

Iperensione arteriosa e sindrome metabolica

G. Masotti

La sindrome metabolica è un fattore di rischio di notevole importanza in geriatria. Dal punto di vista storico, chiamata all'inizio sindrome plurimetabolica o sindrome X, fu proposta da un allora giovanissimo Prof. Crepaldi nel 1965. Si arriva al 1988 per un ulteriore passo avanti con la sindrome da insulino-resistenza. La prima definizione dell'OMS si basa su criteri molto precisi: difettosa tolleranza al glucosio o diabete di tipo II, con insulino resistenza dimostrata attraverso la metodica del clamp euglicemico iperinsulinemico.

La sindrome metabolica è un fattore di rischio di notevole importanza in geriatria. Dal punto di vista storico, chiamata all'inizio sindrome plurimetabolica o sindrome X, fu proposta da un allora giovanissimo Prof. Crepaldi nel 1965. Si arriva al 1988 per un ulteriore passo avanti con la sindrome da insulino-resistenza. La prima definizione dell'OMS si basa su criteri molto precisi: difettosa tolleranza al glucosio o diabete di tipo II, con insulino resistenza dimostrata attraverso la metodica del clamp euglicemico iperinsulinemico. La definizione poteva poggiare su una delle condizioni sopraesposte o su due o più delle seguenti: ipertensione, elevati livelli di trigliceridi o di bassi valori di HDL colesterolo, obesità di tipo centrale misurata con l'indice fianchi vita, microalbuminuria. Più recentemente abbiamo la definizione del "National Cholesterol Education Program" più semplice e di più facile impiego. Secondo questi criteri devono essere soddisfatte almeno 3 delle seguenti condizioni: glicemia a digiuno > 110 mg/dl, pressione arteriosa > 130/85 mmHg, circonferenza della vita > 88 cm nella donna e < 102 nell'uomo, trigliceridi < 150 mg/dl, colesterolo HDL < 50 mg/dl nella donna e 40 mg/dl nell'uomo. La sindrome plurimetabolica costituisce a tutti gli effetti un fattore di rischio indipendente per eventi cardiovascolari: pur depurato dei singoli fattori aumenta del 30% il rischio per tali eventi (studio WOSCOPS). In uno studio recente è stato studiato il muscolo scheletrico valutandone il contenuto di lipidi attraverso la spettrometria in RMN. È stato dimostrato che i lipidi intracellulari della miocellula sono correlati col grasso corporeo. Questo porta a considerare che la sarcopenia trovi, nell'ambito di questa sindrome, un ruolo importante. I lipidi intracellulari sono inoltre correlati negativamente con la VO₂max. In questo lavoro scientifico i lipidi intracellulari sono correlati, nei soggetti che effettuano una ridotta attività fisica, con la ridotta sensibilità insulinica. Il ruolo dell'esercizio fisico è pertanto un fattore importante nel prospettare le modalità di trattamento. Lo studio ICARe Dicomano mostra dati di prevalenza di sindrome metabolica che vanno decrescendo negli 85enni, soprattutto negli uomini; nelle donne invece si mantengono stabili. Nonostante la sindrome metabolica abbia nei soggetti più anziani una prevalenza minore rispetto alle decadi precedenti, la prevalenza dell'ipertensione è elevatissima, fino ad arrivare a punte del 100% nei soggetti con sindrome metabolica. Sicuramente l'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio, nell'ambito della sindrome metabolica, di elevata importanza. Con la riduzione del peso corporeo si ottiene un miglioramento della funzione endoteliale misurata all'avambraccio con la somministrazione di acetilcolina. Vi è inoltre un miglioramento della sensibilità insulinica. Da qui deriva un'indicazione assoluta dell'esercizio fisico come rimedio a questa sindrome. Il grado di adesione a questo suggerimento spesso raccomandato non è purtroppo altissimo. Nell'ambito di un'esperienza pilota è stata prescritta l'attività fisica favorendo degli incontri multidisciplinari in cui il geriatra era affiancato dal dietista, dall'infermiere e dal fisioterapista. Gli incontri erano per gruppi di 20 persone, a cadenza settimanale, con follow-up a tre e a sei mesi. Questa esperienza ha dimostrato come il controllo della pressione arteriosa sia scattato dall'11%, all'inizio del trattamento, al 45%. L'aderenza al programma di attività fisica a 6 mesi è stata dell'85%. Questa può essere un'indicazione interessante che dimostra come i nostri consigli possono arrivare ad un target preciso se accompagnati ad un programma di coinvolgimento. Passando al trattamento farmacologico è importante ricordare che i diuretici possono peggiorare la tolleranza al glucosio e la sensibilità insulinica; altrettanto fanno i beta-bloccanti, mentre gli ace-inibitori possono migliorare la tolleranza al glucosio. Gli ace-inibitori trovano in questa particolare sindrome una indicazione prioritaria. I recettori PPAR-gamma sono attivati selettivamente da telmisartan, questi recettori sono interessati nell'espressione di diversi geni e possono essere coinvolti nella differenziazione adipocitaria, nella modulazione del glucosio e del metabolismo lipidico. Il telmisartan potrebbe agire positivamente su questa sindrome se questi dati sperimentali venissero confermati.