



IPOTENSIONE ARTERIOSA ORTOSTATICA ED IPERTENSIONE ARTERIOSA CLINOSTATICA: UNA POLTRONA IN DUE? CASO CLINICO

76° Congresso
Annuale SIC

ROMA 11-14 DICEMBRE 2015

Domenico Monizzi, Domenico Bosco*, Salvatore Oliverio, Rita Nicoletta, Giovanni Monizzi, Poliambulatorio Corso Messina, Ospedale Civile S.G.di Dio* ASP Crotone

Ipotensione Ortostatica

Classificazione:

Ipotensione Ortostatica Classica:
Riduzione della pressione arteriosa sistolica ≥ 20 mmHg durante 3 minuti di ortostatismo attivo

Ipotensione Ortostatica Iniziale:
Riduzione immediata della pressione arteriosa conseguente l'assunzione dell'ortostatismo, che si risolve entro 30 secondi con la scomparsa della sintomatologia ed il ritorno alla norma dei valori pressori

Ipotensione Ortostatica Progressiva:
Lenta e progressiva riduzione dei valori pressori in ortostatismo. I sintomi compaiono dopo alcuni minuti dall'assunzione della posizione ortostatica

Ipertensione Clinostatica

•50% dei Pz con Ipotensione Ortostatica neurogena hanno Ipertensione Clinostatica

•**Meccanismi dell'Ipertensione Clinostatica:**

- Alterazione barocettiva arteriosa
- ipersensibilità β_1 -adrenergica da denervazione
- incremento conseguente delle resistenze vascolari periferiche

•**Problematiche cliniche dell'Ipertensione Clinostatica**

- limita impiego di farmaci pressori (orario di somministr.)
- provoca danno d'organo
- induce diuresi pressoria notturna



Cause principali

- Invecchiamento
- Allettamento
- Farmaci
- Sindromi da disfunzione del Sistema Nervoso Autonomo centrale e periferico

•**con interessamento del Sistema Nervoso Centrale:**
Morbo di Parkinson, Atrofia Multisistemica (Multiple System Atrophy, MSA), tumori cerebrali (tronco encefalico, cervelletto, diencefalo)

•**con interessamento del Sistema Nervoso Periferico:**
Diabete Mellito, Alcolismo, Sindrome Uremica, Neuropatia Paraneoplastica, Amiloidosi

•**con interessamento del neurone Simpatico Post gangliare:**
Ipotensione Ortostatica Idiopatica (Pure Autonomic Failure, PAF)

Caso clinico

S.L. di anni 70 affetto da **Distruzione autonoma** (distruzione del SNV in soggetto con dispercipi e disturbo del comportamento durante il sonno REM, grave ipotensione posturale neurogena, ipertensione clinostatica, insufficienza vegetativa di origine periferica.) Cardiopatia ipertensiva vasculopatia carotidea in terapia con fludrocortisone che ha parzialmente risolto la sintomatologia. Da circa 4-5 mesi aumento delle dispercipi visive prevalentemente notturne con agitazione in sonno e movimenti degli arti pici e reiterati. In seguito a sincope viene ricoverato in Ospedale.

Il quadro clinico descritto, caratterizzato dalla presenza di una marcata ipotensione ortostatica, minzione imperiosa, incontinenza urinaria ed impotenza erigendi, è secondario allo stato di insufficienza del sistema nervoso vegetativo di tipo prevalentemente periferico, la diagnosi più probabile è quella di una "Pure Autonomic Failure". Inoltre la presenza di un disturbo del comportamento in sonno rem è un segnale di allarme per forme di cosiddetta MSA benigna con esordio puramente vegetativo.

Ipotensione Ortostatica e Ipertensione Clinostatica

Farmaci antiipertensivi privi di effetto ipotensivo in ortostatismo la sera (Ace-inibitori, Sartani, Nitroderivati transdermici da togliere il mattino prima di alzarsi dal letto) (Hypertension 1997;30:1062)

Spessori sotto le gambe del letto dalla parte della testata di 10-15 cm

Ipotensione post-prandiale: caffeina prima del pranzo; ridotto carico carboidrati

ABPM

Per il pagamento della ortostasi sono stati ottenuti i seguenti risultati: ipotensione ortostatica (120/70/50 mmHg) e ipertensione clinostatica (180/110/100 mmHg) durante il sonno REM. Inoltre, durante il sonno REM, si è osservata una marcata agitazione e movimenti degli arti pici e reiterati.

Discussione

Il paziente con ipotensione ortostatica inevitabilmente scivola in un circolo vizioso creato dalla incapacità di muoversi efficacemente e caratterizzato da diminuzione progressiva di attività fisica stanchezza, tendenza a rimanere seduto, peggioramento dell'ipertensione ortostatica, ulteriore diminuzione della capacità prestativa motoria.

Particolarmente nelle prime ore del mattino, in concomitanza e subito dopo il pasto di mezzogiorno, il paziente con ipotensione ortostatica segnala un peggioramento della sintomatologia ed un incremento nel numero delle cadute poiché in tali periodi risulta maggiore il calo pressorio non solo durante l'assunzione della posizione eretta ma anche da seduto. Da ciò deriva la necessità clinica di "privilegiare" l'aspetto dell'ipertensione ortostatica anche al prezzo di uno scarso controllo pressorio clinostatico.

La somministrazione del nitrato, rispetto all'aceinibitore, ha avuto un buon risultato sui valori pressori medi notturni pur sapendo che il paziente non dovrà cambiare posizione durante l'allettamento, nonostante la minzione eccessiva notturna, derivata dall'alta pressione nei glomeruli renali.

Conclusioni

l'ipertensione ortostatica risulta, quindi, la condizione clinica da privilegiare, anche perché la maggior parte dei soggetti affetti da tale sintomo sono di età avanzata, non autosufficienti.

Il trattamento dell'ipertensione clinostatica si rende necessario in presenza di elevati fattori di rischio cardiovascolari.

Il miglioramento clinico globale, tuttavia non risolve il problema fisiopatologico della disfunzione autonoma di tipo prevalentemente periferico spesso d'origine indeterminata.