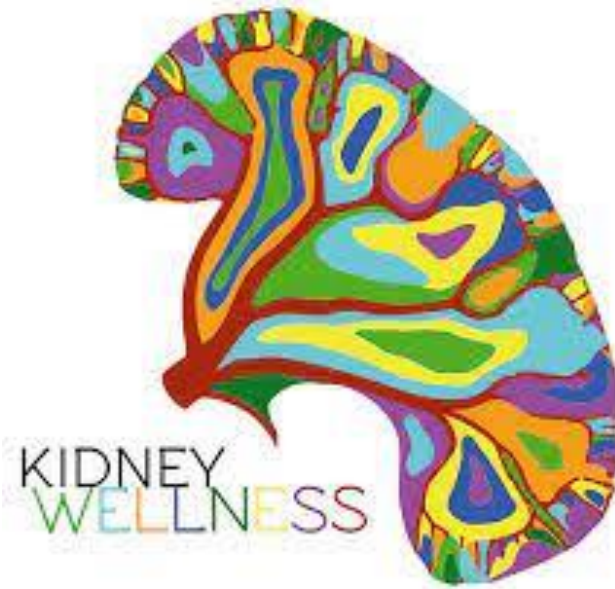


IPERTENSIONE DI DIFFICILE CONTROLLO E NEFROPATIA POLICISTICA



Carlo Massara
SSD Nefrologia
AOU San Luigi Gonzaga

- CT, donna di 36 anni di origine moldava
- Familiarità per nefropatia policistica nel ramo materno
- Familiarità per ipertensione arteriosa nel ramo paterno
- Nel 2022 analisi genetica: delezione sul gene PKD1
- Non fumatrice, astemia, casalinga

- Nel 2010 (24 anni) primo riscontro di ipertensione e avvio della terapia
- Nel 2013 e nel 2017 due gravidanze complicate da ipertensione cronica, non da PE, condotte a termine
- Nel 2018 diagnosi ecografica di nefropatia policistica
- Nel gennaio 2020 creatinina 0,85 mg/dl; esame urine n.n.

Prima visita nefrologica: settembre 2020

- Nel 2018 avvio di terapia con ramipril e nifedipina poi sospesi per «effetti collaterali» (prostrazione in assenza di ipotensione).
- Peso 65 kg Altezza 170 cm
- P.A. ortostatica: 168/118 mmHg, F.C. ortostatica: 89 bpm
- P.A. seduta: 145/102 mmHg, F.C. da seduto: 79 bpm

Prima visita nefrologica: settembre 2020

- sta utilizzando un dosaggio sovramassimale di nebivololo (10 mg/die) ben tollerato ma non efficace. Torna a 5 mg/die di nebivololo associando losartan, 25 mg per 15 giorni poi 50.
- 15/10/2020: Benessere, valori pressori automisurati migliori ma non ancora ottimali. Aumenta losartan a 100 mg/die

- Esami del 25/3/21:
 - creatinina 0,9 mg/dl;
 - potassio 3,9 mM/L;
 - Hb 14,1 g/dl.
- In data 4/5/2021 (in corso di terapia con nebivololo e losartan) aldosterone 394 pg/ml; reninemia 41 mU/l.
- Metanefrine e normetanefrine urinarie ampiamente nei limiti della norma.

Visita del 19 maggio 2021

- Si presenta riferendo di aver effettuato nei giorni scorsi, in seguito ad un ritardo nel ciclo, un test di gravidanza con esito positivo.
- La signora intende proseguire la gravidanza. Considerato che la funzionalità renale è nei limiti della norma a mio avviso non vi sono significative ricadute negative sulla progressione della nefropatia a patto che il decorso sia rigorosamente sorvegliato, in particolare in relazione al controllo pressorio

Visita del 19 maggio 2021

- E' necessario sospendere immediatamente il losartan
- P.A. da seduto: 149/110 mmHg, F.C. da seduto: 94 bpm
- valori pressori decisamente elevati. Nonostante il nebivololo a pieno dosaggio la frequenza cardiaca è elevata. Proverei ad usare una associazione di atenololo, alfa-metildopa e nifedipina iniziando con un dosaggio medio di quest'ultima.
- Si contattano i Colleghi dell'ospedale S. Anna per una presa in carico.
- Si programma tra 10-15 giorni un monitoraggio dinamico della PA

ABPM del 8/6/2021

Media 24H 131,6 / 85,7 mmHg

Calo notturno della PAS: 6%

MONITORAGGIO DINAMICO NON INVASIVO DELLA PRESSIONE ARTERIALE

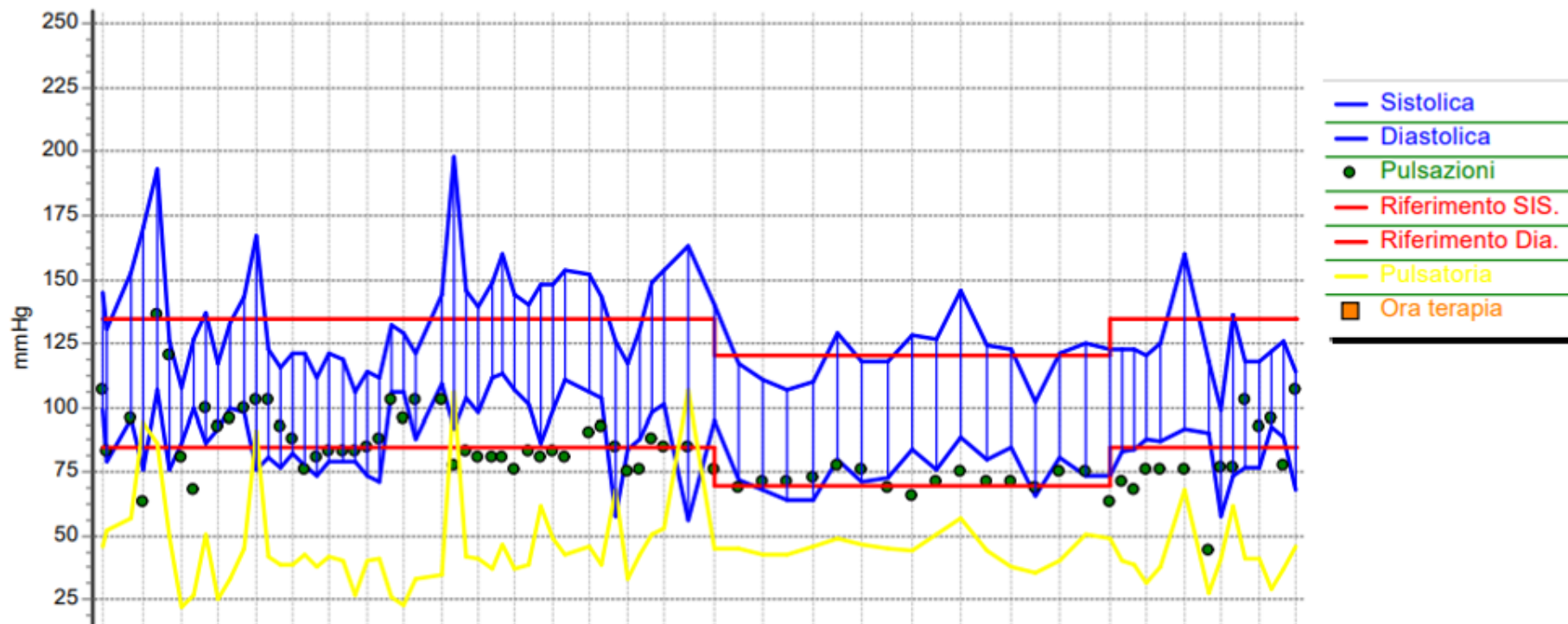
Paziente: T

Data di nascita: 24/02/1986 Sesso: F Età: 35

Esame refertato da: Amministratore

Monitoraggio del: 08/06/2021 Tipo: misure oscillometriche Ora sveglia: 7 Ora riposo: 23 N° misure: 75 Strumento: TM2430

DATI SULLE 24/48 ORE



Visita del 8 aprile 2022 H San Luigi

- controllo a tre mesi dal termine della gravidanza, riferita come regolare, conclusasi alla 37° settimana con induzione del parto per ipertensione.
- Frequente cefalea, già presente prima della gravidanza ma peggiorata.
- Funzionalità renale lievemente peggiorata: creatinina 1,17 mg/dl
- Controllo pressorio inadeguato con PAS 140-145 mmHg, PAD oltre 100 mmHg. Spiccata tachicardia nonostante l'utilizzo del beta bloccante. Stava ancora utilizzando lo schema terapeutico con Aldomet, nifedipina e metoprololo.
- Si reinseriva il sartano sospendendo alfametildopa.
- Indicazione ad eventuale aggiunta di clonidina TTS

- Monitoraggio dinamico della PA del 19/5/2022:
- media delle 24 ore elevata (137,8/96,8 mmHg) con apparente scarsa evidenza del ritmo circadiano (ma con alcuni valori bassi diurni prob. artefattuali che riducono la media diurna).
- Il 23/5/2022 **creatinina 1,33** mg/dl; potassio 4,4 mmol/l; Hb 14,4 g/dl; colesterolo 189/67 mg/dl; uricemia 4,2 mg/dl; **sodiuria 100 mmol/24 ore**; azoturia 23 g/24 ore; fosfaturia 862 mg/24 ore; **proteinuria 0,37 g/24 ore**
- ETG addome 23/5/2022: reni policistici di dimensioni nettamente incrementate; fegato policistico

Visita del 13 ottobre 2022 H San Luigi

- Il 29/9/2022 creatinina 1,25 mg/dl
- PAOD 142/100 mmHg FC 68 bpm R Peso 68 kg
- Riferisce il significativo miglioramento del controllo pressorio dopo l'aggiunta della clonidina transdermica, per cui sta utilizzando il losartan in modo discontinuo. Consiglio di ridurre il dosaggio ma di assumerlo tutti i giorni.
- Clonidina TTS2 un cerotto/settimana
- Losartan 50 mg 1 cp/die
- Nifedipina GITS 30 mg 1 cp ogni 12 ore

I diuretici sono controindicati in APKD?

Nephrol Dial Transplant (2021) 36: 1828–1836

doi: 10.1093/ndt/gfaa150

Advance Access publication 5 November 2020

Thiazide diuretics and the rate of disease progression in autosomal dominant polycystic kidney disease: an observational study

Bart J. Kramers¹, Iris W. Koorevaar¹, Rudolf De Boer², Ewout J. Hoorn ³, Michelle J. Pena⁴, Ron T. Gansevoort¹ and Esther Meijer¹ on behalf of the DIPAK Consortium

¹Departments of Nephrology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands, ²Cardiology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands, ³Division of Nephrology and Transplantation, Department of Internal Medicine, Erasmus Medical Center, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands and

⁴Department of Clinical Pharmacy and Pharmacology, University Medical Center Groningen, University Hospital Groningen, Groningen, The Netherlands

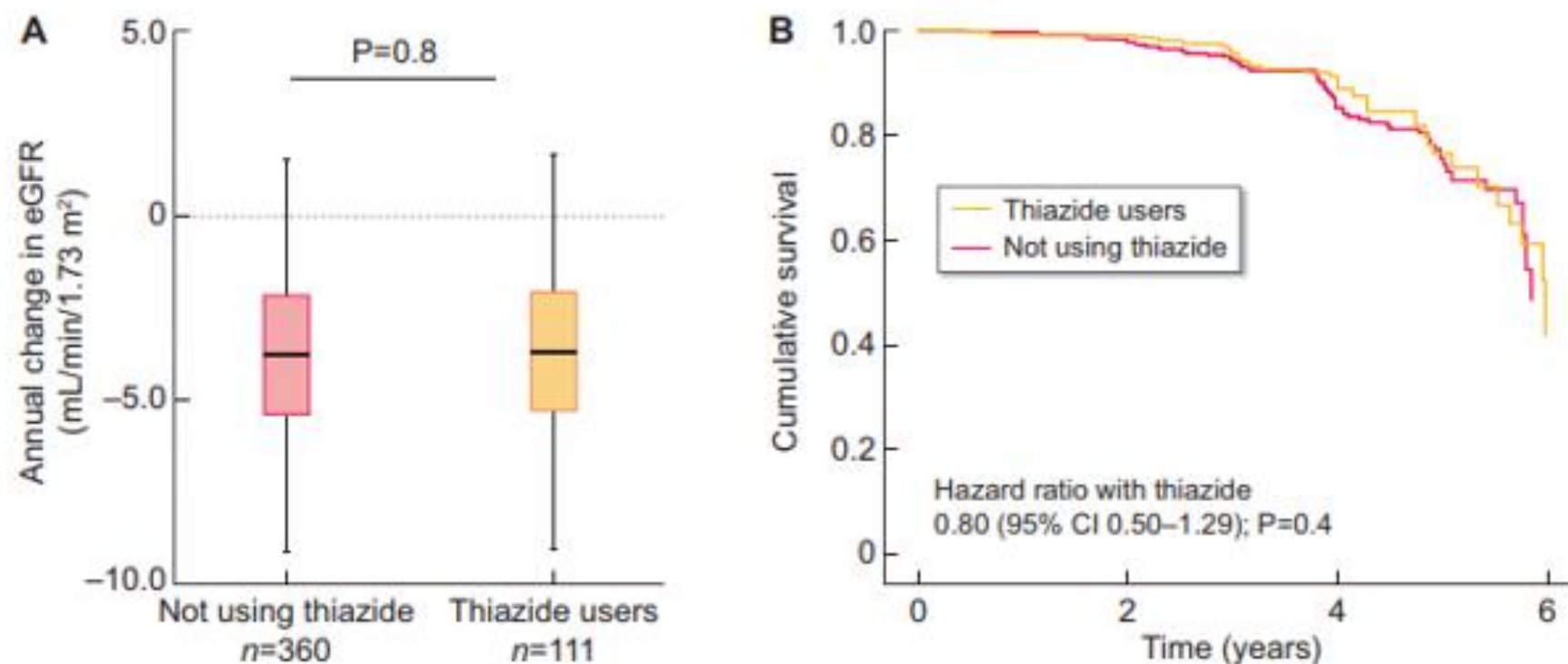


FIGURE 2: Association of the use of thiazide diuretics and eGFR decline and the composite kidney endpoint. (A) The predicted annual eGFR decline. The boxplot shows predicted mean and 25th and 75th percentiles, lower and upper limit error bars show predicted 2.5th and 97.5th percentiles as derived from the adjusted mixed model analyses (Model 5 of the primary analysis, adjusted for use of other antihypertensives, age, sex, BMI, systolic blood pressure, DNA mutation, baseline eGFR, htTKV and albuminuria). (B) The cumulative survival of thiazide users ($n = 111$) and participants not using thiazides ($n = 360$) in the Cox proportional hazards model at the mean of the covariates of the final model (age, sex, BMI, systolic blood pressure, number of antihypertensives used, baseline eGFR, htTKV, albuminuria and DNA mutation).

Take home messages

- APKD non è una malattia rara: prevalenza di circa 1/1000
- Non infrequenti le forme con familiarità negativa
- L'ipertensione può precedere di molti anni la diagnosi renale
- L'ipertensione è un importante fattore di progressione verso IRC
- I farmaci attivi sul SRAA sono considerati di prima scelta
- La gravidanza può avere un effetto negativo sulla progressione anche con valori di funzione renale ancora nei limiti o quasi
- Importanza di un counseling adeguato

Grazie per l'attenzione

