- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sun, 06 Jul 2025, 01:25:59

La differente patogenesi condiziona una strategia terapeutica diversa? Argomenti contro

Pantaleo Giannuzzi

Divisione di Cardiologia, Fondazione S. Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno, Veruno (NO)

(Ital Heart J 2003; 4 (Suppl 8): 45S-46S)

© 2003 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Pantaleo Giannuzzi

Divisione di Cardiologia
Fondazione S. Maugeri, IRCCS
Via per Revislate, 13
28010 Veruno (NO)
E-mail:
pgiannuzzi@fsm.it

Lo scompenso cardiaco è il principale problema di salute pubblica, la cui prevalenza cresce con l'età, per assumere dimensioni particolarmente rilevanti nelle fasce di età più avanzate (> 75 anni). Le caratteristiche fisiopatologiche e cliniche dello scompenso cardiaco nell'anziano non sono state completamente chiarite.

Nel National Heart Failure Project[1] che ha raccolto dati relativi a 34 587 pazienti di età > 65 anni, dimessi tra il 1998 e il 1999 con diagnosi principale di scompenso cardiaco, il 30% dei pazienti presentava una frazione di eiezione del ventricolo sinistro > 40%.

Come atteso, le comorbidità erano molto presenti in questa popolazione: il 30% dei pazienti aveva storia di ipertensione arteriosa trattata, o di malattia cronica; il 38% diabete, il 33% broncopatia cronica ostruttiva e il 30% circa fibrillazione atriale. Tutte le comorbidità di pazienti con frazione di eiezione > 40% erano più rappresentate nella fascia di età più avanzata (> 70 anni).

Il registro italiano della rete ospedaliera (IN-CHF Registry)[2] conferma questi dati ed offre interessanti spunti di riflessione relativamente all'approccio diagnostico-terapeutico del paziente anziano scompensato seguito ambulatoriamente. In particolare, questa analisi conferma che oltre ad una rilevante presenza di comorbidità i pazienti anziani scompensati spesso hanno una funzione ventricolare sistolica preservata e prognosi decisamente sfavorevole (mortalità a 1 anno pari a 28-30%). Inoltre, nonostante l'età sia un potente predittore di mortalità, i trattamenti farmacologici raccomandati (betabloccanti ed ACE-inibitori) e le indagini diagnostico-strumentali sono largamente sottoutilizzati negli anziani rispetto ai pazienti più giovani. Questo sembra un dato ricorrente anche nel contesto del ricovero ospedaliero: le procedure diagnostiche sono alquanto limitate così pure le terapie farmacologiche largamente subottimali nei pazienti anziani ricoverati per scompenso[3-5].

Scompenso cardiaco e funzione sistolica preservata

Recenti studi epidemiologici suggeriscono che una rilevante quota di pazienti (dal 30 al 50%) con scompenso cardiaco, soprattutto se anziani, hanno funzione sistolica del ventricolo sinistro preservata. Questi pazienti ai quali spesso si pone diagnosi di disfunzione diastolica o di scompenso diastolico, sembrano avere una prognosi a breve termine migliore ma una mortalità a lungo termine simile ai pazienti scompensati con disfunzione sistolica del ventricolo sinistro.

Anche il tempo di riospedalizzazione è simile nei due gruppi di pazienti e sottolinea come lo scompenso diastolico contribuisca in modo rilevante a costi sociali della malattia[6-13].

Nella pratica quotidiana, la diagnosi di scompenso diastolico è spesso ipotizzata in pazienti che si presentano con sintomi e segni suggestivi di scompenso cardiaco, nei quali viene successivamente esclusa la concomitante presenza di disfunzione sistolica del ventricolo sinistro.

Molti pazienti con sintomi di scompenso (specie quelli con dispnea in esercizio) e funzione sistolica conservata hanno cause o spiegazioni alternative dei loro sintomi, quali l'obesità, una malattia broncopolmonare e l'ischemia miocardica. Questo suggerisce

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sun, 06 Jul 2025, 01:26:00

che lo scompenso diastolico più che vera entità clinica è spesso una diagnosi errata[14,15].

Pertanto, la diagnosi di scompenso diastolico per esclusione, basata su sintomi in assenza di importante disfunzione ventricolare sinistra o significativa patologia valvolare, è insoddisfacente. Inoltre, troppo spesso si trascura il fatto che la disfunzione sistolica può essere transitoria. Un recente studio infatti, condotto su pazienti con edema polmonare acuto e ipertensione arteriosa[16], ha evidenziato un bassa prevalenza di disfunzione sistolica del ventricolo sinistro durante l'episodio acuto e nel follow-up successivo, indicando che una transitoria disfunzione ventricolare sinistra non è rara almeno in questa categoria di pazienti. Gli anziani, spesso ipertesi e coronaropatici, sono particolarmente esposti ad episodi ripetuti di disfunzione sistolica transitoria che assume così un ruolo causale determinante rispetto alla disfunzione diastolica isolata. Infine, in questo contesto particolarmente significative sono le segnalazioni che pazienti con funzione sistolica conservata (attraverso parametri ecografici convenzionali) e sintomi sospetti di scompenso cardiaco possono avere invece uno scompenso causato da una subdola disfunzione sistolica persistente piuttosto che da disfunzione diastolica isolata[17].

In sintesi, i pazienti con scompenso cardiaco e funzione ventricolare sinistra apparentemente conservata, sono generalmente più anziani, più probabilmente donne, e hanno una più alta incidenza di ipertensione, diabete, fibrillazione atriale, obesità rispetto ai pazienti scompensati con disfunzione sistolica.

Lo scompenso cardiaco a funzione ventricolare sinistra conservata, di frequente riscontro nell'anziano, non sembra essere esclusivamente una condizione caratterizzata da disfunzione diastolica isolata, ma è più probabile associata e determinata dalla combinazione di molteplici fattori e/o comorbidità che contribuiscono alla disfunzione diastolica, quali l'ipertensione, l'ipertrofia ventricolare, l'età avanzata e la malattia coronarica.

Il contributo di questi singoli fattori alla sindrome dello scompenso può variare notevolmente tra pazienti, senza trascurare tuttavia che sia l'ipertensione che l'ischemia miocardica possono indurre sintomi di scompenso attraverso una transitoria, a volte subdola, disfunzione ventricolare.

Queste motivazioni epidemiologiche e fisiopatologiche sottolineano la necessità e l'urgenza di adottare ed implementare strategie di ottimizzazione diagnostica e terapeutica nel paziente anziano con scompenso cardiaco.

Bibliografia

1. Havranek E, Masoudi F, Westfall KA, Wolfe P, Ordin DL, Krumholz HM. Spectrum of heart failure in older patients: results from the National Heart Failure Project. Am Heart J 2002; 143: 412-7.
2. Pulignano G, Del Sindaco D, Tavazzi L, et al, for the IN-CHF Investigators. Clinical features and outcomes of elderly outpatients with heart failure followed up in hospital cardiology units: data from a large nationwide cardiology database (IN-CHF Registry). Am Heart J 2002; 143: 45-55.
3. SEOSI Investigators. Survey on heart failure in Italian hospital cardiology units: results of the SEOSI study. Eur Heart J 1997; 18: 1457-64.
4. Schweiger C, a nome del Comitato di Coordinamento e dei Centri Partecipanti. EARISA: Studio sull'Epidemiologia e sull'Assorbimento di Risorse di Ischemia, Scompenso e Aritmie. G Ital Cardiol 1997; 27 (Suppl): 1-54.
5. Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, et al, for the OSCUR Investigators. Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure: the OSCUR study. Outcome dello Scompenso Cardiaco in Relazione all'Utilizzo delle Risorse. Eur Heart J 2001; 22: 596-604.
6. Vasan RS, Larson MG, Benjamin EJ, et al. Congestive heart failure in subjects with normal versus reduced left ventricular ejection fraction: prevalence and mortality in a population-based cohort. J Am Coll Cardiol 1999; 33: 1948-55.
7. Cowie MR, Nood DA, Coates A, et al. Incidence and aetiology of heart failure: a population-based study. Eur Heart J 1999; 20: 421-8.
8. Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, et al. Congestive heart failure in the community: a study of all incident cases in Olmstead County, Minnesota, in 1991. Circulation 1998; 98: 2282-9.
9. Cleland JG, Khand A, Clark AL. The epidemic of heart failure: how big is it? Eur Heart J 2000; 22: 623-6.
10. Taffet G, Teasdale TA, Bleyer AJ, et al. Survival of elderly men with congestive heart failure. Age Ageing 1992; 21: 49-55.
11. Kitzman DW, Gardin JM, Gottdiener JS, et al, for the Cardiovascular Health Study Research Group. Importance of heart failure with preserved systolic function in patients ≥ 65 years of age. Cardiovascular Health Study. Am J Cardiol 2001; 87: 413-9.
12. Pernenkil R, Vinson JM, Shah AS, et al. Course and prognosis in patients > 70 years of age with congestive heart failure and normal versus abnormal left ventricular ejection fraction. Am J Cardiol 1997; 79: 216-9.
13. Philbin EF, Rocco TA, Lindenmuth NW, Ulrich K, Jenkins PL. Systolic versus diastolic heart failure in community practice: clinical features, outcomes and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors. Am J Med 2000; 109: 605-13.
14. Banerjee P, Banerjee T, Khand A, Clark AL, Cleland JG. Diastolic heart failure: neglected o misdiagnosed? J Am Coll Cardiol 2002; 39: 138-41.
15. Caruana L, Petrie MC, Davie PA, McMurray JJ. Do patients with suspected heart failure and preserved left ventricular systolic function suffer from "diastolic heart failure" or from misdiagnosis? A prospective descriptive study. BMJ 2000; 321: 215-8.
16. Gandhi SK, Powers JC, Nomeir A, et al. The pathogenesis of a pulmonary edema associated with hypertension. N Engl J Med 2001; 344: 17-22.
17. Petrie MC, Caruana L, Berry C, McMurray JJ. "Diastolic heart failure" or heart failure caused by subtle left ventricular systolic dysfunction? Heart 2002; 87: 29-31.