

ISSN 2035-021X



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**60° Congresso Nazionale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Napoli, 25-28 Novembre 2015

16° Corso Infermieri

Napoli, 26-27 Novembre 2015

Dicembre 2015

Volume LXIII

Supplemento 2
al Numero 4

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database
and Scopus Elsevier Database*

Periodico trimestrale - Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953



ni è ancora incerto e, sulla base delle più recenti linee guida europee, esse dovrebbero tuttora essere considerate come indicatori sperimentali senza corrispettivi nell'attività clinica quotidiana. Cionondimeno, nelle stesse linee guida, la determinazione della VP compare tra le possibili indicazioni ad eseguire un monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa.

Poco si sa sui meccanismi fisiopatologici che sottendono la VP: nel caso della VP "a lungo termine" sembrerebbero implicate modificazioni vascolari e neuro-endocrine più durature ed in parte a mediazione infiammatoria, mentre la VP "a breve termine" sembrerebbe per lo più associata ad un alterato controllo da parte del sistema nervoso centrale.

Le evidenze attualmente disponibili in letteratura sembrano complessivamente indicare che la VP si associa ad un maggior danno d'organo e ad una maggior incidenza di eventi vascolari, in particolare a livello cerebrale. Per quanto riguarda gli anziani, i potenziali effetti fisiopatologici sfavorevoli di un elevato ambito di VP in questa fascia di età appaiono intuitivamente maggiori rispetto a quelli che possono verificarsi in soggetti più giovani. Una minor efficacia dell'autoregolazione a diversi distretti (cerebrale, renale e cardiaco) combinata con un esistente maggior danno subclinico vascolare e tissutale a questi stessi livelli creano infatti i presupposti ideali per un maggior rischio di eventi clinici cardio e cerebrovascolari. In effetti la maggior parte delle evidenze attualmente disponibili sembra suggerire che negli anziani elevati indici di VP sia nei soggetti con valori pressori usuali accettabili che in pazienti ipertesi possano comportare un significato prognostico sfavorevole per gli eventi cardio- e cerebro-vascolari e, forse, anche per la sopravvivenza. Tali dati debbono tuttavia essere valutati nell'ambito delle limitazioni sopra espresse, circa le incertezze metodologiche nella definizione della VP, l'attuale mancanza di valori di riferimento in grado di discriminare la normalità dal patologico, e l'assenza di dati che dimostrino come l'identificazione e, auspicabilmente, la correzione della VP possano tradursi in un beneficio clinico nella popolazione generale e negli anziani in particolare. Da un punto di vista meramente concettuale, ed in assenza di robuste evidenze cliniche a supporto, gli osservati effetti sfavorevoli di un'elevata VP sembrerebbero suggerire un potenziale beneficio dall'impiego di alcune categorie di farmaci antipertensivi in grado di garantire una maggior uniformità e costanza del controllo pressorio nelle 24 ore, sebbene tutte le metanalisi sinora condotte sui trial randomizzati farmacologici abbiano costantemente dimostrato come il principale driver del beneficio clinico sia l'entità dell'effetto antipertensivo, indipendentemente dalla classe di farmaci utilizzata. In conclusione, è possibile sintetizzare prudentemente alcuni aspetti concernenti le implicazioni attuali della VP nella pratica clinica quotidiana con gli anziani. Sulla base di analisi post-hoc di trials randomizzati e di studi osservazionali prospettici, elevati margini di VP sembrano associati ad una maggior prevalenza/severità di danno d'organo e ad una maggior incidenza di eventi cardio e cerebrovascolari. La VP appare come un indice potenzialmente in grado di fornire utili informazioni prognostiche non solo per i pazienti ipertesi ma anche tra i soggetti con valori pressori usuali accettabili. Mancano al momento robuste evidenze cliniche circa l'utilità clinica effettiva dell'identificazione e della valutazione della VP nell'attività clinica

quotidiana e, soprattutto, quale sia l'approccio terapeutico più efficace, sebbene l'impiego di farmaci in grado di ridurre le oscillazioni pressorie e garantire un miglior controllo della pressione nelle 24 ore appaia certamente un approccio clinicamente razionale.

Letture

INVECCHIAMENTO E SESSUALITÀ

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università degli Studi di Palermo

La sessualità è una dimensione che riguarda la salute dell'uomo in tutte le età della vita ed ha risvolti di natura non solo biologica e psicologica, ma anche sociale e culturale. È tuttavia ancora comune considerare l'anziano come un "asessuato", o come una persona "non avente diritto" a sentire stimoli sessuali, ad esercitare il sesso e molto meno a esprimere o a manifestare desideri sessuali, sino a considerare perversi o insolenti gli anziani che mostrino tali interessi anche soltanto platonici. La sessualità dell'anziano è condizionata ancora da prevenzioni, pregiudizi e da una visione stereotipata della vecchiaia, nonostante diversi studi e inchieste hanno dimostrato che gli anziani, di entrambi i sessi, possiedono potenzialità sessuali da esprimere. Per le donne, l'esperienza della sessualità in tarda età è fondamentalmente plasmata dai cambiamenti fisiologici e psicologici che si verificano con la menopausa. Queste modificazioni includono un calo della libido, della risposta sessuale, alterato livello di comfort e della frequenza sessuale. Con l'invecchiamento, negli uomini si verifica un declino nella produzione di testosterone che alcune volte si associa ad un calo nel desiderio sessuale, nell'erezione e nella frequenza delle eiaculazioni. Nelle inchieste di popolazione, la maggior parte degli uomini e delle donne over 60 hanno riferito di avere rapporti sessuali almeno una volta al mese. Il fattore predittivo più influente della attività sessuale sembra essere la salute fisica negli uomini più anziani, e la qualità della relazione nelle donne anziane. I fattori che possono contribuire alla disfunzione sessuale negli anziani sono gli effetti fisici delle malattie, l'uso di farmaci, disturbi psichiatrici concomitanti e fattori di stress psicosociali comprese le perdite di partner e difficoltà nei rapporti interpersonali. I disturbi sessuali più frequenti negli uomini anziani sono la disfunzione erettile e la eiaculazione ritardata. I disturbi più frequentemente osservati nelle donne anziane includono un ridotto interesse sessuale, disturbi dell'eccitazione, disturbi dell'orgasmo femminile, dolore genito-pelvico e disturbi alla penetrazione. Un'attenta indagine dello status sessuale può identificare la presenza e il grado di severità delle problematiche della funzione sessuale nelle fasi del ciclo di risposta sessuale. L'esame esplora il funzionamento sessuale usuale della persona, le esperienze sessuali precedenti, l'atteggiamento nei confronti della sessualità, e lo stato di ogni rapporto attuale. La gestione della disfunzione sessuale nelle persone anziane deve includere la rassicurazione, l'educazione, la terapia sessuale e/o, in casi specifici, i farmaci. I pazienti dovrebbero essere istruiti sul normale processo d'invecchiamento e sugli interventi disponibili per cause trattabili di disfunzione sessuale. Gli interventi per i disturbi specifici non differiscono in modo significativo dalle modalità eseguite nei giovani

adulti, ma può essere necessario tener conto di alcuni fattori specifici per il paziente anziano, ad esempio, il dolore, il disagio, problemi di relazione sottostanti e condizioni mediche croniche.

Simposio

LA STENOSI AORTICA: UNA NUOVA SINDROME GERIATRICA

MODERATORI: DARIO LEOSCO (NAPOLI) - MAURO ZAMBONI (VERONA)

LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO E LA RIVOLUZIONE NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO

A. Boccanelli

Casa di Cura Quisisana, Roma

La stenosi aortica è la malattia valvolare più frequente nei Paesi occidentali con una prevalenza in rapida crescita per l'invecchiamento della popolazione. La prevalenza nella popolazione con età superiore ai 75 anni è di circa il 3%, la sopravvivenza mediana dall'insorgenza dei sintomi è di circa 2-3 anni.

La sostituzione della valvola aortica con una protesi biologica o meccanica ne è il trattamento di elezione. L'intervento migliora la qualità di vita e aumenta la sopravvivenza. La mortalità operatoria è nei casi elettivi intorno al 2-3%, ma anche negli ultraottantenni si ottengono apprezzabili risultati con statistiche di mortalità inferiore al 10% e morbosità fra il 5 e il 10%.

Le Linee Guida europee e americane, per classificare una stenosi aortica come severa in presenza di normale portata cardiaca e con frazione di eiezione ventricolare sinistra conservata suggeriscono un cut-off di area valvolare di 1 cm², o, indicizzato per la superficie corporea, pari a 0.6 cm²/m², un gradiente medio di pressione transvalvolare > 40 mmHg e una velocità di picco > 4m/sec. (corrispondente ad un gradiente di picco di 64 mmHg). Non è chiaro nelle Linee Guida se questi criteri siano reciprocamente inclusivi o esclusivi, ma è chiaramente espresso che "Quando la stenosi è severa e la gittata cardiaca è normale, il gradiente medio di pressione transvalvolare è generalmente superiore a 40 mmHg". Pertanto, quando la funzione ventricolare sinistra è normale, ci si attende, nei pazienti con stenosi aortica severa, di osservare un gradiente elevato in coerenza con quanto suggerito dalle Linee Guida. Ciononostante, diverse recenti segnalazioni hanno posto in evidenza che esiste un considerevole numero di pazienti con funzione ventricolare sinistra apparentemente conservata in cui l'entità della stenosi aortica può essere definita severa se valutata in base all'area dell'orificio valvolare (<1.0 cm² o 0.6 cm²/m²), ma moderata o anche lieve in base al gradiente transvalvolare medio (gradiente sistolico medio <40 mmHg). Pertanto, le ultime Linee Guida europee avvertono "*the possible presence of severe aortic stenosis in patients with valve area <1.0 cm² and mean gradient <40 mmHg, despite preserved LVEF, has been suggested...*". La stenosi aortica severa nonostante un gradiente <40mmHg è stata definita come "paradosa". Poiché nella pratica clinica corrente sia l'area dell'orificio valvolare che il gradiente sono derivati dall'ecocardiografia e in particolare il calcolo dell'area valvolare mediante l'equazione di continuità può essere influenzato da

errori di misurazione, frequentemente la stenosi "paradosa" è stata attribuita, almeno in parte, ad errori di misurazione ecocardiografica. In realtà, è una non infrequente osservazione che molti pazienti con stenosi aortica valvolare (SAV) severa in base all'area valvolare aortica (AVA) calcolata hanno gradienti transvalvolari inequivocabilmente bassi (anche <30 mmHg) pur in presenza di una funzione sistolica preservata (FE >50%).

Caratteristiche distintive dei pazienti con basso flusso paradosso

I pazienti con basso flusso paradosso (BFP) con SAV severa nonostante FE preservata si definiscono come coloro che hanno una AVA indicizzata <0.6 cm²/m², una FE >50%, e un indice di gittata sistolica SVi <35 mL/m². L'uso dell'AVA indicizzata per la superficie corporea consente di superare i possibili errori di interpretazione di situazioni "paradosse" particolarmente nei soggetti di bassa superficie corporea. In questi ultimi un gradiente basso anche in presenza di un indice cardiaco normale potrebbe erroneamente essere classificato come BFP con SAV severa, mentre quest'ultima, con la indicizzazione, risulterebbe lieve-moderata. I pazienti con BFP hanno gradienti molto più bassi di quelli con flusso normale

Altre caratteristiche distintive dei pazienti con BFP sono:

1. Un livello di sovraccarico emodinamico globale del ventricolo sinistro più elevato, come dimostrato dalla maggiore impedenza ventricolo-arteriosa (Z_{va});
2. Ventricoli più piccoli e relativamente più spessi;
3. Livelli inferiori di midwall shortening dovuti a più marcata disfunzione intrinseca del miocardio ventricolare;
4. Una tendenza ad una FE minore anche se nel range normale.

In generale, tutti questi reperti stanno ad indicare un sovraccarico emodinamico maggiore e probabilmente di più lunga durata, con conseguente maggior rimodellamento concentrico, una cavità ventricolare più piccola e una riduzione intrinseca della contrattilità miocardica.

Nel complesso, questi pazienti hanno una prognosi peggiore rispetto a quelli con flusso normale, a maggior ragione se si opta per il trattamento medico piuttosto che chirurgico. Ciononostante spesso questi pazienti non vengono avviati a cardiocirurgia, poiché la condizione può essere sottovalutata a causa del basso gradiente con inerente sottostima dei sintomi.

Fisiopatologia della stenosi aortica a basso flusso paradosso in presenza di normale FE

Il rimodellamento concentrico più marcato e la cavità ventricolare più piccola che si trovano nei pazienti con BFP tendono a comportare una fisiopatologia restrittiva. La riduzione della gittata sistolica è legata in primo luogo al difettoso riempimento del ventricolo sinistro dovuto alla cavità più piccola piuttosto che ad un ridotto svuotamento. A questo si può associare un deficit di contrattilità con riduzione contenuta della FE, che pure rientra nei limiti della norma. Altri pazienti con SAV severa e rimodellamento concentrico spesso tendono ad avere FE più alta della media per compensare l'insufficiente riempimento ventricolare. Questo sta a significare che una FE normale non può essere considerata equivalente ad una gittata normale e che la FE può rimanere normale nonostante riduzione dell'accorciamento intrinseco miocardico. Questo significa anche che la valutazione