

IL TRATTAMENTO DELLE ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Il paziente anziano è particolarmente predisposto alle alterazioni idroelettrolitiche.
- Le cause sono diverse, secondarie a modificazioni fisiologiche, a patologie intercorrenti, all'assunzione di farmaci.
- La disidratazione, l'iperidratazione, l'iponatriemia, l'ipernatriemia, l'ipopotassiemia, l'iperpotassiemia sono le sindromi più frequenti.
- La terapia più efficace è la prevenzione e l'intervento precoce.
- La correzione degli squilibri idroelettrolitici va attuata con grande meticolosità, perché se praticata troppo lentamente o troppo rapidamente può determinare complicanze molto gravi, fino al decesso del paziente.

LA TERAPIA DELLE ARITMIE IPERCINETICHE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Le aritmie ipercinetiche nell'anziano, al di là degli aspetti elettrocardiografici, vanno valutate e gestite in termini clinici: quelle sopraventricolari essendo correlate a scompenso cardiaco e tromboembolia sistemica, quelle ventricolari alla cardiopatia ischemica e alla morte improvvisa ed entrambe alla sincope.
- La valutazione delle aritmie deve comprendere tutti i fattori predisponenti e scatenanti cardiaci e extracardiaci del paziente geriatrico.
- La terapia farmacologica antiaritmica è spesso problematica per un rapporto rischio/beneficio spesso non ottimale (sia per la tollerabilità emodinamica che per gli effetti proaritmici).
- Le aritmie sopraventricolari nell'anziano, oltre la FA, comprendono il flutter atriale e le tachicardie parossistiche: in casi selezionati è indicata la terapia elettrica (cardioversione esterna e interna, overdriving suppression, elettrostimolazione atriale multisite, ablazione transcatetere); gli antiaritmici di scelta appartengono alle classi prima e terza (amiodarone, ibutilide), ma anche seconda e quarta. Va sempre valutata la profilassi antitrombotica.
- Le aritmie ipercinetiche ventricolari sono i BEV complessi e la TV sostenuta e non sostenuta. Specie nel postinfarto sono di scelta gli antiaritmici della classe seconda (beta bloccanti) se non controindicati (BAV II-III e BPCO); un ruolo hanno anche i farmaci della classe terza (amiodarone).

LA TERAPIA DELL'ARTRITE REUMATOIDE SENILE

Quadro sinottico

- La terapia farmacologica si basa fundamentalmente su due gruppi di farmaci:
 - gli antiflogistici non steroidei (NSAID o FANS);
 - i cosiddetti DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs).
- Non esistono studi controllati sull'impiego dei FANS, dai quali siano derivate prove sicure di un loro beneficio a lungo termine sulla malattia.
- In casi selezionati possono svolgere un ruolo non trascurabile i cortisonici, con la loro rilevante e rapida azione antiinfiammatoria, ma che vanno però prescritti nell'anziano con molta cautela per la loro capacità di aggravare la polipatologia.
- Attualmente vi è la tendenza, già nelle fasi iniziali della malattia, ad un precoce ricorso ai DMARD.
- Nell'ambito dei DMARD si dà la preferenza al metotrexato e alla sulfasalazina.

LA TERAPIA E LA RIABILITAZIONE DELLA BPCO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La terapia della BPCO nell'anziano mira ad evitare il progressivo deterioramento della funzione polmonare attraverso l'attuazione di **misure di ordine igienico-sanitario e farmacologico**.
- Le prime comprendono l'eliminazione delle noxae patogene (ambientali, lavorative e voluttuarie), il controllo delle riacutizzazioni (profilassi antiinfluenzale, terapia antibiotica), l'Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT), il mantenimento di una adeguata attività fisica.
- La terapia farmacologica utilizza l'azione di corticosteroidi, broncodilatatori (β_2 -stimolanti, anticolinergici, teofillinici), antibiotici, mucoregolatori, antitussigeni e dell'ossigenoterapia.
- La terapia riabilitativa tende a potenziare le strutture osteo-muscolari della gabbia toracica e il diaframma, ridurre l'ingombro bronchiale e l'ostruzione delle piccole vie aeree aumentando l'ossigenazione tissutale.
- L'Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT), indicata nei soggetti con ipossiemia ed ipercapnia cronica, migliora la capacità generale allo sforzo fisico, riduce l'ipertensione polmonare secondaria e il lavoro cardiaco.

LA TERAPIA DELLA CALCOLOSI URINARIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Una ipocitraturia si riconosce fra le cause principali di calcolosi urinaria nell'età avanzata.
- Una ipercalciuria idiopatica è spesso causa nei maschi di calcolosi urinaria che si accompagna ad osteoporosi.
- L'iperparatiroidismo primario è più frequente nella donna in età presenile. La nefrolitiasi è caratterizzata da ipercalcemia.
- Esiste un iperparatiroidismo secondario in età senile legato alla carenza vitamino-calcica ed al declino della funzione renale conseguenti all'invecchiamento.
- La litotripsia extracorporea presenta alcune controindicazioni, soprattutto nell'anziano.

LA TERAPIA DEL CANCRO DEL COLON-RETTO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Norme per la classificazione:
 - Classificazione clinica TNM

- Terapia chirurgica:
 - a) Terapia chirurgica d'urgenza per le complicanze quali la perforazione, la fistolizzazione, l'occlusione.
 - b) Chirurgia in elezione: verrà eseguita una emicolectomia dx nel Ca. del colon dx, una emicolectomia sx nel Ca del colon sn.
 - c) Chirurgia laparoscopica: trova poco impiego per problema specifici del Ca. colon-rettale.
 - d) Microchirurgia endoscopica transanale (MET) o TEM trova impiego nelle forme neoplastiche semplici che non eccedono gli 8 cm di diametro.
 - e) Chirurgia endoscopica palliativa.

- Chemioterapia: neo-adiuvante, (prima della terapia chirurgica) o in caso di tumore avanzato (T₃-T₄).

- Chemioterapici più impiegati:
 - a) 5Fluorouracile e leucovorin
 - b) 5Fluorouracile e levamisolo
 - c) 5Fluorouracile e acido folico
 - d) 5Fluorouracile in infusione continua (24 ore).Nuove possibilità terapeutiche in caso di malattia metastatica:
 - e) 5Fluorouracile orale
 - f) Irinotecan
 - g) UFT orale
 - h) Capecitabina orale

- Radioterapia neoadiuvante, adiuvante e palliativa.

LA TERAPIA DEL CANCRO DEL POLMONE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Il carcinoma del polmone rappresenta, in Italia, la prima causa di morte per neoplasie negli uomini e la seconda nelle donne.
- Nell'anziano si presenta in forma meno estesa (e con minor incidenza dell'istotipo a piccole cellule) risultando, in questo caso, l'intervento chirurgico più indicato e la prognosi migliore.
- Nel paziente di età avanzata la strategia terapeutica non può prescindere, oltreché dalla stadiazione, dal performance status e dalle eventuali patologie associate.
- Cancro "non a piccole cellule". Terapia chirurgica negli stadi precoci, radiante nei successivi; la mortalità post-operatoria è età-correlata.
- Cancro "a piccole cellule". È più aggressivo, con maggiore tendenza a metastatizzare, più sensibile a chemioterapia e radioterapia.

LA TERAPIA DEL CANCRO DELLA PROSTATA

Quadro sinottico

- È la seconda causa di morte negli ultrasessantacinquenni.
- La guarigione è possibile se la diagnosi è precoce.
- Importantissimi gli screening di massa: esame clinico, FPSA/TPSA, ecografia transrettale.
- Castrazione chimica: antiandrogeni (+) LH-RH agonisti.
- Radioterapia e stronzio radioattivo in fase di ormonoresistenza.

LA PREVENZIONE E LA TERAPIA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La C.I. è causata da una sofferenza irrorativa, assoluta o relativa, d'organo.
- La noxa etiopatogenetica è frequentemente multifattoriale:
a) fattori di rischio non modificabili; b) fattori di rischio modificabili.
- Il danno anatomico-patologico è rappresentato dalla placca ateromasica.
- La terapia si basa su una prevenzione primaria e secondaria (modificazioni del "daily living"; terapia farmacologica idonea alla correzione dei fattori di rischio; terapia riabilitativa).
- La valutazione dei costi diretti ed indiretti va eseguita considerando il rapporto costo-beneficio per anno di vita salvato.

LA TERAPIA DELLA CIRROSI EPATICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La cirrosi epatica riconosce varie eziologie, le più frequenti essendo rappresentate dalle infezioni dovute ai virus dell'epatite B e C.
Il ruolo dell'alcool è oggi ridimensionato, costituendo un cofattore per lo sviluppo della malattia nei pazienti con epatite cronica post-virale.
- Non vi sono differenze significative rispetto al quadro clinico del soggetto più giovane.
Tuttavia le manifestazioni neuropsichiche dell'encefalopatia porto-cavale del vecchio rappresentano in alcuni casi un aspetto diagnostico controverso, in quanto possono insorgere in un contesto clinico caratterizzato da alterazioni cognitive di base.
- La terapia ha come obiettivo fondamentale la prevenzione e il trattamento delle complicanze.
- Il trattamento dell'encefalopatia porto-cavale comprende: la dieta ipoproteica e l'impiego di numerosi farmaci (lattulosio, lattitolo, rifaximina, neomicina, metronidazolo, soluzioni ricche di a.a. ramificati, ecc.).
- La rottura di varici esofagee è la più grave complicanza della c. e. scompensata. Le misure terapeutiche sono rappresentate da: provvedimenti farmacologici, tamponamento con sonde a palloncino e scleroterapia endoscopica.

LINEE GUIDA PER UNA CORRETTA ATTIVITÀ FISICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Praticare una regolare attività fisica è uno dei modi migliori per invecchiare bene.
- Uno stile di vita sedentario comporta un più spiccato declino funzionale età-relato, più elevate possibilità di sviluppare malattie cronico-degenerative e disabilità, un maggiore rischio di mortalità generale.
- L'attività fisica che consente di ottenere importanti benefici in termini di salute e di autonomia funzionale riguarda sia quella di elevata intensità, sia quella moderata, anche se quest'ultima è spesso meno efficace nel migliorare i parametri di forma fisica (forza e resistenza muscolari, capacità massima aerobica, ecc.).
- Le principali organizzazioni scientifiche suggeriscono come obiettivo minimo che ogni individuo pratichi un'attività fisica moderata per almeno 30 minuti complessivi al giorno, possibilmente tutti i giorni della settimana; nella maggior parte degli anziani è consigliabile però un programma completo di esercizio fisico che comprenda attività aerobica, contro resistenza, per l'equilibrio e la flessibilità.
- La frequenza ottimale per ottenere un effetto positivo di un programma completo di allenamento è di 3 sedute settimanali privilegiando, almeno inizialmente, la durata a scapito dell'intensità.

LA COSTITUZIONE DEI DIPARTIMENTI DI GERIATRIA

Quadro sinottico

- L'Unità Operativa di Geriatria è l'elemento basilare del Dipartimento.
- È necessario uno specifico regolamento che preveda analiticamente il funzionamento.
- I livelli decisionali (di programmazione, indirizzo e controllo gestionale) sono rappresentati dal direttore (che è il responsabile, rappresentante e delegato gestore) e dal consiglio di dipartimento (che sceglie, decide e delega).
- È fondamentale l'individuazione e la presenza delle diverse attività (nodi della rete assistenziale geriatrica).
- L'istituzionalizzazione per via normativa del Dipartimento di Geriatria, a livello delle varie regioni oltre che a livello nazionale, è un momento fondamentale per la promozione della tutela della salute degli anziani.

LA TERAPIA DEL CUORE POLMONARE CRONICO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Il cuore polmonare cronico è una condizione clinica secondaria ad affezioni croniche del parenchima polmonare con riduzione funzionale del letto vascolare polmonare.
- È caratterizzato da ipertensione arteriosa polmonare precapillare e da ipertrofia ventricolare destra.
- Nelle diverse forme di CPC il decorso e la prognosi possono variare in misura considerevole.
- La terapia ha l'obiettivo di controllare numerosi momenti patogenetici: l'ipossiemia, l'acidosi respiratoria, la ritenzione di liquidi, la policitemia e le infezioni.
- Il piano terapeutico comprende l'ossigenoterapia, l'impiego di metilxantine, di diuretici e, in alcuni casi, della digitale. Utile risulta la terapia antibiotica e antiinfiammatoria per evitare complicazioni ed anche la riabilitazione respiratoria. Se l'ematocrito supera il 55%, può essere preso in considerazione il ricorso al salasso e alla terapia con anticoagulanti.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO IN CURA DOMICILIARE

Quadro sinottico

- L'ADI e l'Ospedalizzazione domiciliare hanno come presupposto fondamentale di mantenere l'anziano al proprio domicilio, evitando l'allontanamento dal proprio contesto sociale e familiare.
- Permettono di conservare i contatti affettivi con i familiari, influiscono positivamente sulla psicologia del paziente e gli consentono di partecipare attivamente alla cura della sua malattia. In definitiva migliorano la qualità di vita.
- Prevengono l'istituzionalizzazione, riducono i rischi da ospedalizzazione e la spesa sanitaria.
- L'ADI e l'ospedalizzazione domiciliare dell'anziano spesso non ottengono risultati del tutto soddisfacenti se non vi è la guida o comunque la collaborazione di un geriatra.
- L'ADI e l'ospedalizzazione a domicilio dell'anziano sono riservate a pazienti affetti da malattie acute e croniche con compromissione dell'autosufficienza: lo scopo fondamentale è quello di fornire prestazioni che incrementino l'efficienza e quindi l'autonomia del paziente anziano, senza escludere un recupero totale.

LA TERAPIA DELLE DEMENZE VASCOLARI

Quadro sinottico

- La demenza vascolare è una delle tre più comuni cause di demenza.
- Al di sopra degli 85 anni può essere più frequente della malattia di Alzheimer.
- La demenza vascolare riconosce diversi meccanismi patogenetici, in particolare: infarti multipli, ischemia della sostanza bianca, infarti strategici.
- I pazienti con demenza vascolare possibile richiedono una valutazione attenta delle cause e dei fattori di rischio che possono essere controllati.
- Non esistono confini netti fra patologie neurovascolari e patologie neurodegenerative.

IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- È necessario prestare attenzione a vari fattori associati alla depressione in tarda età: polifarmacoterapia, deficit della vitamina B₁₂, malattie cardiache e cerebro-vascolari, disturbi cognitivi, disabilità.
- Il trattamento della depressione maggiore si articola in tre fasi: fase iniziale (remissione sintomatologica), fase di continuazione (prevenzione delle ricadute), fase di mantenimento (prevenzione delle ricorrenze).
- Pur in assenza di dati conclusivi, gli SSRI vengono considerati come gli antidepressivi più indicati nei pazienti anziani.
- Il trattamento antidepressivo va personalizzato tenendo conto sia di eventuali componenti psicopatologiche (psicosi, ansia, panico, disturbi ossessivo-compulsivi) sia della presenza di quadri patologici non-psichiatrici (internistici, neurologici, chirurgici) così frequenti nelle persone anziane.
- Anche nel trattamento del disturbo distimico è indicato, in prima istanza, l'uso degli SSRI in associazione alla psicoterapia.

LA TERAPIA DEL DIABETE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La terapia va intrapresa solo quando la dieta, l'esercizio fisico e l'eliminazione di eventuali farmaci ad azione diabetogena non abbiano raggiunto gli obiettivi prefissati.
- È opportuno iniziare con sulfoniluree a piccolo dosaggio ed a breve emivita, tenendo presenti assorbimento, emivita e funzionalità renale.
- Nessuna esitazione nel passaggio alla terapia insulinica nei casi in cui questa sia indicata.
- Terapia insulinica in due o tre somministrazioni.
- Trattamento tempestivo e intensivo delle patologie concomitanti o delle complicanze, specie l'ipertensione, con il ricorso anche a più farmaci.

LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SESSUALITÀ NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'attività sessuale è un elemento rilevante per la qualità della vita dell'anziano ed è in relazione soprattutto con lo stato generale di benessere psico-fisico e di serenità ambientale ed affettiva.
- È importante nell'anziano distinguere tra le modificazioni della risposta sessuale legate ai fisiologici cambiamenti dovuti all'invecchiamento e le alterazioni dovute ad una patologia organica o psichica.
- Sia nell'uomo che nella donna vanno indagate oltre alle cause organiche anche le possibili cause affettive, ambientali e relazionali della disfunzione sessuale. L'eziologia può essere iatrogena sia in seguito ad interventi chirurgici che a terapia farmacologica.
- Nella donna la disfunzione sessuale più frequente è la dispareunia, spesso legata a fenomeni atrofici e distrofici dell'apparato genito-urinario, come la vaginite atrofica da ipoestrogenismo; una terapia ormonale sostitutiva può in questi casi essere risolutiva.
- Nell'uomo il problema più frequentemente legato all'invecchiamento è la disfunzione erettile, spesso ad eziologia vascolare; la terapia farmacologica offre attualmente numerose alternative terapeutiche efficaci, dal sildenafil alle iniezioni intracavernose di PGE₁.

LA TERAPIA DEI DISTURBI DEL SONNO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La prevalenza dei disturbi del sonno aumenta con l'età.
- Le alterazioni del sonno comprendono le dissonnie, le parasonnie e i disturbi del sonno associati a malattie medico-psichiatriche.
- L'insonnia cronica determina sonnolenza diurna, limitazione delle attività della vita quotidiana, maggiore rischio di istituzionalizzazione.
- È sempre indispensabile un preciso inquadramento e la ricerca delle cause.
- L'eventuale indicazione di farmaci ipnotici è prevista solo per un breve periodo.

L'ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA PERMANENTE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'invecchiamento fisiologico del cuore rappresenta un fattore predisponente per l'insorgenza delle aritmie nell'anziano.
- Nel soggetto anziano, per il frequente riscontro di incompetenza cronotropa, è opportuno privilegiare il pacing ventricolare rate responsive rispetto a quello fixed rate.
- I PM sequenziali, bicamerali sono da preferire ai monocamerali perché riducono sia l'incidenza di sindromi da PM e la recidiva di fibrillazioni atriali, che i sintomi da scompenso, per una migliore sincronizzazione atrio-ventricolare.
- L'impiego di ICD ha sensibilmente ridotto la mortalità per aritmie ventricolari maggiori.
- L'impianto di PM biventricolari o bicamerali con P-R breve, suggerisce importanti prospettive in soggetti con scompenso cardiaco III-IV classe NYHA, cardiopatia dilatativa e frazione di eiezione < 30% che siano risultati refrattari a terapia medica.

LA TERAPIA DELL'EMBOLIA POLMONARE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'embolia polmonare (EP) rappresenta una emergenza clinica la cui diagnosi è sottostimata. L'incidenza maggiore riguarda pazienti di età compresa fra 66 e 75 anni con fattori di rischio per malattia trombo-embolica.
Una dispnea improvvisa accompagnata a dolore toracico, emoftoe, tosse e tachicardia, deve far sospettare una EP.
- L'anamnesi, l'esame obiettivo, l'esame Rx grafico del torace, l'E.C.G., l'Ecocardiogramma, l'E.G.A., la determinazione degli F.D.P., ma soprattutto la scintigrafia polmonare ventilo-perfusoria, consentono, nella maggioranza dei casi, di formulare la diagnosi rendendo inutile l'esecuzione dell'angiografia polmonare.
- La terapia, da iniziare al semplice sospetto di EP, comprende l'eparina e gli anticoagulanti orali, la trombolisi (in casi selezionati) e, raramente, gli interventi chirurgici (embolectomia, interruzione della cava inferiore).
- La prevenzione primaria nei confronti della malattia trombo-embolica si avvale della somministrazione di eparina o eparine a basso peso molecolare associata a manovre compressive; la secondaria prevede, fondamentalmente, l'impiego di anticoagulanti orali per 3-12 mesi dal primo episodio.
- In assenza di controindicazioni specifiche, la terapia anti-coagulante va attuata anche nel paziente anziano, pur tenendo conto dei rischi maggiori di emorragia.

LA TERAPIA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La F.A. è la più frequente aritmia dell'anziano.
L'aumento della massa atriale e le alterazioni strutturali parcellari dell'atrio di origine infiammatoria e/o degenerativa rappresentano i principali fattori predisponenti.
- La comparsa di fibrillazione atriale raddoppia il rischio di mortalità.
- Lo stroke da tromboembolismo è la complicanza più temibile di questa aritmia.
- La conversione in ritmo sinusale è controindicata in presenza di disfunzione sistolica sinistra o di eccessiva dilatazione atriale.
- La terapia anticoagulante deve precedere per almeno 3 settimane ogni tentativo di cardioversione.

LA TERAPIA DEL FIBROADENOMA DELLA PROSTATA

Quadro sinottico

- Piccole prostate possono provocare sindromi ostruttive molto gravi.
- Adenomi di notevoli proporzioni possono essere paucisintomatici.
- D.D. con il cancro: FPSA/TPSA; ecografia transrettale.
- Sintomatologia lieve: misure igienico-dietetiche.
- Sintomatologia moderata-severa:
 - a-adrenolitici
(+)
 - finasteride
(+)
 - antiestrogeni o antiaromatidasici

LA GESTIONE DEL PAZIENTE IN DAY HOSPITAL GERIATRICO

Quadro sinottico

- Il Day Hospital Geriatrico è una struttura ospedaliera in grado di fornire prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di riattivazione funzionale a ciclo diurno.
- Razionalizza l'assistenza sanitaria per il malato anziano.
- Facilita il percorso assistenziale.
- Attua la valutazione multidimensionale e realizza il piano di cura (Geriatric Evaluation and Management).
- Ha la possibilità di gestire in modo globale la comorbidità complessa.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE NELLA DIVISIONE DI GERIATRIA

Quadro sinottico

- La cronologia del paziente geriatrico prevede un'età superiore a 65 anni. Questo limite, da parte di alcuni, tende ad essere spostato a 75 anni.
Un compromesso normativo prevede che al reparto ospedaliero di Geriatria afferiscano i pazienti ultra75anni e quelli ultra65enni a rischio di perdita di autonomia.
- È indispensabile una razionalizzazione della terapia farmacologica, tenendo presenti le modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica nel soggetto anziano.
- La gestione dei Reparti ospedalieri di Geriatria si caratterizza, tra l'altro, per la messa in atto di una metodologia (assessment geriatrico) idonea a soddisfare le esigenze mediche peculiari per i malati anziani "fragili".
- Nell'ambito delle valutazioni tipiche della pratica geriatrica ospedaliera, acquistano rilievo quelle inerenti l'autosufficienza, con la formulazione e la messa in atto di specifici programmi antiinvalidanti.
- Un ulteriore elemento caratteristico del Reparto ospedaliero di Geriatria concerne la programmazione delle scelte da consigliare e da attuare nei riguardi di una eventuale istituzionalizzazione.

LA TERAPIA DELLA GOTTA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La gotta è un'artropatia dismetabolica caratterizzata da episodi ricorrenti di artrite acuta da microcristalli di urato monosodico.
- Nei casi tipici la diagnosi di gotta non presenta difficoltà. Se vi è versamento, la presenza di urato monosodico nel liquido sinoviale ha un valore diagnostico assoluto.
- L'attacco acuto di gotta va curato con la colchicina o con i FANS, mentre non è indicato l'impiego di ACHT e corticosteroidi.
- La terapia "di fondo" comprende farmaci uricoinibitori (allopurinolo) e uricurici, attualmente poco impiegati e molti dei quali ritirati in Italia dal commercio.
- La dieta, con forte riduzione dei cibi contenenti purina, ha perso gran parte dell'importanza prima attribuita.

IL TRATTAMENTO DELL'ICTUS CEREBRALE

Quadro sinottico

- Vi sono esiti migliori se il paziente è affidato ad un team multidisciplinare specializzato nella cura dello stroke (stroke unit).
- La T.C. senza M.D.C. in emergenza deve essere fortemente raccomandata come esame iniziale nella diagnostica differenziale.
- La terapia steroidea non è raccomandata per il trattamento dell'edema cerebrale e dell'ipertensione endocranica, mentre i diuretici osmotici sono indicati se vi è una compromissione delle condizioni cliniche secondaria all'ipertensione endocranica.
- La trombolisi con r-TPA può migliorare la prognosi e l'evoluzione della malattia, se iniziata entro 3 ore dall'inizio della sintomatologia.
- Nell'emorragia intracerebrale il valore terapeutico dell'opzione chirurgica è dubbio.

L'IMPIEGO DEI MEZZI DI CONTENZIONE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Osservare il comportamento del paziente e confrontare le proprie idee con quelle dei collaboratori e della famiglia.
- Valutare interventi alternativi informando i familiari quando il malato non è in grado di prendere decisioni.
- Se il paziente non è in grado di muoversi autonomamente senza pericolo per sé e per gli altri e ha le caratteristiche dei livelli II (rischio moderato) e III (alto rischio), elaborare un piano di assistenza il più possibile personalizzato, spiegando a lui e ai suoi parenti, la funzione del supporto utilizzato.
- Se il piano di assistenza non funziona o fallisce impiegare il mezzo di contenzione motivandone l'uso in cartella.
- Ricordare i rischi della contenzione: A) traumi meccanici (strangolamento, lesioni dei tessuti molli, ecc.), B) malattie funzionali ed organiche (lesioni da decubito, incontinenza urinaria e fecale, ecc.), C) sindromi della sfera psicosociale (stress, depressione, paura, ecc.).

LA TERAPIA DELL'INCONTINENZA URINARIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Nonostante la sua diffusione e le sue conseguenze negative sull'autonomia e sulla qualità della vita della popolazione anziana, l'incontinenza urinaria (IU) rimane un disturbo scarsamente considerato in ambito medico.
- Occorre eseguire un corretto inquadramento diagnostico, in grado di identificare sia il tipo (da urgenza, da sforzo, da rigurgito, funzionale) sia le cause dell'IU.
- Una valutazione specialistica urologica dell'IU, corredata da complesse indagini urodinamiche, è necessaria in casi selezionati. Più spesso è indicato un approccio di tipo geriatrico che prevede, oltre ad una valutazione multidimensionale, l'esecuzione di semplici tests, di facile e rapida esecuzione, utili a distinguere i vari tipi di IU.
- Nella maggioranza dei soggetti anziani, il trattamento riabilitativo dell'IU è preferibile alle terapie farmacologiche e chirurgiche.
Prima di scegliere le metodiche riabilitative più opportune è necessario valutare lo stato cognitivo e il livello di autonomia, per comprendere se il paziente è più o meno capace di collaborare attivamente al recupero della funzionalità minzionale.
- L'impiego del catetere vescicale a permanenza comporta numerose conseguenze negative, tra cui un'aumentata incidenza di infezioni delle vie urinarie e una diminuzione della speranza di vita. Pertanto il ricorso a questo presidio deve essere limitato ai casi strettamente necessari.

INDICAZIONI PER LA BUONA PRATICA CLINICA NELLE ARTERIOPATIE OBLITERANTI CRONICHE

Quadro sinottico

- L'**esercizio di marcia**, se possibile con programma formalizzato, ma comunque da continuare fino alla soglia del dolore, è il primo trattamento da instaurare.
- La **terapia medica** mostra una modesta evidenza di migliorare significativamente la claudicatio e pertanto trova indicazione nei casi in cui gli esercizi di marcia non abbiano prodotto vantaggi o, come è frequente negli anziani, non abbiano potuto essere praticati.
- L'**aspirina** a dosaggi da 100 a 375 mg è in grado di migliorare il decorso naturale dell'arteriopatia, oltre che di contribuire alla prevenzione dei possibili eventi cardiovascolari in altri distretti (I.M.A., ictus, mortalità cardiovascolare generale).
- La **trombolisi** o la terapia con PTA o chirurgica (endoarteriectomia, by-pass) sono indicate in quasi tutti i casi di ischemia acuta con rischio di perdere l'arto in quanto costituiscono un tentativo di salvataggio dell'arto a costi economici e immateriali inferiori rispetto all'amputazione.
- Ad una équipe multidisciplinare spetta il compito di decidere sull'indicazione e la scelta del tipo di **intervento chirurgico** sulla scorta della localizzazione e del tipo di lesione, dello stato del circolo collaterale, dello stadio clinico e delle condizioni del paziente.

LA TERAPIA DELLE INFEZIONI POLMONARI NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Difformità etiologica tra infezione contratta in comunità o in ospedale (etiologia e trattamento differenti).
- Atipia clinica (deterioramento cognitivo, riduzione di autonomia), con tempi di risoluzione clinica e radiologica più lunghi.
- Necessità di misure di supporto di carattere generale (idratazione, mobilizzazione) e di polifarmacoterapia per presenza di polipatologia (possibili interazioni indesiderate).
- Trattamento terapeutico mirato in base all'antibiogramma; in alternativa terapia "ragionata" con cefalosporina II - III generazione + macrolide o fluorochinolone o aminoglicoside.
- Razionalizzazione della spesa sanitaria con riduzione dei rischi ospedalieri (infezioni nosocomiali, ecc.), molto frequenti nel paziente anziano, con dimissioni "protette" e terapie domiciliari.

LA TERAPIA DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Batteriuria asintomatica: non trattare.
- Uretrite, cistite: cotrimoxazolo oppure chinolonici per 7-10 giorni. In caso di recidiva valutare l'esame colturale delle urine con l'antibiogramma. In alternativa possono essere utilizzate beta-lattamine (ampicillina od amoxicillina).
- Nella prostatite acuta il cotrimoxazolo è il farmaco di prima scelta seguito dai chinolonici per una durata totale di 14-15 giorni; nella forma cronica, cotrimoxazolo o chinolonici per circa 2-3 mesi.
- La pielonefrite acuta necessita di un aminoglicoside associato ad una cefalosporina di terza generazione per una durata complessiva di 14-15 giorni.
- Nella pielonefrite cronica terapia di attacco simile alla forma acuta seguita per almeno 2-3 mesi da cotrimoxazolo o da un chinolonico.

LA TERAPIA DELLA INSUFFICIENZA RENALE ACUTA E CRONICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'insufficienza renale comprende due grandi sindromi:
 - a) l'insufficienza renale acuta (IRA);
 - b) l'insufficienza renale cronica (IRC).
- L'insufficienza renale acuta è divisa in tre sottogruppi:
 - IRA prerenale
 - IRA renale intrinseca
 - IRA post renale
- Nell'insufficienza renale acuta prerenale un ruolo fondamentale svolge, nel paziente anziano, la deplezione dei liquidi e degli elettroliti.
- Nell'insufficienza renale cronica la riduzione della quota proteica nella dieta conserva il suo ruolo rilevante con particolare attenzione però a non incorrere in stati di malnutrizione proteico-calorica.
- Nell'insufficienza renale cronica il trattamento dialitico, quando vi è l'indicazione, va eseguito anche in età francamente geriatrica.

IL TRATTAMENTO DELLA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA E L'OSSIGENOTERAPIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Verificare la quota di reversibilità dell'ostruzione bronchiale. L'asma bronchiale ad esordio in età senile non costituisce una rarità.
- Non trascurare l'aspetto nutrizionale: l'apporto alimentare quotidiano deve essere adeguato e fornito da pasti piccoli e frequenti ed a scarso contenuto di carboidrati.
- Impiegare i broncodilatatori per risolvere il broncospasmo, gli steroidi in presenza di flogosi.
- Tra i broncodilatatori, preferire nell'anziano gli anticolinergici rispetto ai β_2 -stimolanti; l'efficacia della teofillina in fase stabile è invece oggetto di discussione.
I cortisonici devono essere impiegati nelle riacutizzazioni della BPCO o nell'asma.
La via ottimale di somministrazione è quella inalatoria perché consente una più rapida azione farmacologica e un minore rischio di effetti collaterali.
I farmaci per via inalatoria possono essere impiegati sotto forma di aerosol predosati, di formulazioni in polvere o soluzioni per via aerosolica.
- Somministrare antibiotici nelle fasi di riacutizzazione, possibilmente sulla base di un antibiogramma.
Una profilassi antibiotica con cicli periodici di trattamento è indicata solo nei pazienti severamente compromessi che presentino da 4 a più episodi di riacutizzazione all'anno.

L'IPERTERMIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Si tratta di una condizione caratterizzata da temperatura corporea abnormemente elevata (fino a superare i 41°C) dovuta ad inadeguata o inappropriata risposta dei meccanismi regolatori del calore.
- Le sindromi da calore si manifestano in presenza di elevate temperature (>32°C) e di alti valori di umidità relativa (> 60%) e si verificano prevalentemente nei primi giorni di canicola prima che si possa avere un'efficace acclimatazione.
- I fattori di rischio includono:
 - fattori socio-ambientali quali solitudine e povertà;
 - comorbidità;
 - polifarmacoterapia;
 - minore efficienza dei meccanismi fisiologici di termoregolazione indotta dall'invecchiamento.
- Le sindromi cliniche correlate ad aumento della temperatura ambientale comprendono:
 - crampi da calore;
 - esaurimento da calore;
 - colpo di calore.
- Il colpo di calore è un'emergenza medica; il trattamento è mirato alla rapida correzione dell'iperpiressia ed al mantenimento delle funzioni vitali dell'organismo. La prognosi è molto severa, con mortalità > dell'80% e gravi sequele neurologiche nei soggetti che superano la fase acuta.

LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La diagnosi di ipertensione arteriosa va formulata quando i valori pressori risultano superiori a 140/90 mmHg in più misurazioni effettuate in un periodo di tempo di almeno un mese.
- I risultati dei grandi trials clinici hanno dimostrato che, anche nell'anziano, l'ipertensione rappresenta una causa importante di mortalità e che aumenta significativamente il rischio di stroke, di demenza, di infarto miocardico, di insufficienza cardiaca e renale
- L'obiettivo fondamentale del trattamento dell'ipertensione è quello di prevenire il danno degli organi bersaglio.
- La terapia non farmacologica trova la sua principale indicazione nel trattamento dell'ipertensione lieve, ma è anche di grande utilità nel correggere i fattori di rischio modificabili negli ipertesi di grado superiore.
- I farmaci antiipertensivi fondamentali comprendono: i diuretici, i beta-bloccanti, i calcioantagonisti, gli ACE-inibitori e gli antagonisti recettoriali dell'Ang II.
Nell'iniziare un trattamento farmacologico antiipertensivo è importante, nell'anziano, tener conto delle patologie coesistenti e delle cure in atto, preferendo non raramente i diuretici tiazidici a basse dosi.

LA TERAPIA DELL'IPERTIROIDISMO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Nell'anziano l'ipertiroidismo ha una prevalenza elevata che varia dallo 0,5 al 4%.
- Le cause dell'ipertiroidismo in età avanzata sono analoghe a quelle del giovane adulto: **gozzo multinodulare, malattia di Graves, adenoma tossico solitario**. Il gozzo multinodulare eutiroideo nell'anziano può divenire iperfunzionante per cause iatrogeniche.
- In tutti i casi di tireotossicosi è necessario instaurare una terapia con farmaci antitiroidei tionamidici (metimazolo 20-50 mg al dì in due o tre somministrazioni giornaliere); se coesistono importanti segni di impegno cardiovascolare è opportuno associare farmaci β -bloccanti o calcio-antagonisti.
- La terapia per il controllo della iperfunzione ghiandolare è:
medica (farmaci antitiroidei derivati dalla tionamide), con risultati a lungo termine insoddisfacenti per le frequenti recidive e mai del tutto risolutiva;
chirurgica, riservata ai gozzi voluminosi e pericolosi per il loro effetto compressivo sulle strutture vicine, e nelle lesioni nodulari (adenoma tossico, carcinoma);
radioattiva con ^{131}I , che costituisce il trattamento di scelta nella persona anziana, anche se può provocare una condizione di ipotiroidismo permanente.
- Particolare attenzione va riservata alla cosiddetta **tempesta tiroidea**.
Una pronta identificazione ed una adeguata terapia sono indispensabili.

LE IPOTENSIONI ORTOSTATICHE

Quadro sinottico

- La disregolazione pressoria ed in particolare il mancato adeguamento posturale della PA, rappresenta un serio problema per gli anziani. L'ipotensione ortostatica (IO) è presente dal 4 al 33% dei pazienti ultrasessantacinquenni ed è causata principalmente dalla riduzione dell'efficacia dei meccanismi omeostatici, dalla presenza di patologie che incidono sui riflessi cardiovascolari e dalla non corretta farmacoterapia. Le IO possono essere suddivise in iper- ed ipoadrenergiche.
- Le forme iperadrenergiche (buon incremento in ortostatismo della noradrenalina plasmatica e della frequenza cardiaca), sono in genere di tipo funzionale e reversibili, essendo provocate da sindrome ipocinetica, farmaci, ipovolemia, varicosità, iperbradichinismo, costituzione astenica.
- Le forme ipoadrenergiche sono invece di tipo organico con presenza di lesione disautonomica e sono ulteriormente suddivisibili in due sottogruppi, a seconda che la lesione sia di origine centrale o periferica.

Le IO da lesione centrale (con scarso o assente incremento ortostatico della noradrenalina plasmatica), si possono osservare nelle sindromi di Parkinson, nell'encefalopatia di Wernicke o in quella multiinfartuale.

Le IO da lesioni periferiche (scarsa concentrazione plasmatica di noradrenalina anche in condizioni di base, con ipersensibilità da denervazione), possono essere presenti nella neuropatia diabetica, nell'alcolismo e nell'amiloidosi.
- I farmaci che possono indurre IO sono sostanze ad azione volutamente ipotensiva (antiipertensivi) o con effetto ipotensivo non atteso: (nitrati, antiparkinsoniani, antidepressivi, antipsicotici).
- La terapia dell'IO prevede l'uso di mezzi fisici e di terapie farmacologiche.

L'IPOTERMIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'ipotermia può sopraggiungere in qualunque periodo dell'anno indipendentemente dalle stagioni climatiche; nonostante i pochi casi segnalati è noto che vi è un aumento della morbilità e della mortalità durante i periodi particolarmente caldi o freddi soprattutto fra gli anziani ammalati.
- I fattori abitualmente implicati nella genesi dell'ipotermia sono:
 - freddo ambientale
 - modificazioni fisiologiche correlate alla compromissione dei meccanismi termoregolatori dovuti all'età
 - farmaci
 - malattie in grado di ridurre la produzione di calore
- I sintomi dell'ipotermia sono insidiosi e possono essere transitori, possono mimare un ictus o disturbi metabolici; il paziente ha cute ipotermica, confusione mentale e sonnolenza; il coma può sopraggiungere anche in poche ore.
- La diagnosi dipende dalla possibilità di misurare temperature corporee inferiori a 34,5°C.

Se possibile, meglio prevenire l'ipotermia accidentale piuttosto che doverla trattare; la terapia deve essere distinta in trattamento primario (riscaldamento) e secondario (cura degli effetti e complicanze).

LINEE GUIDA IN ONCOLOGIA GERIATRICA

Quadro sinottico

- La frequenza delle neoplasie nei soggetti ultrasessantacinquenni è in costante aumento.
- L'approccio al soggetto anziano affetto da neoplasia deve prevedere l'impiego della Valutazione Multidimensionale.
- L'iter diagnostico nel paziente anziano affetto da neoplasia non differisce sostanzialmente da quello consigliato per il soggetto più giovane.
- L'approccio terapeutico, fino a pochi anni fa quasi sempre sconsigliato, va preso in considerazione, tenendo però presenti gli aspetti relativi al controllo dei sintomi e quelli concernenti l'autonomia del paziente.
- La gestione del malato oncologico di età avanzata deve essere interdisciplinare ma sempre orientata ad una visione olistica della "cura" e del "trattamento" evitando ogni atteggiamento passivo e viceversa ogni accanimento terapeutico.

LA TERAPIA DELLA LITIASI BILIARE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Nei pazienti con litiasi biliare asintomatica, non è indicato alcun trattamento attivo profilattico, ma vengono consigliati periodici controlli clinici ed ecografici.
- I pazienti con litiasi sintomatica, vanno sempre trattati, per prevenire la recidiva dei sintomi e/o lo sviluppo di complicanze della malattia.
- La terapia con acidi biliari può essere presa in considerazione in alcuni pazienti selezionati, portatori di calcoli costituiti da colesterolo, radiotrasparenti e con colecisti funzionante.
- L'indicazione all'intervento chirurgico è data dalla calcolosi sintomatica non suscettibile di trattamento e dalla litiasi complicata.
- La tecnica chirurgica sempre più impiegata è la colecistectomia laparoscopica che presenta vantaggi di particolare rilevanza nel paziente anziano.

LA TERAPIA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Quadro sinottico

- La incidenza della malattia di Alzheimer aumenta con il progredire dell'età.
- Nei pazienti dementi la depressione può essere presente in qualunque stadio della malattia; in questi casi esiste la possibilità di un trattamento.
- I disordini del comportamento sono spesso determinati da fattori identificabili che è necessario cercare di rimuovere prima di ogni trattamento farmacologico.
- La terapia farmacologica comprende gli inibitori della colinesterasi e numerose altre sostanze (antiossidanti, vitamina E, antiinfiammatori, ecc.).
- Programmi strutturati di terapia non farmacologica possono essere di aiuto nel mantenimento del livello di autonomia dei pazienti dementi.

LA TERAPIA DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Il diverticolo del colon è un'ernia della mucosa colica attraverso la muscolare. La diverticolosi colica, costituita da più diverticoli, predomina a livello del sigma, ma può interessare tutto il colon.
- Gli esami strumentali che permettono la diagnosi di diverticolosi colica sono il clisma baritato in doppio contrasto e la rettosigmoidoscopia.
- La diverticolite si manifesta abitualmente con dolori alla fossa iliaca sinistra, turbe del transito, febbre, pastosità o difesa della fossa iliaca sinistra, leucocitosi ("appendicite a sinistra"). Negli esami radiologici ed in quelli endoscopici si possono osservare aspetti di stenosi tali da far sospettare un tumore. Spesso la certezza diagnostica si può ottenere solo con l'esame anatomo-patologico del reperto operatorio.
- Il trattamento della diverticolosi colica è quello della colopatia funzionale. Il ricorso alle fibre alimentari deve essere ampio perché esse diminuiscono la frequenza delle complicanze.
- Il trattamento della diverticolite è in prima istanza medico: ghiaccio, antibiotici, antispastici, analgesici (non morfina), dieta senza scorie; l'exeresi chirurgica del tratto interessato è spesso indicata per evitare le recidive.

LA TERAPIA DELLA MALATTIA TUBERCOLARE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Gli adulti con età > 65 anni rappresentano la popolazione con maggior numero di casi di tubercolosi nel mondo occidentale.
- La causa principale di tubercolosi nelle persone anziane è la recrudescenza di vecchie infezioni contratte molti anni prima.
- Il monitoraggio della reattività alla tubercolina (intradermo-reazione di Mantoux) è indispensabile per le decisioni terapeutiche, e va sempre eseguito in aggiunta agli esami colturali e batterioscopici per la ricerca del bacillo di Koch.
- Il trattamento iniziale della tubercolosi si basa sull'impiego intenso e prolungato di almeno tre chemioantibiotici (isoniazide, rifampicina, pirazinamide, streptomina, etambutolo).
- La terapia è ben tollerata nella maggior parte dei pazienti, anche se anziani.

LA TERAPIA DELLE MALATTIE LINFOPROLIFERATIVE CRONICHE

Quadro sinottico

- **Leucemia linfatica cronica B:**

Stadio 0,1,2

Nessuna terapia, controlli periodici ematochimici.

Stadio 1, 2 .

Clorambucil (10 mg/os giornaliero) in associazione a prednisone 30-50 mg/die per 5-7 gg ogni 14 giorni.

- **Leucemia linfatica cronica B:**

Stadio 3,4

Medesima terapia dello stadio 1 e 2; in caso di mancata risposta può essere utile: pentostatina 4 mg/m² ev ogni 14-21 gg oppure polichemioterapia (CVP o CHOP).

Radioterapia: nei casi con notevole splenomegalia o linfonodopatia isolata sintomatica, resistente alla chemioterapia.

Splenectomia: riservata solo ai casi di notevole splenomegalia con ipersplenismo.

Autotrapianto, quale possibile opzione nelle forme più aggressive, se le condizioni generali lo permettono; è notevolmente condizionato dall'età del paziente.

- **Leucemia prolinfocitica B (LPL-B)**

Medesima terapia della LLC-B ma con scarsi risultati.

- **Hairy-cell leukemia (LCL)**

Alfa-interferone 3.000.000/u. s.c. per tre volte la settimana per 9-12 mesi; in caso di risposta negativa può essere usata la pentostatina e la 2-CDA con ottimi risultati.

Splenectomia nei casi di notevole splenomegalia o con infarti splenici ricorrenti.

- **Malattia linfoproliferativa a linfociti granulari (LGLD)**

Associazione tra alchilanti e prednisone.

LA TERAPIA DELLA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Lo stato di nutrizione è una componente fondamentale della condizione di salute complessiva.
- Gli anziani sono particolarmente soggetti alla malnutrizione per le variazioni fisiologiche che si verificano con l'invecchiamento.
- Anche mutamenti della situazione psicosociale e della condizione economica contribuiscono ad accrescere il rischio di malnutrizione nell'anziano (diete carenti in calorie e sbilanciate nei nutrienti).
- È di estrema importanza per i geriatri inserire la valutazione dello stato di nutrizione nella determinazione complessiva delle condizioni di salute dell'anziano e per prescrivere una dieta adeguata.
- Se i pazienti non sono in grado di ricevere una nutrizione adeguata con l'alimentazione orale, è necessario ricorrere ad una nutrizione per via enterale e/o parenterale.

LA TERAPIA DELLE SINDROMI MIELODISPLASTICHE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Le sindromi mielodisplastiche (MDS) sono un gruppo di alterazioni ematiche che spesso evolvono verso la leucemia mieloide acuta. La classificazione più nota è quella del gruppo FAB che individua 5 sottotipi. L'OMS ha proposto una nuova classificazione che però non sembra avere sostanziali vantaggi ed ha subito varie critiche.
- L'età media dei pazienti colpiti da MDS è tra 70 e gli 80 anni, con un rapporto di 1.2 tra maschi e femmine. L'incidenza continua ad aumentare con l'età raggiungendo un picco di 89/100.000 oltre gli 80 anni.
- La MDS può essere sospettata per il riscontro, anche occasionale, di citopenia o dei sintomi che ne possono derivare. Per la diagnosi e la definizione prognostica sono necessari lo striscio di sangue periferico, dell'aspirato midollare e l'indagine citogenetica.
- Le trasfusioni di emazie concentrate (EC) e di piastrine e l'impiego degli antibiotici per le infezioni costituiscono il trattamento elettivo delle MDS nei pazienti anziani che non possono essere avviati al trapianto di midollo.
- Sono utili, in casi accuratamente selezionati, l'eritropoietina umana ricombinante (rHuEpo) ed il granulocyte-colony stimulation factor (G-CSF). Nuove prospettive possono provenire dall'impiego di terapie con ciclosporina A, con globulina anti-timocita o con talidomide. Sono necessari trials clinici in grado di confermare queste possibilità farmacoterapeutiche.

LA TERAPIA DEL MIELOMA MULTIPLO

Quadro sinottico

- Il Mieloma multiplo è caratterizzato dalla proliferazione incontrollata e dall'accumulo di linfociti tipo B e di plasmacellule nel midollo in grado di sintetizzare quantità anomale di immunoglobuline monoclonali (comp. M).
- L'età preferita è tipicamente geriatrica.
- Dolore osseo e fratture, anemia, infezioni ricorrenti, insufficienza renale sono i sintomi ed i segni più frequenti.
- Sono necessari ai fini diagnostici i seguenti esami:
 - Aspirato e biopsia midollare
 - Dosaggio delle proteine sieriche totali con elettroforesi ed immunoelettroforesi sierica
 - Proteine totali urinarie delle 24 ore con elettroforesi ed immunoelettroforesi urinaria
 - Determinazione quantitativa e qualitativa delle immunoglobuline sieriche
 - Clearance della creatinina
 - Valutazione ossea in toto (Rx total body, RMN, ecc.)
- Il trattamento è costituito dal **melphalan**, come antitumorale di scelta, in monoterapia od in associazione al **prednisone** ed alla **idarubicina**. L'ipercalcemia va corretta con abbondante **idratazione** e **furosemide**, **calcitonina** sottocute e/o **prednisone**. L'iperuricemia va trattata con **allopurinolo**. Utile per l'osteoporosi il trattamento con i **bisfosfonati**.

LA TERAPIA DELLE NEOPLASIE RENALI NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Sintomatologia spesso aspecifica.
- Diagnosi della malattia non raramente in fase avanzata.
- Neoplasie scarsamente sensibili alla chemioterapia ed alla radioterapia.
- Terapia chirurgica di elezione.
- Utile palliazione con SERMS (tamoxifene, toremifene, raloxifene).

LA TERAPIA DELL'OSTEOPOROSI INVOLUTIVA

Quadro sinottico

- L'osteoporosi può essere definita come una malattia scheletrica sistemica caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da una alterazione della microarchitettura, con conseguente incremento della fragilità delle ossa e del rischio di fratture.
- L'osteoporosi involutiva si presenta sotto forma accelerata (donne in periodo peri-post menopausale) e in forma lenta "senile" (soggetti M o F > 70 aa).
- La Densitometria o Mineralometria ossea computerizzata (MOC) rappresenta la tecnica di quantificazione della massa ossea. Attualmente la diagnostica strumentale si è arricchita della ultrasonografia (U.S.).
- L'impiego di estrogeni e bisfosfonati (alendronato e risedronato) riduce il rischio di fratture osteoporotiche sia nella forma accelerata che lenta.
- La vitamina D e il calcio sono prescritti soprattutto nella forma involutiva senile, associando un adeguato regime di

LA TERAPIA DELLE PANCREATITI NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- **Eziologia:** la causa più frequente, nel soggetto anziano è la litiasi biliare.
- **Clinica:** dolori addominali ed incremento degli enzimi pancreatici.
- **Prognosi:** infausta nelle forme severe.
- **Terapia medica di supporto e specifica con antiproteasici.**
- **Utilità della terapia in termini di riduzione delle complicanze, mortalità, evoluzione verso forme più gravi e tempi di guarigione.**

Quadro sinottico

- **Etiologia:** sconosciuta nel 90% dei pazienti anziani.
- **Diagnosi:** si basa sul quadro clinico (dolori addominali, steatorrea, dimagrimento, diabete) e sugli esami strumentali (ERCP) e funzionali.
- **Se vi è compressione del tratto intrapancreatico del coledoco può essere presente ittero da stasi.**
- **Trattamento del dolore:** farmacologico o chirurgico.
- **Terapia dell'insufficienza endocrina (insulina) ed esocrina (enzimi pancreatici).**

LA TERAPIA DELLA PATOLOGIA ANEURISMATICA DELL'AORTA

Quadro sinottico

Aneurismi dell'aorta addominale

- Follow-up per diametro \leq di 30 mm.
- Trattamento chirurgico tradizionale per diametro \geq 30 mm.
- Trattamento endovascolare in presenza di colletto prossimale e distale ben strutturato e in pazienti di età avanzata.
- Intervento chirurgico per la dissecazione Tipo 1 e 2.
- Terapia medica per la dissecazione Tipo 3.

LA TERAPIA DELLA POLIMIALGIA REUMATICA

Quadro sinottico

- Maggiore frequenza in età geriatrica (dieci volte rispetto all'adulto); prevalenza assoluta nel sesso femminile (3-6/1 F/M).
- Maggiore compromissione dello stato generale soprattutto nel grande vecchio.
- Più comune ricorso al trattamento cortisonico a dosaggi iniziali medio-bassi (12-20 mg/unum in die) con riduzione scalare per almeno 12-18 mesi (cut-off 1-5 anni), necessità di un follow-up temporalmente più intensivo e più prolungato.
- Guarigione clinica valutata mediante monitoraggio laboratoristico (VES-PCR), in percentuale inferiore di quella riscontrata nei soggetti di età meno avanzata.
- Necessità di associare al trattamento steroideo un preparato a base di calcio e vitamina D₃ per os nel sesso femminile a scopo antiosteoporotico.

LA PRESCRIZIONE DEL RIPOSO ASSOLUTO A LETTO. REVISIONE E STANDARDIZZAZIONE

Quadro sinottico

- La consuetudine di tenere i pazienti a letto è la ragione fondamentale dell'insorgenza di una devastante patologia da immobilizzazione.
- È necessario che il riposo assoluto a letto venga prescritto solo in condizioni patologiche di emergenza ben definite e per un periodo nettamente precisato.
- La gravità di una malattia non costituisce di per sé un motivo valido di prescrizione di riposo a letto.
- Molto utile risulta nei pazienti anziani la monitorizzazione delle ore trascorse a letto.
- Nei casi nei quali, per la gravità delle condizioni generali e soprattutto cardiocircolatorie, si possono avere dubbi sulla opportunità dell'alzata in poltrona, si deve ricorrere preventivamente e progressivamente alla posizione semiassisa nel letto.

LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE CADUTE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Un corretto approccio clinico alle cadute esige una precisa individuazione delle cause e dei fattori favorenti.
- Tra le cause spiccano quelle di ordine neurologico: demenza, morbo di Parkinson, postumi di incidenti vascolo-cerebrali.
- Tra le conseguenze sono molto temibili le fratture (in particolare quella del femore).
- È necessario rivalutare la terapia farmacologica prescritta (ad esempio anticoagulanti).
- È senz'altro errato, per la paura delle cadute, costringere il paziente anziano all'immobilità.

PRINCIPI DI RIATTIVAZIONE NEL PAZIENTE ANZIANO

Quadro sinottico

- Per riattivazione si intende il complesso degli esercizi fisici e degli stimoli psico-cognitivi volti non tanto a rieducare un singolo apparato o una singola funzione, quanto a incentivare i residui interessi e le restanti capacità e, in sintesi, a contrastare il decadimento generale della persona.
- La riattivazione è molto utile per prevenire la compromissione dell'autosufficienza.
- Nell'ambito della riattivazione un ruolo fondamentale è svolto dagli esercizi di deambulazione.
- La riattivazione è tanto più efficace quanto più precocemente viene instaurata.
- A fronte di una grande utilità delle misure di riattivazione, i costi economici sono molto modesti.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO IN R.S.A.

Quadro sinottico

- Utilizzare le R.S.A. prevalentemente per la riabilitazione post-acuta degli anziani, privilegiando i soggetti colpiti da: a) frattura dell'anca; b) recente stroke con grave disabilità e/o con difficoltà di assistenza informale a domicilio; assicurare anche ricoveri di sollievo per soggetti non autosufficienti con difficoltà familiari.
- Garantire la costituzione di un'équipe transdisciplinare con una dotazione organica correlata al fabbisogno assistenziale degli ospiti, organizzare il lavoro per piccole équipe, adottare la tecnica del case management e promuovere la formazione geriatrica permanente, nonché l'addestramento specifico degli operatori.
- Adottare il modello assistenziale geriatrico, fondato su: a) valutazione multidimensionale mediante l'impiego di strumenti validati; b) pianificazione integrata e personalizzata dell'attività, in coerenza con le risorse disponibili e secondo l'equo perseguimento degli obiettivi di salute indicati dal consesso scientifico; c) erogazione degli interventi transdisciplinare, tempestiva, continua e di intensità adeguata.
- Individuare percorsi protetti (critical paths):
 - a) interni, mediante l'adozione di linee guida e protocolli assistenziali periodicamente aggiornati;
 - b) interistituzionali, attraverso la creazione di corsie preferenziali con i principali servizi sanitari e sociali della rete.
- Curare gli aspetti di umanizzazione e socializzazione per recuperare l'integrità della persona in tutte le sue dimensioni e/o sostituire l'ambiente di vita degli anziani gravemente disabili e senza supporto sociale.

LA TERAPIA E LA RIABILITAZIONE DELL'OSTEOARTROSI

Quadro sinottico

- L'artrosi è caratterizzata dalla degenerazione e distruzione della cartilagine articolare, a cui si associano alterazioni dell'osso subcondrale, della membrana sinoviale e della capsula articolare.
- La sintomatologia è caratterizzata dal dolore, dalla impotenza funzionale e dalla deformità dei capi articolari.
- I farmaci antiflogistici non steroidei, anche se non incidono fondamentalmente sulla evoluzione della malattia, rappresentano uno dei presidi più utilizzati nella terapia dell'artrosi.
- Tenendo presenti però i più frequenti e gravi effetti collaterali FANS-indotti nei soggetti anziani è raccomandabile, in questi ultimi, prescrivere i FANS solo quando gli analgesici (ad es. il paracetamolo) si dimostrano inefficaci.
- L'intervento chirurgico di sostituzione protesica dell'anca e del ginocchio va preso in considerazione, in casi selezionati, anche nei pazienti che hanno superato i 75 anni.

LA DIAGNOSI, IL TRATTAMENTO E LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

- Storia clinica, esame clinico, esami strumentali e di laboratorio per il riconoscimento della malattia cardiaca e del tipo di scompenso. Messa in atto di misure non farmacologiche standardizzate; limitazione dell'apporto calorico, dell'assunzione di sale e liquidi, sospensione del fumo e degli alcolici.
- Valutazione del rischio di compromissione dell'autosufficienza e della durata del riposo e dell'entità dell'esercizio fisico regolare da effettuare.
- Misure terapeutiche atte a mantenere il sincronismo atrio-ventricolare, a controllare le aritmie, a rallentare la frequenza cardiaca, a controllare la P.A. e l'eventuale ischemia miocardica.
- Scompenso cardiaco sistolico:
Diuretico + Digossina in presenza di F.A. e/o tachicardia
Diuretico + ACE inibitore nei pazienti euritmici.
Betabloccanti in casi selezionati.
- Scompenso cardiaco diastolico:
Diuretici + nitroderivati
Eventuale associazione con calcioantagonisti o betabloccanti o ACE inibitori a basse dosi.

LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SINCOPE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Valutazione diagnostica della sincope: esame clinico e strumentale.
- Sincope associata a cardiopatie: riconoscimento e trattamento della cardiopatia.
- Sincope non associata a cardiopatie:
 - a) valutazione della funzionalità del sistema nervoso autonomo;
 - b) valutazione dello stato del circolo cerebrale.
- Sincope a etiologia ignota.
- Misure di prevenzione e trattamento di natura generale e specifica.

LA PREVENZIONE, LA TERAPIA E LA GESTIONE DELLA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Quadro sinottico

- La SI espone il paziente anziano a gravi complicazioni e costituisce una importante causa di morte.
- I meccanismi attraverso i quali si instaura la S.I. sono essenzialmente tre: 1) l'assenza di movimento 2) la prolungata posizione clinostatica 3) la deprivazione sensoriale.
- Un fattore fondamentale nell'insorgenza di questa sindrome è il mancato riconoscimento del paziente a rischio.
- È indispensabile allontanare il paziente dal letto, tranne rarissime controindicazioni assolute.
- Un obiettivo prioritario è costituito dalla riacquisizione della capacità di mantenere la posizione eretta, eventualmente avvalendosi del piano ortostatico.

LA TERAPIA DELLE SINDROMI IPOGLICEMICHE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Nel soggetto anziano il rischio di neuroglicopenia è accentuato dal fatto che la risposta degli ormoni controregolatori, pur essendo quantitativamente sovrapponibile a quella dei soggetti giovani, avviene per livelli glicemici significativamente inferiori.
- In presenza di manifestazioni neurologiche acute, è opportuno richiedere un riscontro glicemico, anche in assenza di sintomi e segni simpato-adrenergici.
- Nel trattamento delle sindromi ipoglicemiche del soggetto anziano è indicato l'impiego di soluzioni glucosate per os o per via parenterale.
- Non esistono differenze età dipendenti sulle modalità ed i tempi di somministrazione delle soluzioni glucosate.
- Il trattamento dell'episodio ipoglicemico, soprattutto se iatrogeno, deve essere seguito da una valutazione comprendente la compliance del paziente, lo stato socio-ambientale, la condizione di autosufficienza, da cui scaturisca un programma terapeutico mirato.

IL TRATTAMENTO E LA GESTIONE DELLE SINDROMI PARKINSONIANE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- È indispensabile procedere ad un assessment geriatrico globale prima di intraprendere qualunque trattamento.
- Il farmaco cardine resta, da oltre 30 anni, la L-dopa, nonostante che l'assunzione cronica determini, dopo circa 5 anni dall'inizio del trattamento, l'insorgenza di caratteristiche fluttuazioni motorie.
- In alternativa alla L-dopa, nei pazienti di età non molto avanzata (tra i 55 e i 70 anni), si possono utilizzare i dopaminoagonisti che vengono impiegati anche in associazione alla L-dopa.
- È necessario trattare precocemente i disturbi associati (depressione, psicosi, insonnia, stipsi).
- È opportuno condurre il trattamento riabilitativo specifico e di riattivazione fin dalle fasi iniziali della malattia con l'obiettivo del recupero più alto possibile dei riflessi posturali e dell'equilibrio, al fine di evitare le frequenti cadute, la sindrome da immobilizzazione e la istituzionalizzazione.

IL TRATTAMENTO DELLA STIPSI

Quadro sinottico

- La diagnosi di **stipsi** è definita da una serie di elementi soggettivi ed oggettivi (riduzione del numero delle scariche, sensazione di pienezza rettale, evacuazione di feci dure) in relazione con una frequenza dell'alvo < 3/settimana, volume delle feci < 30-40 gr/die, rilievo di dolore nella evacuazione: la valutazione clinica, comprendente anamnesi, esame obiettivo ed esplorazione rettale è sufficiente per la diagnosi.
- La valutazione radiologica del grosso intestino e quella endoscopica, anche limitata all'ultimo tratto, permettono di individuare la maggior parte delle **cause di stipsi**.
- Le **complicanze della stipsi** possono indurre una cascata di eventi sfavorevoli: 1) diverticolosi e diverticolite semplice o complicata da emorragia, ascessi, fistole, peritonite, 2) fecalomi, 3) ragadi, 4) emorroidi con stitico ed anemia cronica, 5) ernia inguinale, 6) prollasso rettale, 7) turbe della cenestesi, 8) incontinenza fecale, 9) confusione mentale e turbe comportamentali, nei pazienti affetti da sindromi demenziali.
- La **stipsi di recente insorgenza** richiede un atteggiamento rapidamente diagnostico per individuare anomalie modificabili o malattie sistemiche di cui può essere un precoce segnale clinico.
- La **terapia sintomatica** della stipsi comprende: 1) eliminazione o riduzione dell'impiego cronico di lassativi e l'avvio di un idoneo regime dietetico-comportamentale; 2) impiego di lassativi al quarto giorno di alvo inefficace progredendo nella scelta, da quelli di volume, agli emollienti, agli osmotici, agli stimolanti, all'uso di supposte ed infine all'impiego di clisteri a bassa pressione.

N.B. Si segnala che la Food and Drug Administration ha bandito la vendita di lassativi contenenti fenolftaleina, riclassificata tra le sostanze non riconosciute come sicure ed efficaci.

LA TERAPIA DELLE ANEMIE SENILI

Quadro sinottico

- Le anemie senili comprendono quattro grandi gruppi:
 1. Anemie ipocromiche microcitiche.
 2. Anemie macrocitiche.
 3. Anemie emolitiche su base immunitaria.
 4. Anemie in corso di malattie croniche.
- La sintomatologia è spesso ingannevole se non si pone attenzione al quadro ematologico.
- I cardini diagnostici sono rappresentati da un esame emocromocitometrico completo e dal dosaggio della ferritinemia.
- L'intervento terapeutico deve essere il più sollecito possibile per evitare che le complicanze a carico dei diversi distretti, possano trasformarsi da funzionali in organiche e non siano più correggibili con la terapia.
- La gran parte delle forme anemiche dell'anziano è secondaria ad altre patologie; pertanto è necessario indagare sulle possibili cause.

LA TERAPIA ANTIBIOTICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- Valutare l'insufficienza multiorgano e lo stato nutrizionale.
- Tenere presente il pericolo di interazione con altri farmaci.
- Considerare la farmacodinamica e la farmacocinetica dell'antibiotico.
- Conoscere tutte le possibili reazioni avverse.
- Attenersi alla diagnosi eziologica o "all'ipotesi migliore" per la scelta dell'antibiotico.

LA TERAPIA DELLA CACHESSIA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La cachessia è una grave condizione clinica caratterizzata da coinvolgimento elettivo della massa magra.
- È opportuno, a fini diagnostici, il ricorso a metodiche strumentali per la determinazione della massa magra (BIA, DEXA) e del metabolismo basale (calorimetria indiretta), in modo da rendere possibile l'identificazione delle forme suscettibili di trattamento nutrizionale (deperimento organico).
- La terapia nutrizionale, anche intensiva, non sembra garantire, da sola, miglioramenti significativi nella prognosi del paziente con cachessia.
- Indispensabile è in ogni caso la valutazione dell'apporto calorico: se risulta scarso è comunque indicato il ricorso alla terapia nutrizionale (supporto dietetico, sondino, PEG).
- È sempre da prendere in considerazione la terapia palliativa di supporto per i pazienti con gravi patologie in fase avanzata.

LA TERAPIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La terapia antalgica nel paziente anziano è rivolta alla remissione del sintomo dolore e, quando possibile, al recupero funzionale del paziente.
- La scelta della terapia farmacologica deve pertanto basarsi su un assessment multidimensionale associato ad una valutazione del tipo, intensità e caratteristiche temporali del dolore.
- Il trattamento antalgico è sempre indicato, indipendentemente dalla possibilità di individuare e rimuovere la patologia responsabile della sindrome dolorosa.
- La terapia farmacologica va prescritta, secondo lo schema a piramide, utilizzando anche associazioni farmacologiche, in base alle caratteristiche del dolore ed alla situazione clinica del paziente.
- È opportuno iniziare il trattamento farmacologico antalgico con dosaggi ridotti (circa la metà) rispetto a quelli indicati per gli adulti.

LA TERAPIA DELL'OBESITÀ NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- L'obesità e la distribuzione centripeta del tessuto adiposo vanno tenute nella dovuta considerazione anche in età geriatrica.
- La riduzione del peso corporeo si riflette positivamente sulla polipatologia dell'anziano.
- Il programma terapeutico deve mirare ad una perdita di peso non superiore ad 1 Kg/settimana ($\leq 10\%$ peso usuale in 6 mesi) ed al successivo mantenimento dello stesso.
- Nel soggetto anziano la riduzione di peso deve basarsi elettivamente su una dieta ipocalorica (LCD) qualitativamente equilibrata in micro e macronutrienti e su una moderata attività fisica.
- Le VLCD, la terapia farmacologica e quella chirurgica sono da evitare nel soggetto anziano.

LA TERAPIA DELLO SHOCK NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- **Shock**
 - cardiogeno
 - da ostruzione cardiaca
 - ipovolemico
 - distributivo
- **Shock settico**
 - valutazione multidimensionale
 - somministrazione di antibiotici
 - rimuovere la sorgente di infezione
 - attuare supporto emodinamico
 - trattare la eventuale CID
 - trattare l'acidosi

IL TRATTAMENTO DEGLI STATI CONFUSIONALI NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La sintomatologia è caratterizzata da alterazioni della coscienza e dell'attenzione, della percezione, del pensiero, della memoria, del comportamento psicomotorio, dell'emotività e del ciclo sonno-veglia.
- È presente una notevole variabilità della gravità e della durata del quadro clinico.
- Il trattamento è in relazione alla causa responsabile della sindrome.
- Molta attenzione va riservata alla correzione di eventuali alterazioni metaboliche e idro-elettrolitiche.
- In alcuni casi è opportuno l'impiego di farmaci per controllare l'agitazione e i disturbi del comportamento (aloperidolo, risperidone, olanzapina, ecc.).

IL TRATTAMENTO E LA GESTIONE DEL PAZIENTE TERMINALE

Quadro sinottico

- La fase terminale di malattia ed il decesso dei pazienti anziani sono dovuti per il 65% dei casi a malattie neoplastiche, cardiache o neurovascolari; avvengono prevalentemente in ospedale (62%) e per meno del 20% a domicilio.
- Il corteo sintomatologico della fase terminale dei pazienti anziani è riconducibile a 7 sintomi cardine che sono: debolezza, dolore, dispnea, dispepsia, delirium, demenza, depressione (7D).
- L'anoressia è spesso espressione di occulta strategia di auto-soppressione.
- Lo stato confusionale agitato è sintomo di maggiore impegno assistenziale e spesso di effetto iatrogenico.
- La strategia di approccio al dolore cronico si fonda sull'auto-etero monitoraggio e sulla prevenzione della comparsa del sintomo e su schemi terapeutici validati.

LA TERAPIA DELLA TROMBOSI VENOSA PROFONDA E DELLA FLEBITE SUPERFICIALE DEGLI ARTI INFERIORI

Quadro sinottico

- Nella prevenzione della TVP effettuare: deambulazione, compressione elastica con fascia o calza o compressione pneumatica.
Utilizzare anche Eparina calcica per via s.c. 5000 U.I. x 2 volte/die; 7500 U.I. x 2 volte/die in chirurgia maggiore o meglio ancora LMWH, circa 200 U.I./Kg/die.
- Le eparine sono il farmaco fondamentale nel trattamento della TVP; Eparina sodica 5000 U.I. in bolo e.v. e circa 25000 U.I./24 ore mantenendo l'aPTT tra 2-2,5 volte del valore basale. Embricare con anticoagulanti orali (TAO) mantenendo l'INR tra 2-3 e proseguire poi per 3-6 mesi.
Si va oramai sempre più consolidando l'utilizzo delle LMWH al dosaggio medio di 200 U.I./Kg/die.
- La trombolisi da utilizzare solo in caso di phlaegmasia coerulea dolens può essere effettuata con Urochinasi (UK) alla dose di 4400 U.I./Kg/ora fino alla completa lisi del trombo e non oltre le 48-72 ore, oppure con attivatore tissutale del plasminogeno (r-tPA), associati ad eparina sodica poi embricata con TAO.
- Applicazione filtro cavale.
- La terapia della tromboflebite superficiale può essere attuata con applicazione di fascia o calza elastica, eparina calcica alla dose di 25000 U.I./die in due smministrazioni, oppure LMWH alla dose di 200 U.I./Kg/die.

LA TERAPIA DELL'ULCERA PEPTICA NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La sintomatologia può essere atipica, attenuata o assente.
- Il rischio di complicanze nei pazienti anziani è più elevato.
- I farmaci a disposizione per la cura delle lesioni acute sono molto efficaci ed esenti da effetti indesiderati importanti anche in età avanzata.
- L'isolamento dell'HP, in caso di ulcera, ne impone l'eradicazione.
- La terapia endoscopica della complicanza emorragica è molto spesso risolutiva ed ha ridotto la necessità del ricorso alla chirurgia.

LA VALUTAZIONE CLINICO-STRUMENTALE E TERAPEUTICA DELL'IPOTIROIDISMO NELL'ANZIANO

Quadro sinottico

- La terapia è sostitutiva con L. Tiroxina per via orale: nell'ipotiroidismo conclamato sempre, nell'ipotiroidismo subclinico subordinatamente alla presenza di altri fattori.
- Primo obiettivo = risolvere le manifestazioni cliniche. Secondo obiettivo = ristabilire lo stato eutiroideo normalizzando prima FT₄, poi TSH.
- Dose iniziale di < 25 mcgr/dì ogni 4-6 settimane, previa valutazione clinica e dosaggio FT₄.
- Raggiungere la dose media sostitutiva di 75/100 mcgr/dì in non meno di 2 mesi; controllo clinico e dosaggio del solo TSH.
- A quadro e terapia stabilizzati, controllo clinico e dosaggio del TSH ogni 6 mesi.