



Società Italiana per l'Ipertensione Arteriosa
Lega Italiana contro l'Ipertensione Arteriosa

CONGRESSO INTERREGIONALE SIIA

PIEMONTE - LIGURIA - VALLE D'AOSTA

Aula Magna Dogliotti - Presidio Molinette

TORINO

10 OTTOBRE 2020

COMITATO SCIENTIFICO

Aldo Pende (Genova)

Claudio Pascale (Torino)

Antonio Ferrero (Torino)

Franco Rabbia (Torino)

Ipertensione arteriosa e Rene Policistico Autosomico Dominante

Daria Motta

SC Nefrologia e Dialisi 3

ASL Città di Torino

Ospedale Martini

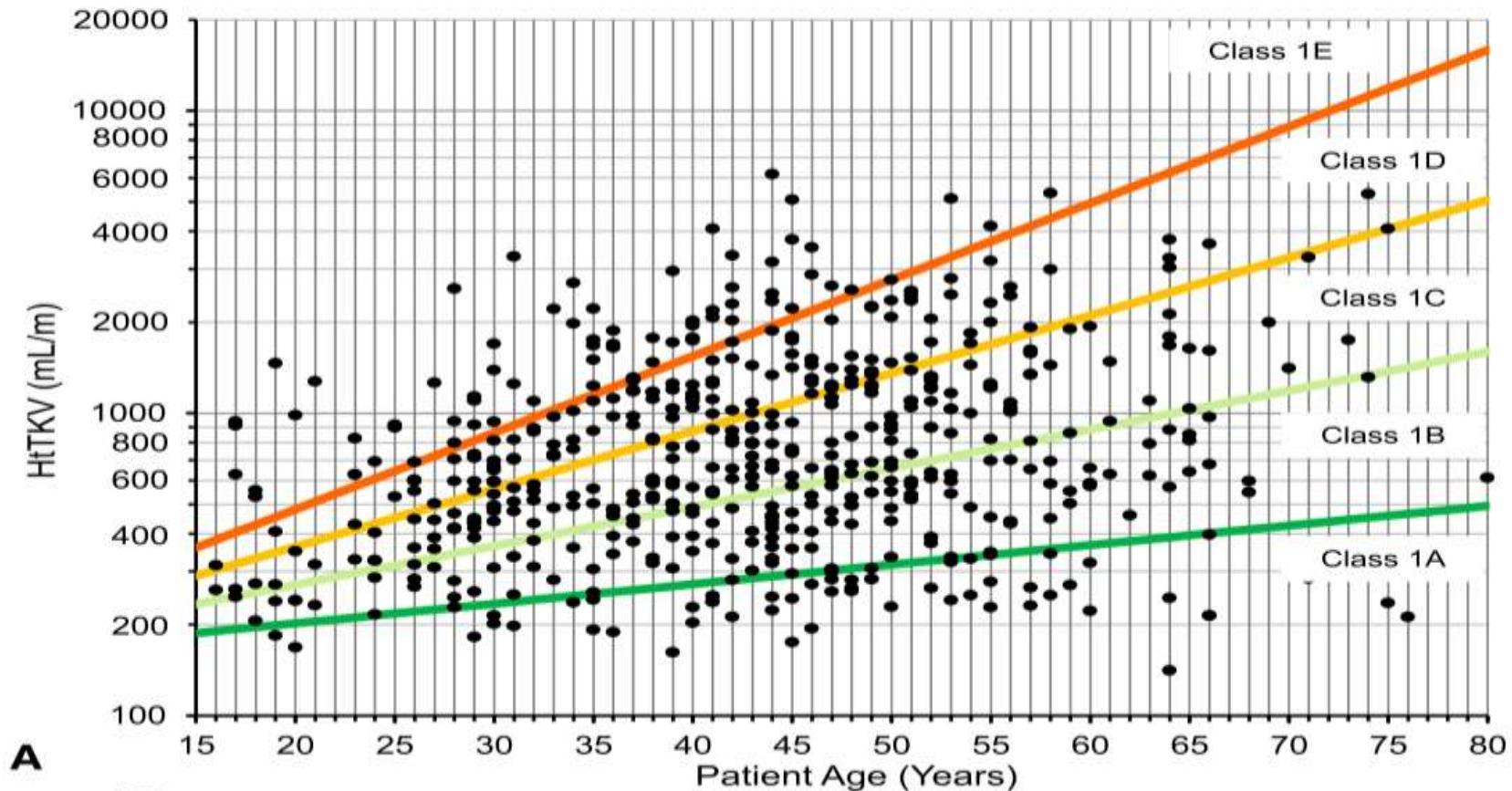
Caso clinico

- F, 49 anni, affetta da ADPKD con anamnesi familiare positiva (no dato genetica)
- Voluminose cisti epatiche → dispepsia; aneurisma intracranico
- TKV 1355 ml (RM addome); rene dx 19.5 cm, rene sx 21.1 cm
- Dato delta eGFR negli ultimi 5 anni: 13 ml/min (2,6 ml/min/anno)

Classificazione Mayo Clinic in base al volume renale

BASIC RESEARCH

www.jasn.org



Caso clinico

- 30/10/2017: PA 142/92 mmHg. avvia Candesartan 8 mg

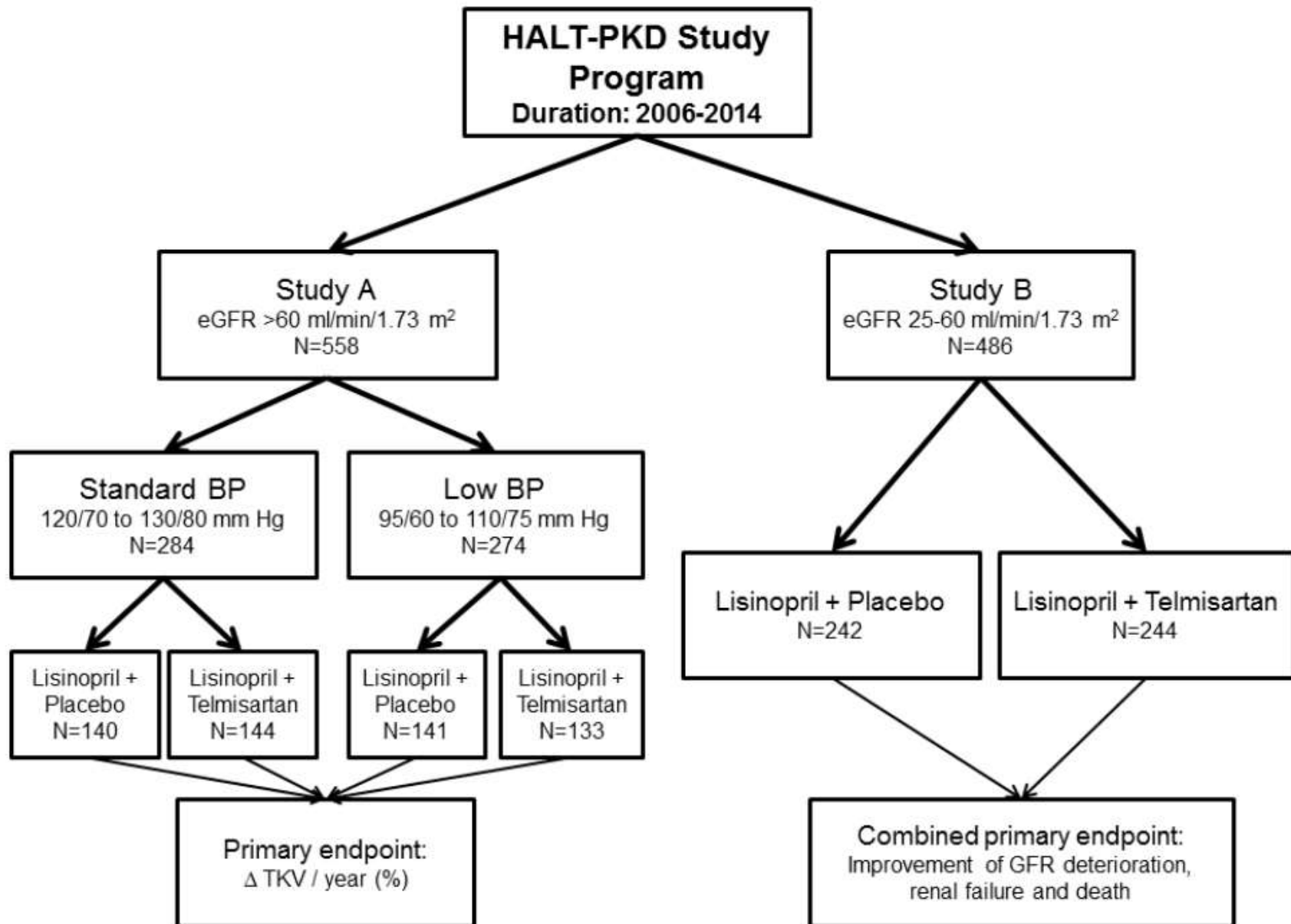
Esegue ABPM: valori diastolici incostantemente elevati e dipping notturno ridotto.

Si consiglia di incrementare a 16 mg la posologia del candesartan.

- 12/2017: visita nefrologica. Crs 0.9 mg/dl, eGFR 74 ml/min, PA 130/80 mmHg

Controllo adeguato?

Lo studio HALT-PKD



Trattamento intensivo vs trattamento standard dell'ipertensione arteriosa nell'ADPKD: effetti sul volume renale e il filtrato glomerulare in base alla severità della malattia

All patients (n = 553)		Low (1A, 2A) (n = 64)		Intermediate (1B, 1C) (n = 300)		High (1D, 1E) (n = 187)		
Log-transformed TKV slope (%/year)								
Group	Std	Low	Std (n = 33)	Low (n = 31)	Std (n = 142)	Low (n = 158)	Std (n = 105)	Low (n = 82)
Slope	6.58	5.62	4.61	4.20	6.20	5.47	7.80	6.44
Diff (95% CI)	-0.90 (-1.53, -0.26)		-0.39 (-2.04, 1.29)		-0.68 (-1.51, 0.15)		-1.26 (-2.40, -0.10)	
P-value	0.006		0.645		0.108		0.034	
eGFR slope, overall (F0-F96) (mL/min/1.73 m ² /year)								
Group	Std	Low	Std	Low	Std	Low	Std	Low
Slope	-2.99	-2.85	-1.16	-1.20	-2.47	-2.84	-4.37	-3.57
Diff (95% CI)	0.13 (-0.30, 0.57)		-0.04 (-1.01, 0.93)		-0.37 (-0.88, 0.13)		0.80 (-0.01, 1.61)	
P-value	0.547		0.940		0.145		0.032	
eGFR slope, chronic (F5-F96) (mL/min/1.73 m ² /year)								
Group	Std	Low	Std	Low	Std	Low	Std	Low
Slope	-3.12	-2.67	-1.40	-0.97	-2.63	-2.67	-4.45	-3.36
Diff (95% CI)	0.45 (0.00, 0.90)		0.43 (-0.60, 1.46)		-0.04 (-0.56, 0.48)		1.09 (0.25, 1.92)	
P-value	0.048		0.412		0.878		0.011 ^a	

Diff, difference; CI, confidence interval; Std, standard.

^aSignificant after controlling for 5% false discovery rate (FDR) using Benjamini-Hochberg step-up procedure.

Trattamento dell'ipertensione arteriosa nella nefropatia policistica: sommario delle raccomandazioni

- Trattamento intensivo (obiettivo PA $\leq 110/75$ mmHg) nei seguenti casi:
 - Età 18-50 anni
 - eGFR >60 ml/min/1,73m²
 - Malattia rapidamente evolutiva (Classe Mayo Clinic 1D-1E)
 - Presenza di aneurismi intracranici
 - Presenza di cardiopatia valvolare
- Negli altri casi l'obiettivo pressorio è $\leq 130/85$ mmHg

Trattamento dell'ipertensione arteriosa nella nefropatia policistica: terapia farmacologica

- Il trattamento di scelta è con ACE-inibitori o antagonisti dell'angiotensina (sartani)
- Se necessario possono essere associati, in questo ordine:
 - α/β bloccanti, oppure α_1 -bloccanti o β bloccanti
 - Calcio antagonisti diidropiridinici
 - diuretici

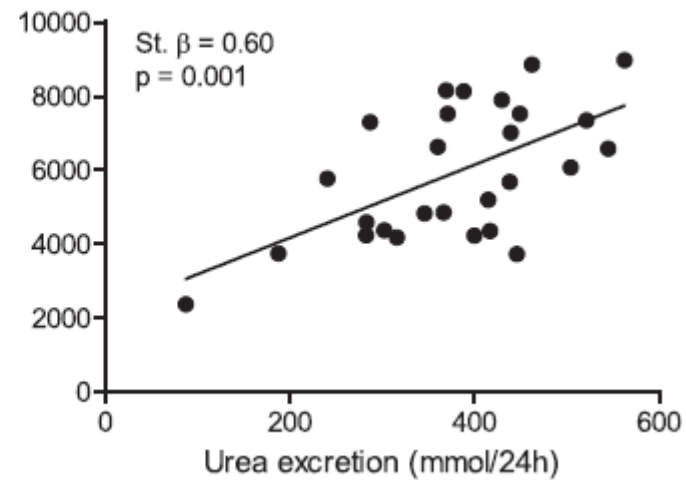
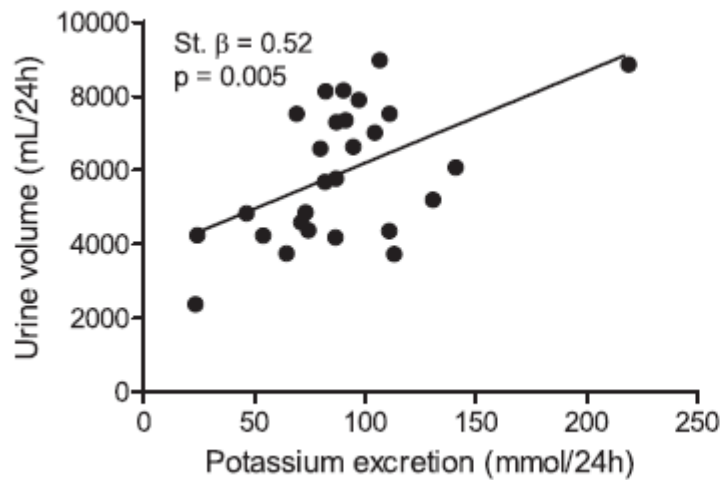
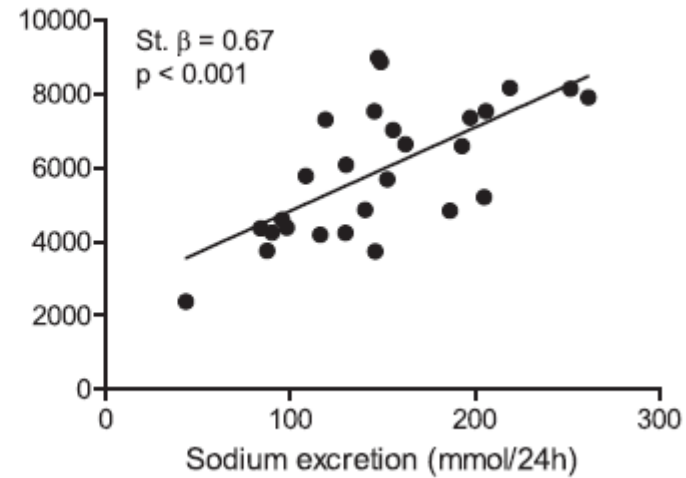
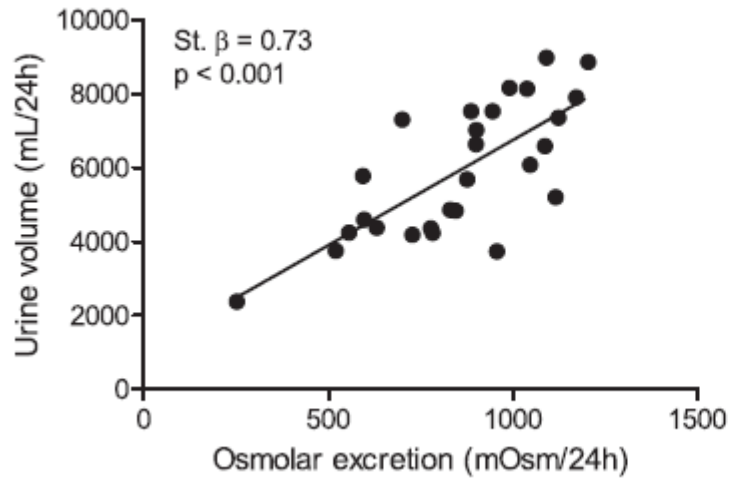
Trattamento ottimizzato di base del paziente con ADPKD: sommario delle azioni principali

- Riconcontro precoce dell'ipertensione arteriosa e adeguato controllo dei valori pressori.
- Apporto idrico abbondante e costante nelle 24 h
- **Apporto alimentare di sodio e proteine controllato**
- Mantenimento di un peso corporeo adeguato anche mediante controllo dell'apporto calorico ed esercizio fisico
- Correzione della dislipidemia, dell'acidosi e dell'iperforforemia.

Alimentazione: Apporto sodico

- Gli effetti dell'apporto sodico sulla progressione dell'ADPKD non sono stati studiati in maniera formale.
- Tuttavia nello studio HALT è emersa una associazione tra apporto sodico sia con la crescita del volume renale totale sia con il decremento della funzione renale.
- Si suggerisce quindi ai pazienti (analogamente a quanto viene raccomandato alla popolazione generale) una moderata restrizione dell'apporto sodico, pari a 2,3-3 g/di sodio (equivalenti a 5,75-7,5 g di NaCl).
- La verifica dell'aderenza alle prescrizioni richiede il dosaggio della sodiuria delle 24 h (**obiettivo circa 100 mmol/24h.**).

Determinants of Urine Volume in ADPKD Patients Using the Vasopressin V2 Receptor Antagonist Tolvaptan



Caso clinico

Attualmente:

- PA 117/70 mmHg
- Sodiuria 116-123 mmol/24 h
- Volume urinario: 5000 ml/die
- Terapia in atto: blopress 16 mg, Jinarc 90+30 mg, PPI

Conclusioni

- E' finita l'era del nichilismo nei confronti della terapia dell'ADPKD.
- E' importante stadiare il paziente nei confronti dell'evolutiveità per candidarlo a terapia in grado di modificare gli esiti clinici.
- L'ipertensione arteriosa è una delle modalità di esordio clinico della malattia
- Il controllo intensivo della pressione arteriosa, nei pazienti in cui è indicato e che lo tollerano, può contribuire a rallentare la progressione del danno renale.

Grazie per l'attenzione!