

CASO CLINICO INTERATTIVO

GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE ANZIANO CON IPERTENSIONE SISTOLICA ISOLATA

ANAMNESI

- Uomo, 78 aa, pregresso intervento di adeno-tonsillectomia e appendicectomia.
- Diagnosi di ipertrofia prostatica da circa 10 anni, in trattamento con tamsulosina 0,4 mg ore 22, recente ecografia prostatica ha mostrato ghiandola di dimensioni lievemente aumentate, non altri reperti di rilievo.
- Familiarità per ipertensione arteriosa da parte di padre e per ictus cerebrale e diabete mellito da parte di madre; un fratello affetto da cardiopatia ischemica (infarto miocardico a 62 anni).
- Pregressa abitudine tabagica (circa 10 sig/die per >20 aa).

ANAMNESI CARDIOLOGICA

- Iperteso da circa 30 anni, in passato in trattamento con terapia di associazione preconstituita di beta-bloccanti e diuretici, poi sospesi per bradicardia sintomatica.
- Attualmente in trattamento con ACE inibitore (ore 8) e calcio antagonista diidropiridinico (ore 20) con riferito discreto controllo dei valori pressori a domicilio (PA domiciliare 140-150/70 mmHg).
- Esegue visita cardiologica per controllo della terapia.

ESAME OBIETTIVO

- Peso 96 Kg, altezza, 185 cm, BMI 26.9, CA 106 cm.
- Toni cardiaci ritmici validi, soffio sistolico 2/6 L sul focolo aortico.
- MV aspro, non stasi.
- Lieve succulenza pretibiale bilaterale.
- Polsi periferici presenti e validi.

ESAMI STRUMENTALI IN VISIONE

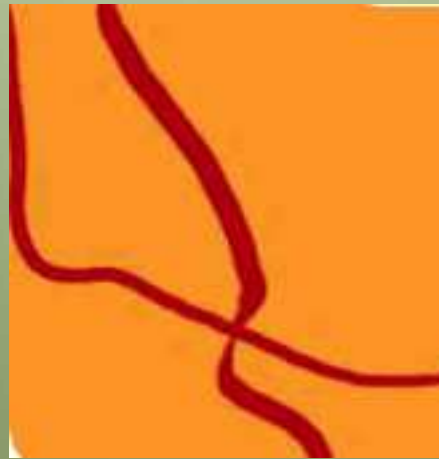
- F.O.: retinopatia ipertensiva al II stadio.
- Ecocardiogramma: ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, conservati gli indici di funzione sistolica, alterato rilasciamento alla valutazione doppler transmitralica.

Sclerosi del bulbo e delle semilunari aortiche con normale apertura sistolica ed insufficienza di grado lieve. Atrio sinistro di dimensioni ai limiti superiori, lieve fibrosi dei lembi e dell'apparato sottovalvolare mitralico con insufficienza di grado lieve. Sezioni destre nei limiti, IT lieve con PAPs derivata nei limiti.

RETINOPATIA IPERTENSIVA

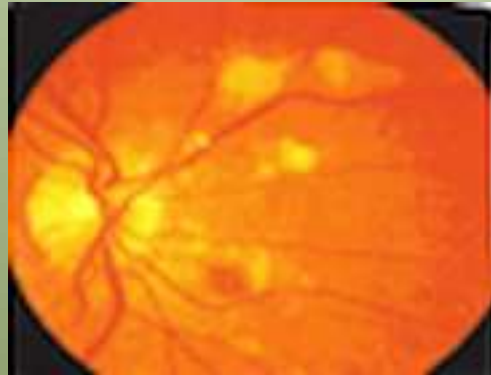
I stadio: restringimento dei vasi retinici arteriolari

II stadio: incroci artero-venosi



RETINOPATIA IPERTENSIVA

III stadio: alterazioni extravasali (emorragie retiniche ed edema)



IV stadio: papilla da stasi

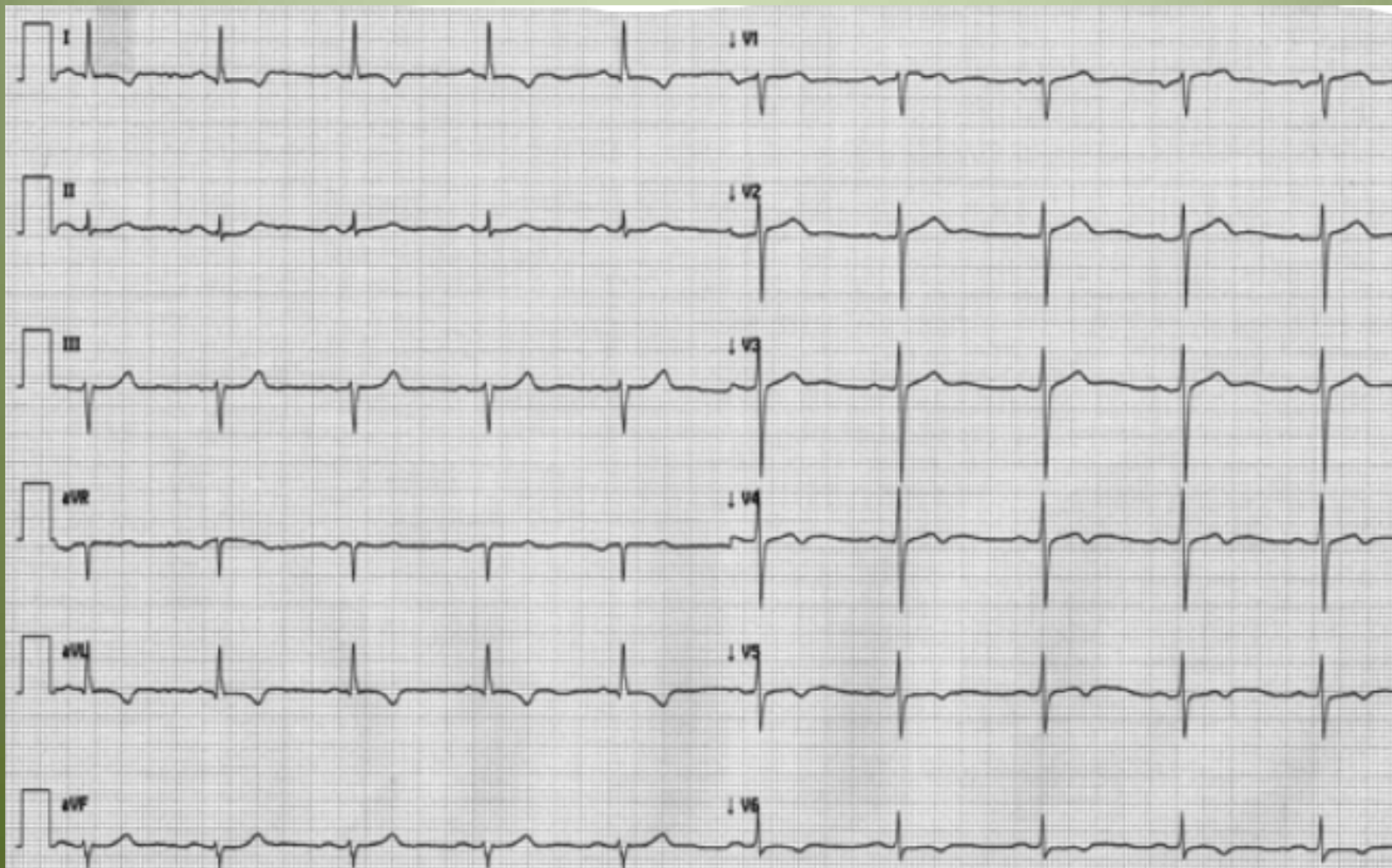


ESAMI EMATOCHIMICI IN VISIONE

DI 6 MESI PRIMA

- Eritrociti 4,2
- Ematocrito 44,0
- Hb 12,6
- Leucociti 5,1
- PCR <1
- Sodio 140
- Potassio 4,3
- Azotemia 11,0
- Creatininemia 1,0
- Uricemia 2,6
- Glicemia 81,0
- Colesterolo tot 284,0
- Colesterolo HDL 48,0
- Colesterolo LDL 210,0
- Trigliceridi 130,0
- GOT 15,0
- GPT 16,0
- Es. urine: microalbuminuria (134 mg/L)
- Clearance Creatinina (GFR con formula C-G) 83

ECG



Ritmo sinusale FC 80 bpm, alterazioni diffuse della ripolarizzazione ventricolare

PROFILO PRESSORIO

PA domiciliare (media delle misurazioni)

PA_s	145	PA_d	70	FC	80
-----------------------	------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------

PA clinica (media delle 3 misurazioni)

PA _s	182	PA _d	94	FC	86
PA _s	173	PA _d	88	FC	78
PA _s	175	PA _d	87	FC	77
Pas M	177	Pad M	91	FC M	81

Monitoraggio ambulatoriale della PA delle 24 h

PA _s M 24h	163	PA _d M 24h	78	FC m 24h	72
PA _s M D	168	PA _d M D	83	FC M D	82
Pas M N	149	PA _d M N	72	FC M N	64

Terapia: Perindopril 5 mg ore 8, Manidipina 20 mg ore 18,
Tamsulosina 0,4 mg ore 20.

DIAGNOSI DI IPERTENSIONE ARTERIOSA

	PA s	PAd
Domiciliare	130-135	85
Sfigmomanometrica o clinica	140	90
Monitoraggio ambulatorio delle 24 h	125-130	80
diurno	130-135	85
notturno	120	70

ALLO STATO ATTUALE
QUALE È IL RISCHIO
CARDIOVASCOLARE GLOBALE
DEL NOSTRO PAZIENTE?

- Basso
- Moderato
- Elevato
- Molto elevato

FATTORI CHE INFLUENZANO LA PROGNOSI (LG 2007)

- Fattori di rischio
- Danno d'organo subclinico
- Diabete mellito
- Malattie CV o renali conclamate

FATTORI DI RISCHIO (LG 2007)

- Pressione sistolica e diastolica
- Pressione pulsatoria
- Fumo
- Età M >55 aa, F >65 aa
- Dislipidemia
- Glicemia a digiuno 102-125 mg/dl
- Glicemia da carico alterata
- Obesità addominale >102 cm M, >88 cm F

DANNO D'ORGANO SUBCLINICO (LG 2007)

- IVS all'ECG
- **IVS all'eco**
- Ispessimento della parete carotidea o placche ateromasiche
- Vel onda di polso carotidea-femorale >12 m/s
- Indice pressorio arti inf/sup <0.9
- Lieve incremento creatinina plasmatica (M 1.3-1.5 ; F 1.2-1.4)
- Riduzione filtrato glomerulare o Cl creatinina (<60 ml/min)
- **Microalbuminuria**

DOSAGGIO MICROALBUMINURIA

	Urine 24 h	Campione primo mattino RACU	Campione urine 4 h	Campione primo mattino
Albuminuria normale	<30 mg/24h	30 mg/g	<20 mcg/min	Valore soglia 20
micro	30-300 mg/24h	30-300 mg/g	20-200 mcg/min	20-200 mg/L
macro	>300 mg/24h	>300 mg/gr	>200 mcg/ min	>200 mg/L

2007 ESH/ESC Hypertension Guidelines

STRATIFICATION OF RISK TO QUANTIFY PROGNOSIS

Blood pressure (mmHg)					
Other risk factors, OD or Disease	Normal SBP 120–129 or DBP 80–84	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110
No other risk factors	Average risk	Average risk	Low added risk	Moderate added risk	High added risk
1–2 risk factors	Low added risk	Low added risk	Moderate added risk	Moderate added risk	Very high added risk
3 or more risk factors, MS, OD or Diabetes	Moderate added risk	High added risk	High added risk	High added risk	Very high added risk
Established CV or renal disease	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk



ALLO STATO ATTUALE
QUALE È IL RISCHIO
CARDIOVASCOLARE GLOBALE
DEL NOSTRO PAZIENTE?

- Basso
- Moderato
- **Elevato**
- Molto elevato

GLI ELEMENTI RACCOLTI SONO
SUFFICIENTI PER DETERMINARE
IL PROFILO DI RISCHIO
CARDIOVASCOLARE DI QUESTO
PAZIENTE?

- Si
- No, sono necessari ulteriori approfondimenti

GLI ELEMENTI RACCOLTI SONO
SUFFICIENTI PER DETERMINARE
IL PROFILO DI RISCHIO
CARDIOVASCOLARE DI QUESTO
PAZIENTE?

- Si
- No, sono necessari ulteriori approfondimenti

QUALI PRESCRIZIONI CONSIGLIERESTI A QUESTO PAZIENTE?

- Controllo periodico dei valori pressori
- Modificazioni stile di vita
- Esami di laboratorio o strumentali
- Modificare la terapia farmacologica
- Tutte le precedenti

QUALI PRESCRIZIONI CONSIGLIERESTI A QUESTO PAZIENTE?

- Controllo periodico dei valori pressori
- Modificazioni stile di vita
- Esami di laboratorio o strumentali
- Modificare la terapia farmacologica
- **Tutte le precedenti**

PRESCRIZIONI

- Si consiglia di eseguire periodici controlli dei valori pressori
- Si consiglia di eseguire un Ecodoppler dei vasi epiaortici
- Si consiglia di ripetere gli esami ematochimici di controllo con assetto lipidico completo e dosaggio della microalbuminuria e della creatinuria sulle urine del mattino
- Si modifica la terapia farmacologica:
 - Perindopril/indapamide 10/1.25 mg 1 cp ore 8
 - Amlodipina 10 mg 1 cp ore 18
 - Tamsulosina 0,4 mg 1 cp ore 20
 - ASA 100 mg dopo pranzo

VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO DOPO 3 MESI

- Riferisce di praticare con una certa regolarità attività fisica aerobica (passeggiate)
- EO invariato; si segnala la persistenza della succulenza pretibiale.
- ECG invariato
- PA domiciliare 150/75 mmHg, PA clinica 164/84 mmHg (media delle 3 misurazioni).

ESAMI STRUMENTALI IN VISIONE

- Eco doppler TSA: ispessimento mio-intimale diffuso, in assenza di stenosi emodinamicamente significative
- Microalbuminuria nelle urine del mattino (RACU 34 mg/g)
- Esami ematochimici nella norma ad eccezione di col tot 276 mg/dl, col LDL 203, HDL 48, Trigliceridi 124.

RITENETE NECESSARIO MODIFICARE LA TERAPIA ANTIIPERTENSIVA?

- Aumentare il dosaggio dell'ACE inibitore/diuretico
- Aumentare il dosaggio del calcio-antagonista
- Aggiungere un alpha-bloccante
- Aggiungere un beta-bloccante
- Aggiungere un diuretico
- Aggiungere la clonidina
- Sostituire l'ACE inibitore con un Antagonista recettoriale
- Sostituire l'ACE Inibitore con un beta-bloccante
- Sostituire il calcio antagonista con un diuretico

RITENETE NECESSARIO MODIFICARE LA TERAPIA ANTIIPERTENSIVA?

- Aumentare il dosaggio dell'ACE inibitore/diuretico
- Aumentare il dosaggio del calcio-antagonista
- **Aggiungere un alpha-bloccante**
- Aggiungere un beta-bloccante
- Aggiungere un diuretico
- Aggiungere la clonidina
- Sostituire l'ACE inibitore con un Antagonista recettoriale
- Sostituire l'ACE Inibitore con un beta-bloccante
- Sostituire il calcio antagonista con un diuretico

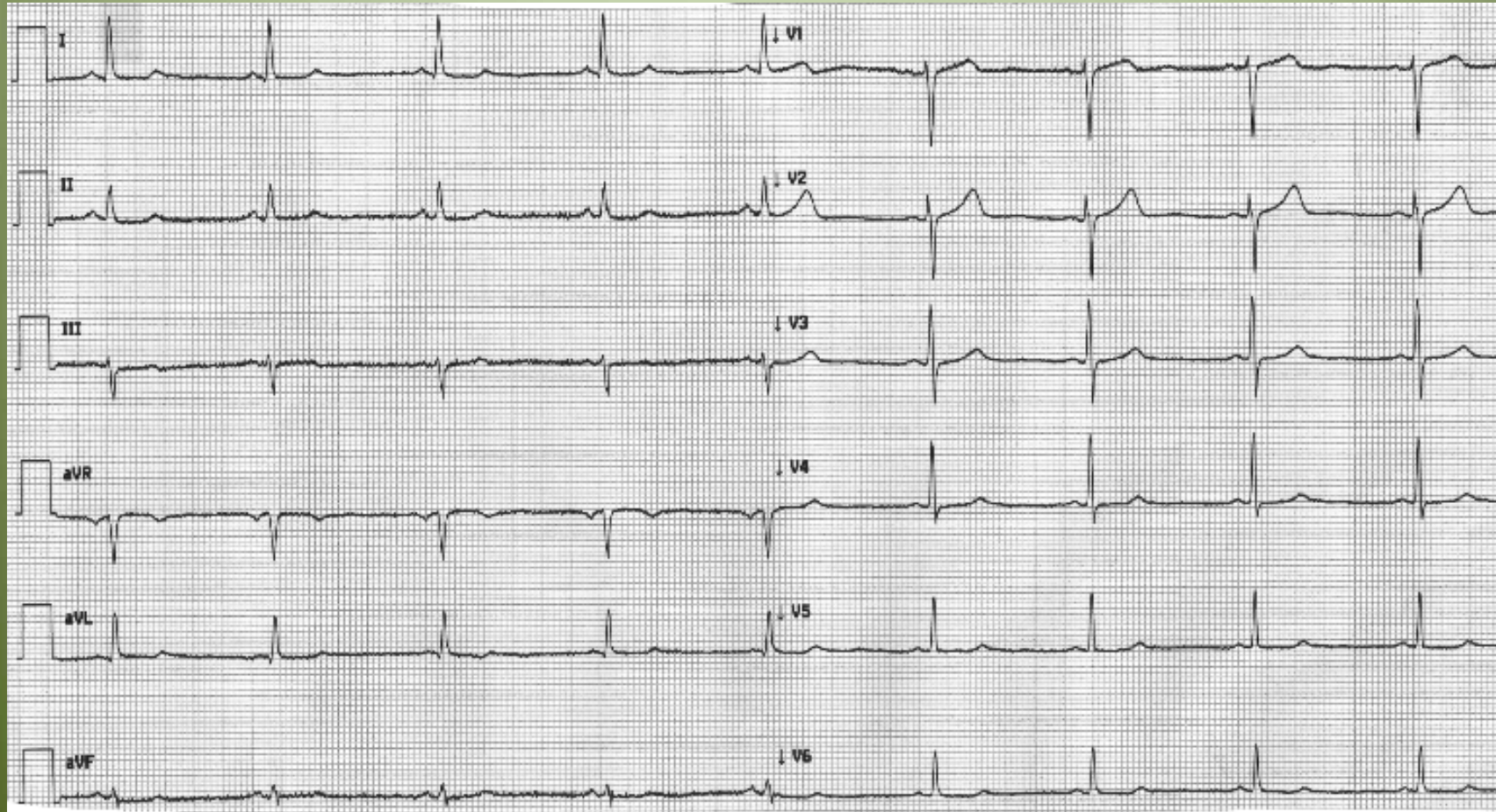
PRESCRIZIONI

- Modifica la terapia farmacologica:
 - Perindopril/indapamide 10/1,25 mg 1 cp ore 8
 - Amlodipina 5 mg 1 cp ore 18
 - Simvastatina 20 mg 1 cp ore 22
 - Tamsulosina 0,4 mg ore 20
 - ASA 100 mg dopo pranzo
 - Doxazosin 2 mg 1 cp ore 20
- Si consiglia di eseguire periodici controlli della pressione arteriosa, riportando i valori su un diario.
- Si consiglia di ripetere controllo dell'assetto lipidico completo dopo 4-5 mesi e il dosaggio degli enzimi epatici e muscolari dopo 1 mese

VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO DOPO 6 MESI

- Riferisce discreto benessere; asintomatico per angor e dispnea.
- Riferisce discreto controllo dei valori pressori domiciliari.
- EO sostanzialmente invariato, si segnala assenza della succulenza pretibiale e riduzione della FC.
- Ha eseguito monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa delle 24 h su indicazione del curante.
- Esami ematochimici nella norma ad eccezione dell'assetto lipidico: col tot 184, LDL 125, HDL 50, TG 112.

ECG



- RS, FC 62 bpm, alterazioni lievi della ripolarizzazione

PROFILO PRESSORIO

PA domiciliare (media delle misurazioni)

PA_s	145	PA_d	70	FC	80
-----------------------	------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------

PA clinica (media delle 3 misurazioni)

PA _s	152	PA _d	88	FC	72
PA _s	150	PA _d	82	FC	67
PA _s	146	PA _d	83	FC	67
Pas M	148	Pad M	85	FC M	69

Monitoraggio ambulatoriale della PA delle 24 h

PA _s M 24h	148	PA _d M 24h	76	FC m 24h	67
PA _s M D	152	PA _d M D	81	FC M D	74
Pas M N	141	PA _d M N	72	FC M N	58

PRESCRIZIONI

- Modifica la terapia:
 - Perindopril/Indapamide 10/1.25 mg 1 cp ore 8
 - Amlodipina 10 mg 1 cp ore 18
 - Tamsulosina 0,4 mg ore 20
 - Atorvastatina 20 mg 1 cp ore
 - ASA 100 mg dopo pranzo
 - Doxazosin 4 mg 1 cp alle ore 20
- Si consiglia di eseguire periodici controlli della pressione arteriosa, riportando i valori su un diario.

VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO DOPO 8 MESI

- Riferisce relativo benessere; sostanzialmente asintomatico per angor e dispnea.
- Riferisce discreto controllo dei valori pressori domiciliari.
- EO non patologico
- Valori pressori clinici: 138/72 mmHg (media delle 3 misurazioni).
- Si programma nuovo controllo ecocardiografico (????) e misurazione della microalbuminuria sulle urine del mattino tra circa 6 mesi.

DIAGNOSI FINALE

- Ipertensione arteriosa di grado moderato, prevalentemente sistolica (ipertensione sistolica isolata), in trattamento efficace con terapia di associazione con ace inibitori, diuretici tiazidici ,calcio-antagonisti e alfa bloccanti, in paziente anziano con pregressa abitudine tabagica, familiarità per malattie cardiovascolari e segni di danno d'organo (ipertrofia ventricolare sinistra, microalbuminuria, retinopatia ipertensiva, ispessimento miointimale).
- Ipercolesterolemia, in trattamento con atorvastatina.
- Ipertrofia prostatica benigna, in trattamento con alfa-bloccanti.
- RISCHIO CARDIOVASCOLARE ELEVATO