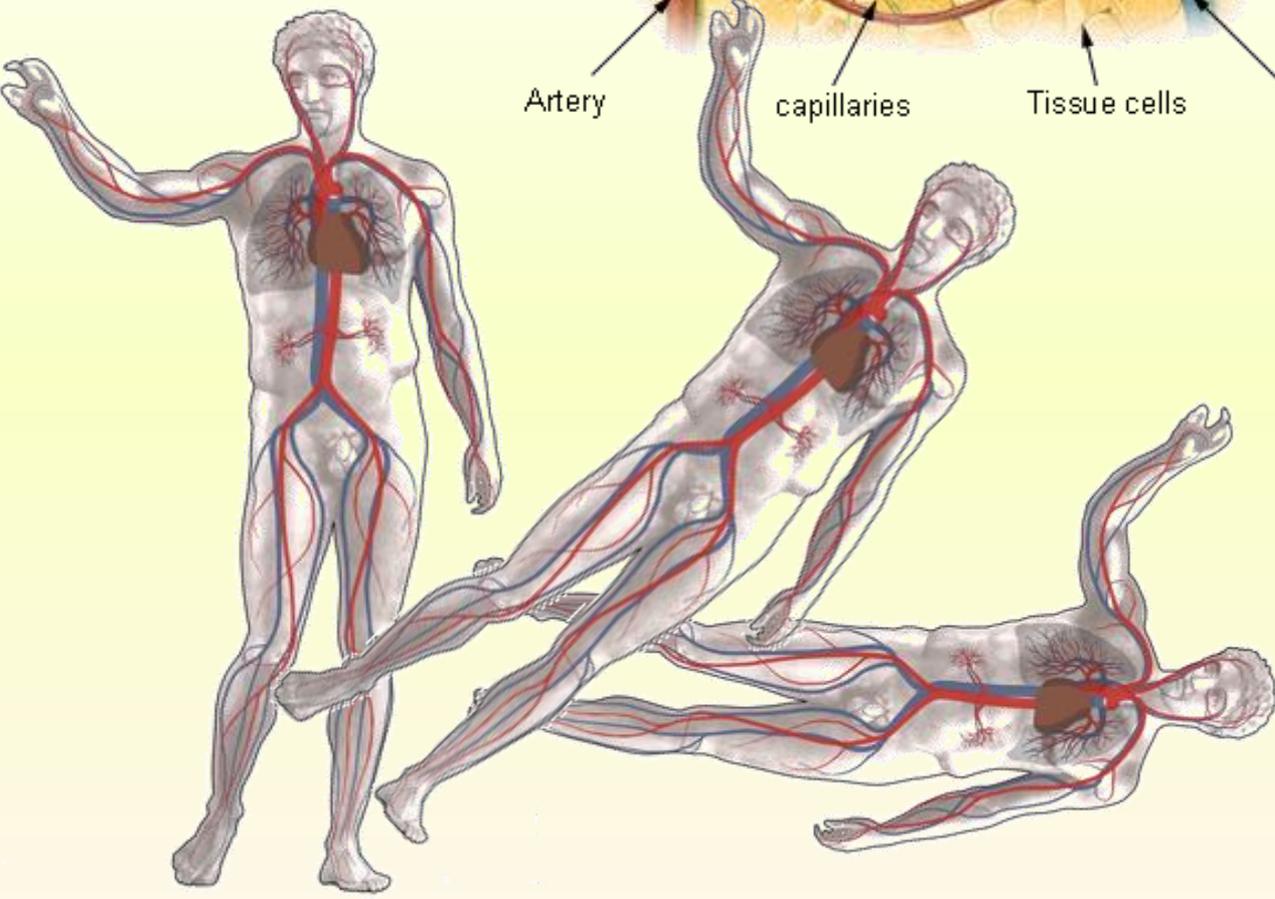
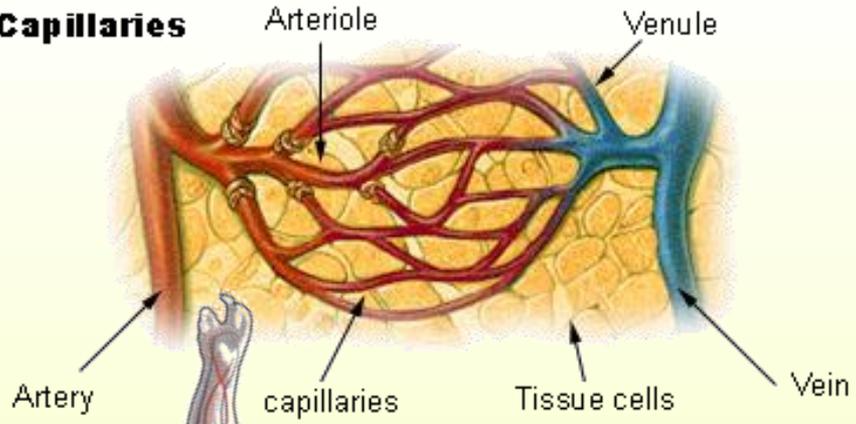
La Pressione Arteriosa del sangue PA

PA Sistolica (massima)

PA Diastolica (minima)



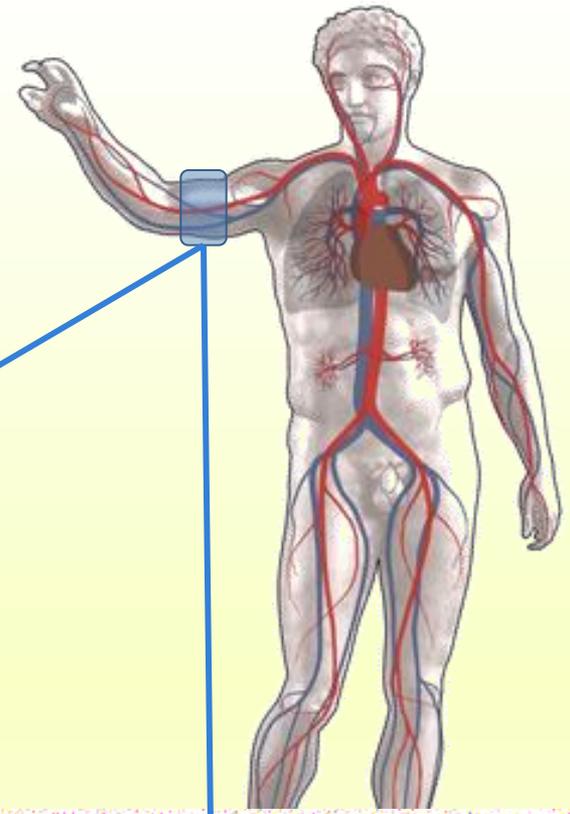
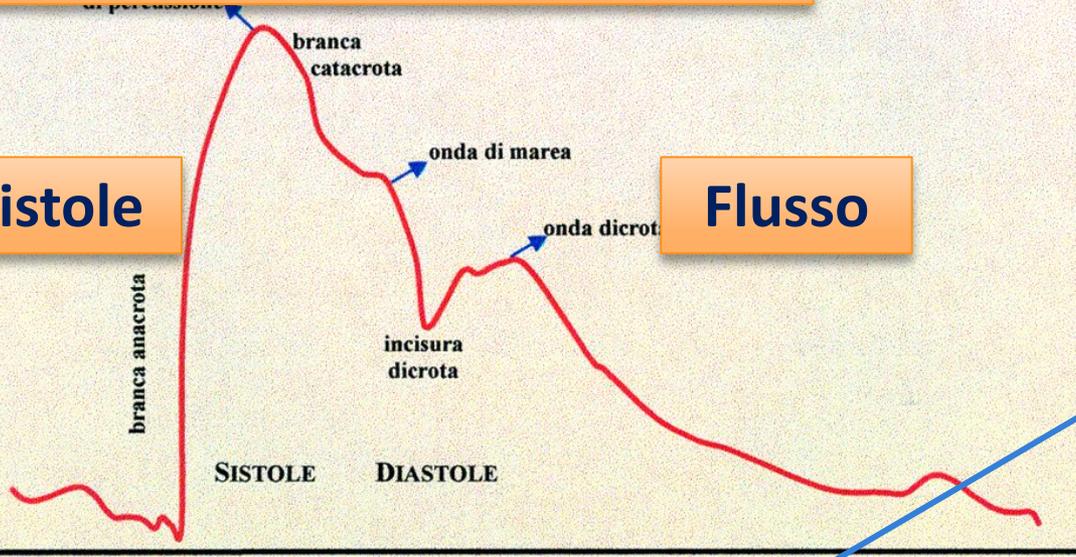
Capillaries



Apertura valvola aortica

Sistole

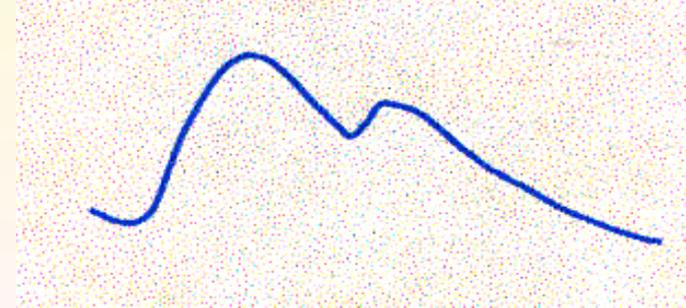
Flusso



GIOVANE
PWV = 8 m/sec

VECCHIO
PWV = 12 m/sec

Aumento rigidità
arterie



La Pressione Arteriosa del sangue: chi dirige?

1. SN Autonomo

Mantenimento della PA ottimale in ogni situazione (cuore, rene ...)

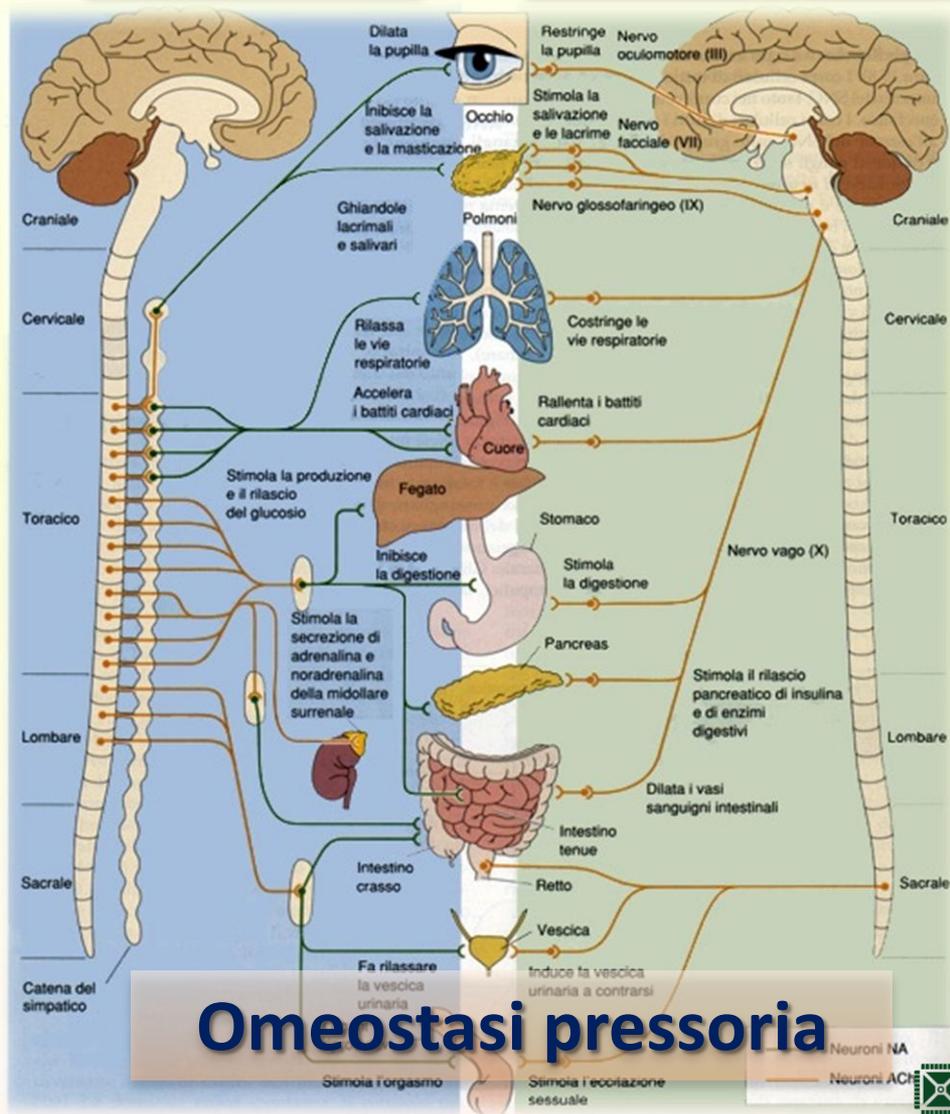


Catecolamine:

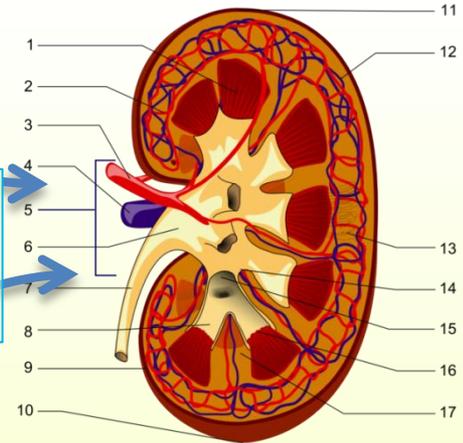
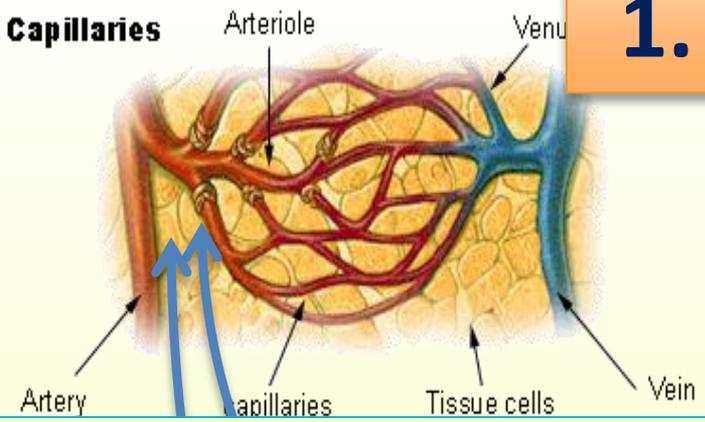
- Adrenalina
- Nor-adrenalina
- Dopamina

Simpatico

Para-simpatico



1. SN Autonomo



α_1, α_2 recettori adrenergici

$\beta_1, (\beta_2)$ recettori adrenergici

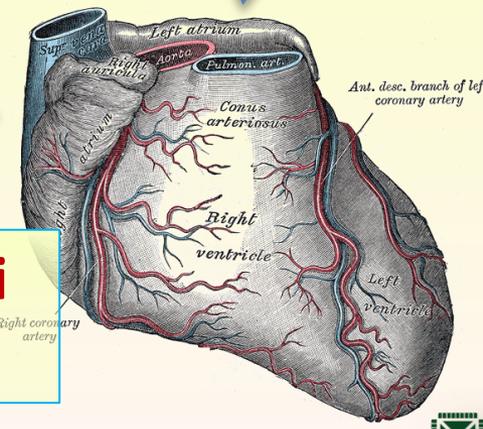
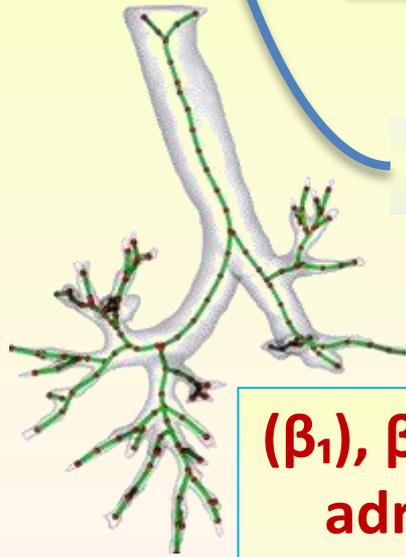
Diuretici, ARB, ACE Inib.

Beta Bloccanti Alfa - Beta Bloccanti

Alfa Bloccanti

Catecolamine

Calcio-antagonisti

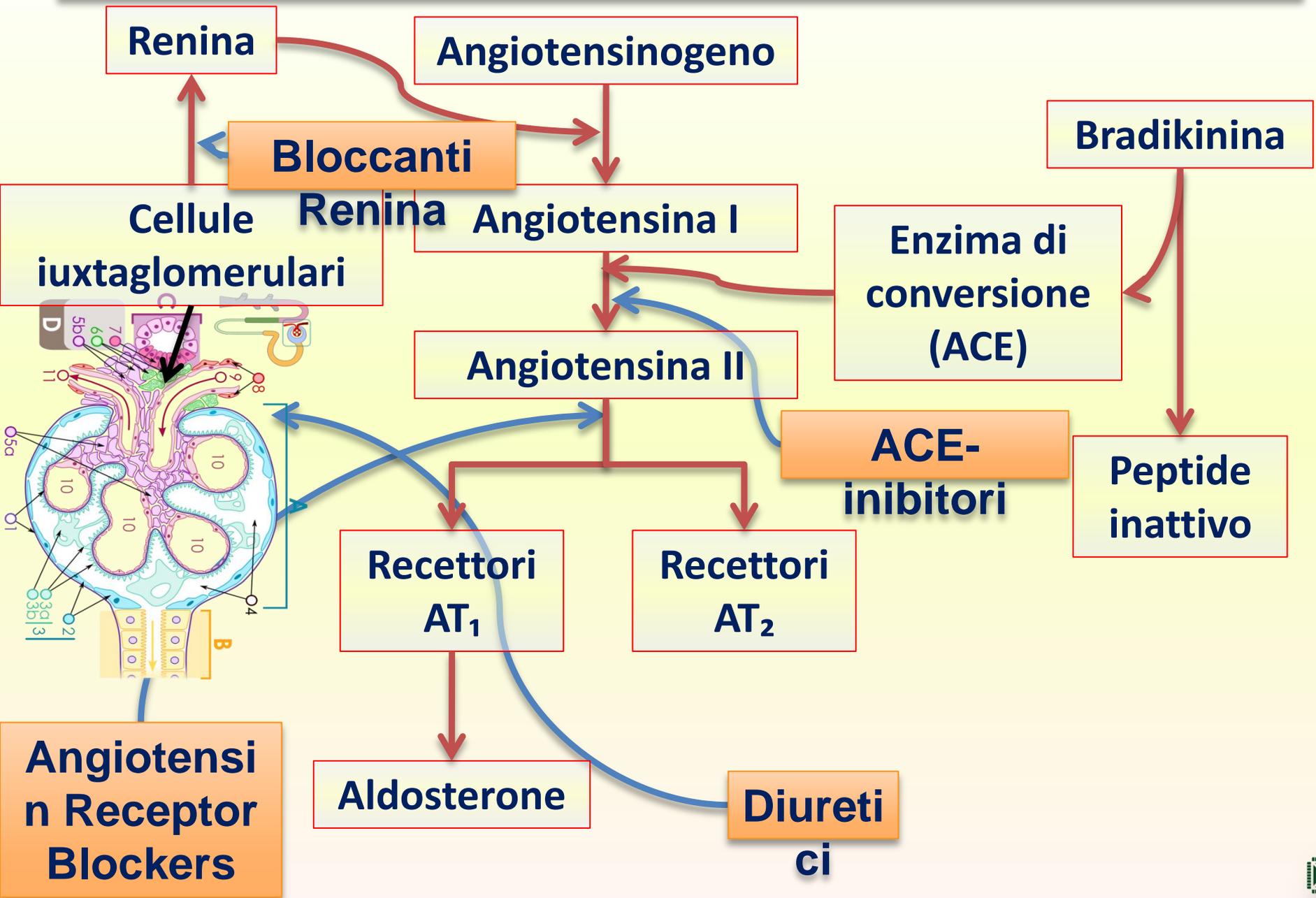


$(\beta_1), \beta_2$ recettori adrenergici

β_1, β_2 recettori adrenergici



2. Sistema Renina - Angiotensina - Aldosterone



Ipertensione arteriosa

1. 95% idiopatica; 5% secondaria
2. Facile da diagnosticare !
3. Facile da curare: farmaci efficaci; ben tollerati
4. Gli anti-ipertensivi sono al primo posto della spesa sanitaria



La patologia più diffusa è la peggio curata?



Conseguenze:

- **danni d'organo: ictus, demenza, ...**
 - **... conflitto di interessi !**



Piatto ricco mi ci ficco!

Caro ISF, insieme alle
informazioni sul nuovo
antipertensivo, porti anche i
pazienti ...



ABBASSIAMO I VALORI NORMALI

Ottimale	< 120	< 80
Normale	<130	<85
Alta-normale	130-139	85-89
Grado I: ip. lieve	140-159	90-99
Grado II: ip. moderata	160-179	100-109
Grado III: ip. severa	>180	>110
Ip. sistolica isolata	>140	<90
Ip. borderline	140-149	<90

Trattare o non trattare?



Ipertensione arteriosa:

1. Dimensioni del problema

- 40-45% popolazione (PA > 140/90)
- > Con età (donne post menopausa)
- Presente e in aumento in bambini/adolescenti
- PA sistolica Isolata → > 60 anni

2. Fattori di rischio

- Ereditarietà: per alcune forme secondarie
- Familiarità
- Razza: neri
- Ambiente: stress, affollamento, disagio sociale...
- Sindrome metabolica, diabete
- Alimentazione: sale, insaccati, alcol ...
- Farmaci: steroidi, contraccettivi, immunologici,



Ipertensione arteriosa

3. Conseguenze

Danno d'organo:

- **Cuore:** ipertrofia ventricolo Sn; insuff. Cardiaca,

IMA

- **Rene:** insuff. renale

- **Occhio:** retinopatia ipertensiva

- **Cervello:** **ictus**, funzione cognitiva/demenze

-



La patologia più diffusa è la peggio curata. PERCHÉ?

1. È asintomatica: si scopre per caso
2. Il 35% degli ipertesi non lo sa
3. Il medico la trascura/la tratta “male”
4. I pazienti non aderiscono alla terapia
5. Non si cambia stile di vita
6. Le autorità latitano

**Come fare? Il ruolo del
MMG**



I luoghi comuni (da sfatare)

- Valori **normali** di PAS: 100 + anni!
- Convinzione che si guarisce
- Inutile il trattamento quando la PA si è normalizzata
- Inutile trattare dopo 80 anni
- Giudicare la PA da sensazioni soggettive
- Autosospendere la terapia in vacanza, d'estate, per un malanno ...



PA negli ultra 65enni

- La PAS cresce con l'età
- La PAD aumenta fino ai 50 aa

Aumenta l'incidenza

Aumenta l'ipertensione
Sistolica Isolata

Maggiore fattore di rischio CV (**ICTUS!**)

**Le domande cui
dare una risposta**

1.

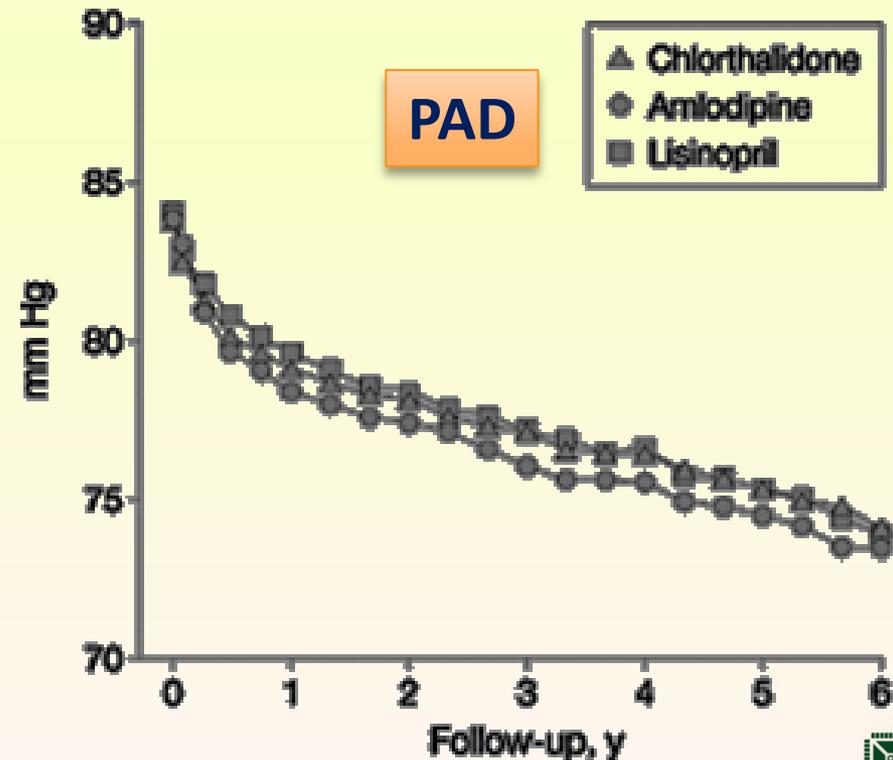
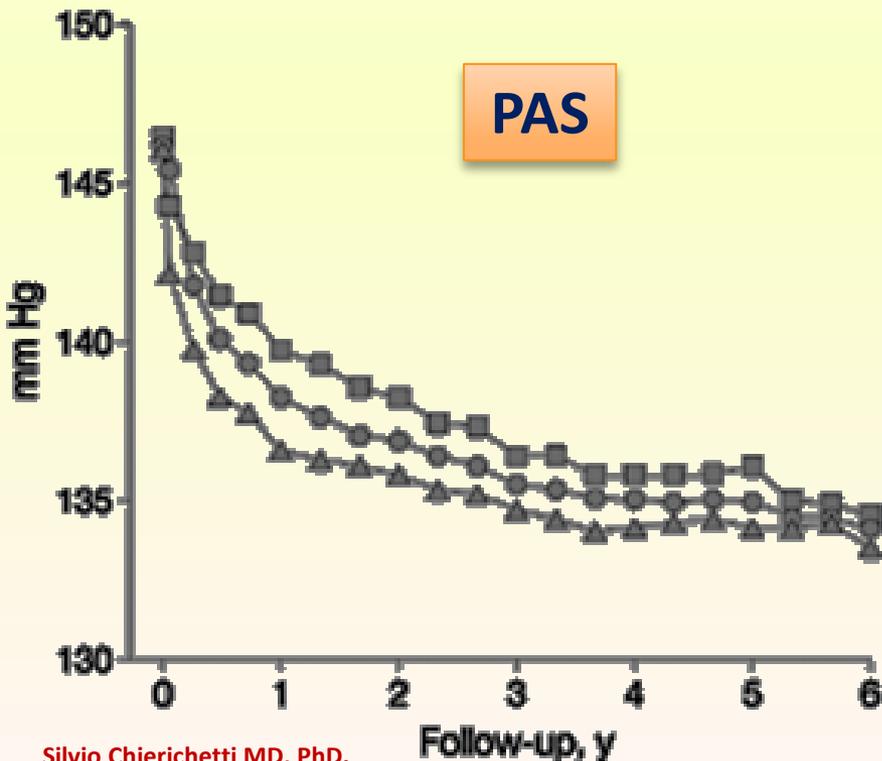
Fino a che età è curabile ?

2.

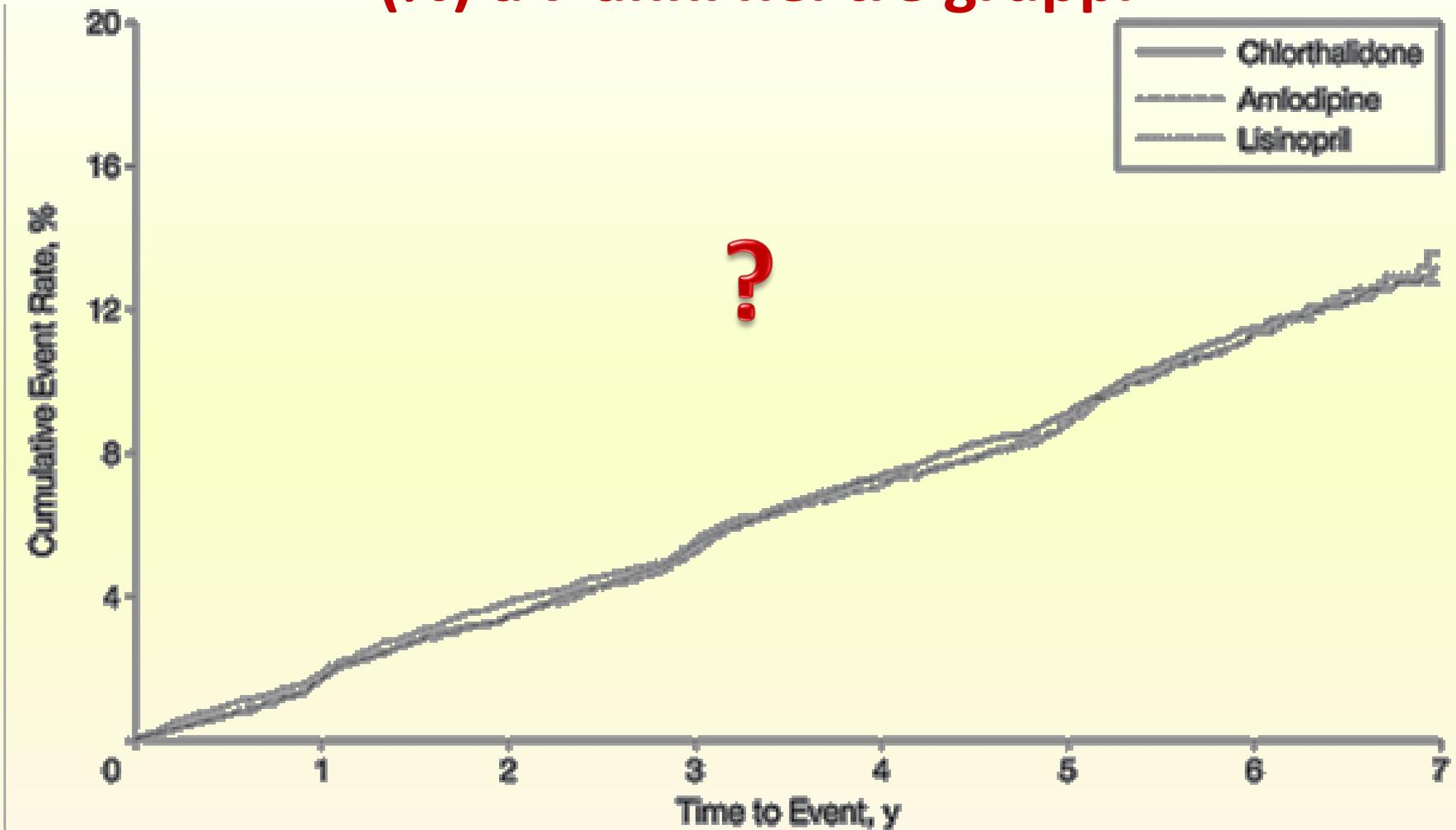
Quali farmaci per l'anziano?



Farmaci	Clortalidone (diuretico)	Amlodipina (Ca-antagonista)	Lisinopril (Ace-inibitore)
N° paz.	15.255	9048	9054
Età media	66,9	66,9	66,9



Eventi maggiori CV cumulativi (%) a 7 anni nei tre gruppi



Conclusione: il diuretico costa poco e offre gli stessi vantaggi del C-antagonista e dell'ACE-Inibitore



The AntihypertensiveTreatment to Prevent Heart Attack Trial (**ALLHAT**) Curt D. Furberg et al, 2002

Pregi:

1. Studio di popolazione
2. La PA si può curare bene (> 85/135!)
3. Si può spendere poco
4. (si evitano eventi CV)

Difetti:

1. Non valutata la QoL
2. Non valutate le patologie concomitanti
3. Il gruppo clortalidone ha più spesso associato gli altri farmaci
4.

Grande limite:

1. non indicazioni (troppo pochi) per gli ultra 80enni
2. Non indicazioni su PAS Isolata

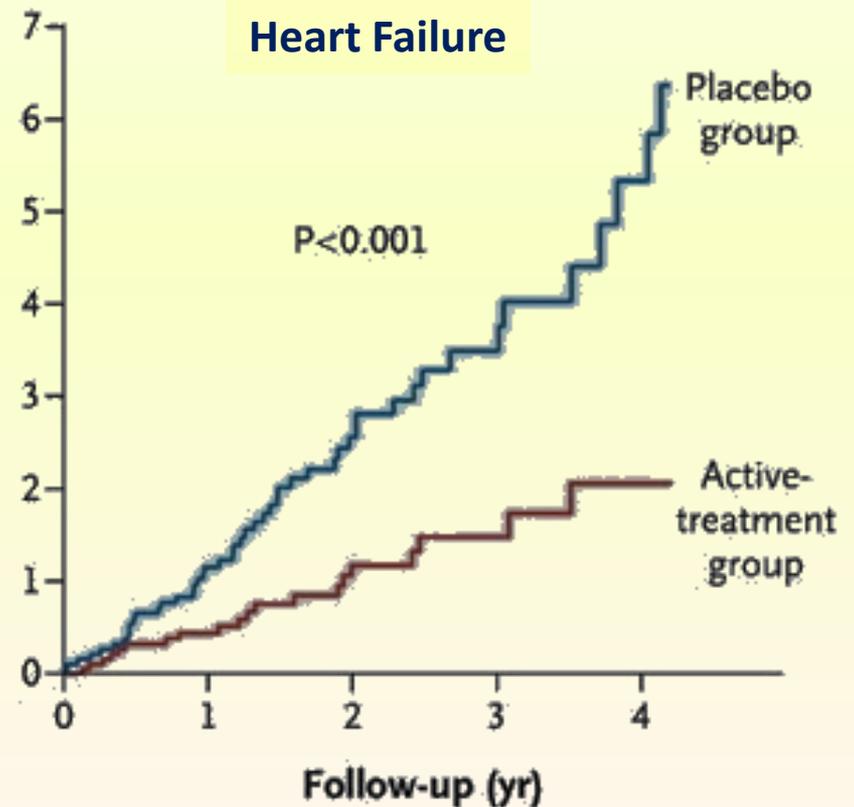
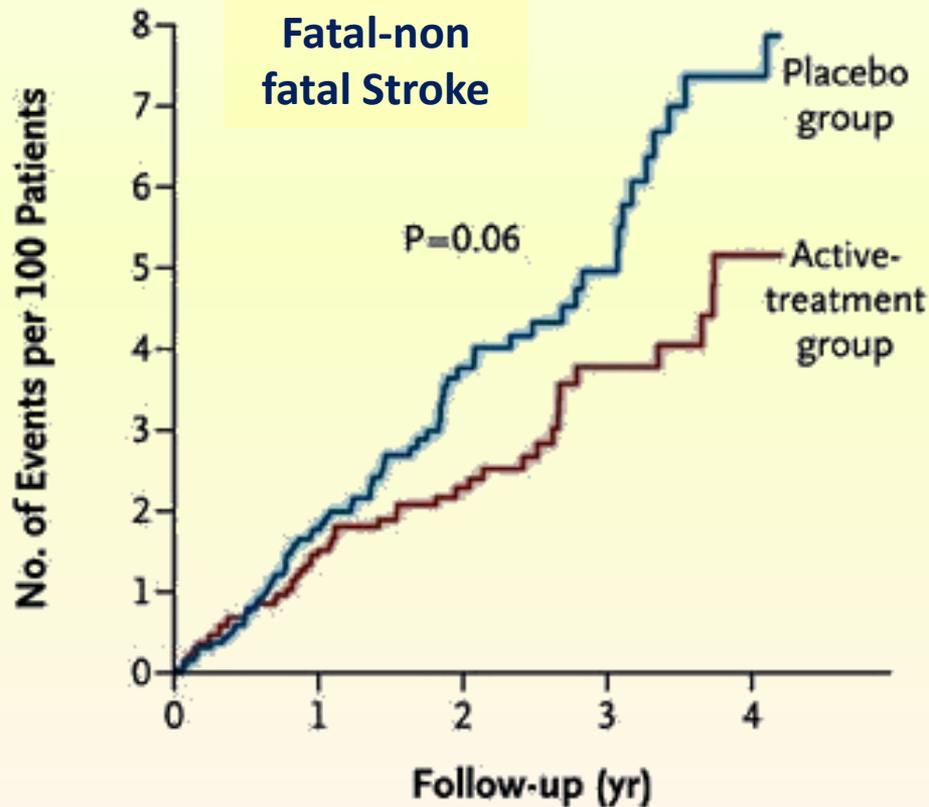


Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older

HYVET Study Group

**1933 trattati
1912 placebo**

**83.6 anni
173.0/90.8 mm Hg);**



Beckett NS et al. NEJM 2008;358:1887-1898.

Le domande cui dare risposta

1.

È ben curabile fino a ????

Non c'è limite!

2.

Quali farmaci per l'anziano?

ACE inibitori / Sartani

Continuare

OK ?

Insufficiente?

Continuare

OK ?

+ basse dosi
diuretico (HCT)

Associare
Ca Antagonista

Insufficiente?



Paul Dudley White, 1949:

“curare l’ipertensione è un compito difficile e senza speranza”

2011

“curare l’ipertensione è possibile e sicuro a tutte le età, con farmaci e dieta*”

Imperativo categorico:

ridurre il sodio e aumentare il potassio!





Prossima lezione:

I nuovi anticoagulanti orali

29 marzo 2011



**Grazie
per
l'attenzione**

