

Scompenso Cardiaco - Casi Clinici

C. Felici

Lo scompenso cardiaco è una sindrome caratterizzata da sintomi (astenia, dispnea) e segni (edemi, crepitii polmonari, turgore giugulare) causati da un'anomalia cardiaca funzionale e/o strutturale che si traduce in ridotta gittata cardiaca e/o elevate pressioni intracardiache a riposo o sotto sforzo. Lo scompenso cardiaco ha una prevalenza dell'1-2% della popolazione generale, superando il 10% sopra i 70 anni. Si riconoscono tre tipi di scompenso cardiaco: scompenso cardiaco con ridotta funzione sistolica (HFrEF), scompenso cardiaco con funzione sistolica preservata (HFpEF), scompenso cardiaco con funzione sistolica lievemente ridotta (HFmrEF). Nel primo la frazione di eiezione del ventricolo sn (LVFE) è <40%, nel secondo è ≥50% e nel terzo è 40-49%. Si parla di disfunzione ventricolare se il paziente è asintomatico ma ha una FE <50%, di scompenso cardiaco acuto in presenza di sintomi ad insorgenza rapida ed acuta, di scompenso cardiaco cronico quando un paziente ha una storia di episodi di scompenso cardiaco, stabile quando i segni/sintomi sono invariati da almeno un mese, decompensato quando c'è un peggioramento dei sintomi più o meno rapido¹.

La prevalenza globale viene stimata intorno al 1-3% della popolazione, e aumenta con l'età: nei soggetti ultrasettantenni risulta essere di circa il 7,5%, e negli ultraottantenni arriva al 10%².

Caso Clinico 1

Paziente M.P. di anni 79.

Il Signor M.P. è nato nel 1940. Ex fumatore di 50 sigarette/die dai 18 ai 33 anni; quando diventa mio assistito, nel 1995, ha 55 anni, è affetto da ipertensione arteriosa e già da quattro anni è portatore di quadruplice bypass aortocoronarico in seguito a sindrome coronarica acuta STEMI anteroseptale.

A 62 anni intervento di tromboendoarteriectomia su carotide interna sinistra per stenosi occlusiva. Sulla carotide interna destra è presente stenosi subocclusiva, regolarmente monitorata.

A 65 anni, recidiva di sindrome coronarica acuta STEMI anteriore con successivo confezionamento di triplice bypass aortocoronarico.

A 72 anni, insorgenza di fibrillazione atriale permanente, trattata con cardioversione elettrica e poi con terapia medica con Amiodarone, successivamente interrotta per insorgenza di ipotiroidismo iatrogeno e fibrosi polmonare da Amiodarone. In trattamento anticoagulante dapprima con TAO (Acenocumarolo) e successivamente con NAO (Rivaroxaban 15 mg/die).

A 77 anni viene sottoposto ad impianto di defibrillatore automatico ICD monocamerale.

Il Signor M.P. è affetto anche da importanti comorbidità:

- insufficienza renale cronica moderata: stadio 3 (creatinina sierica recente 1.70 mg/dl) in follow up specialistico nefrologico;
- emicolectomia destra (2018) per adenocarcinoma del colon (follow up oncologico in corso);
- anemia sideropenica in trattamento marziale;
- pregresso TIA (2004);
- spondilo-disco-artrosi severa del rachide cervicale e lombare, con frequenti episodi di algia e impotenza funzionale;
- ipotiroidismo iatrogeno in trattamento sostitutivo;
- ipertrofia prostatica;
- pregressa sindrome post pericardiotomica;
- calcolosi della colecisti.

Il paziente è inoltre scarsamente tollerante alle statine, attualmente sostituite con Ezetimibe.

Il paziente ha sempre svolto una vita attiva che ha mantenuto anche con il pensionamento.

La funzionalità cardiaca è progredita coerentemente con il quadro di cardiomiopatia ischemica ad evoluzione dilatativa (Frazione di Eiezione 48% nel 2006, 40% nel 2008, 43% nel 2015, 30% nel 2019) e nel corso degli anni si sono manifestati episodi di scompenso cardiaco, uno dei quali associato a polmonite di comunità.

Attualmente il paziente è in classe funzionale NYHA II/III iniziale, con FE 30%.

Il Signor M.P. è sempre stato seguito da specialista cardiologa di fiducia, utilizzando l'accesso in intramoenia alla struttura pubblica (A. O. San Camillo Forlanini).

Nel corso del 2018, in considerazione del quadro clinico cardiologico evolutivo, complicato dal riscontro di adenocarcinoma del colon, in accordo con la cardiologa di fiducia il paziente si è rivolto all'Ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco dell'A.O. San Camillo Forlanini, dove è stato preso in carico per la rivalutazione e stadiazione dello scompenso, il relativo aggiustamento terapeutico e la programmazione del follow up.

All'ultimo controllo cardiologico effettuato presso l'Ambulatorio Scompenso Cardiaco dell'A.O. San Camillo Forlanini, a fine Febbraio 2019, sono emersi:

- condizioni generali e cardiocircolatorie stabili con capacità funzionale ridotta;
- all'esame obiettivo: toni di ampiezza ridotta; non terzo tono; SS 2-3/6 al centro e alla punta; non stasi polmonare; edemi declivi ++; esiti di safenectomia bilaterale con ectasie venose;
- PA: 110/60; FC: 60; Peso 71 Kg; alt 171 cm; BM1: 24,28; Classe NYHA: II.

Come nelle visite precedenti, anche in questa occasione sono stati rilasciati dei *commenti per il Curante*:

“Condizioni generali e cardiocircolatorie stabili. FE odierna 31%. Visita Nefrologica eseguita. TSAT 12%: carenza marziale. Prosegue terapia con modifiche (vedi schema allegato)”.

- 1) Sangue nelle feci: corregge anemia con terapia
- 2) Modifica terapia diuretica
- 3) Controllo programmato successivo (salvo urgenze) il giorno 15 MARZO 2019 ore 11.00 con impegnativa Visita Cardiologica + ECG (Piano Primo).

È stata prescritta la **terapia farmacologica**:

- Pantoprazolo 40 mg 1cp/die
- Losartan 12,5mg 1cpr bis in die
- Bisoprololo 1,25mg 1cp/die
- Rivaroxaban 15 mg 1cp/die
- Furosemide 500 1/4 cp bis in die
- Levotiroxina sodica 50 mcg 1cp/die
- Ezetimibe 10 mg 1 cps/die
- Febuxostat 80 mg 1 cps/die
- Metolazone 5 mg 1/2 cp 2 volte a settimana in riposo assoluto, fine a risoluzione degli edemi e calo ponderale di almeno 3 kg
- Tamsulosina 1cp/die
- Dutasteride 1cp/die
- Calcitriolo 1cp/die
- Ferriprotinato+calcio protinato 1 cps al dì

È stata prescritta anche la **terapia non farmacologica**

- Non sospendere o modificare la cura senza consultare il Medico Curante
- Controllare il peso corporeo ogni 3 Giorni (peso ideale= altezza - 100).
- Contattare TELEFONICAMENTE l'Ambulatorio o il Medico curante se aumenta rapidamente di 2-3 Kg ed eventualmente aumentare il Diuretico
- Controllare e annotare in diario Pressione Arteriosa (inferiore 130/80) e frequenza cardiaca (circa 60-65 bpm)
- Dieta: a basso contenuto di grassi animali e di sale da cucina: il colesterolo LDL deve essere inferiore a 70 mg/dl
- Liquidi: Bere circa 1-1,5 litro di acqua o se si ha sete
- Non fumare; evitare vino e alcolici
- Evitare sbalzi di temperatura e stress psico-fisici
- Eseguire regolare esercizio fisico (passeggiate, cyclette) secondo lo schema consigliato
- Vaccino antinfluenzale quando disponibile
- Evitare l'assunzione di anti-infiammatori non steroidei (FANS)

Ed è stato ribadito che l'Ambulatorio non è un servizio per l'emergenza, non sostituisce il servizio di Emergenza Sanitaria 118 né svolge le attività che sono di competenza del Medico di Famiglia.

Nell'attività dell'Ambulatorio per lo Scompensio Cardiaco, si favorisce quindi la comunicazione anche con il Curante e l'empowerment del paziente, come suggerito anche dalle Linee Guida ESC¹.

La promozione dell'empowerment, cioè la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute costituisce una delle caratteristiche specifiche anche della disciplina della Medicina Generale e di Famiglia, così come riportato nella Definizione Europea WONCA della Medicina Generale/Medicina di Famiglia³. È auspicabile che il medico di medicina generale e lo specialista concorrano sinergicamente nel sostenere l'autonomia gestionale da parte dei pazienti affetti da Scompensio Cardiaco.

Il Signor M.P. vive solo, essendo rimasto improvvisamente vedovo alla fine del 2017. Attualmente è ancora in carico presso l'Ambulatorio, ma è già stato programmato il rinvio alle cure del medico di medicina generale, alla fine del 2019, per esigenze dettate dai carichi di lavoro.

Caso Clinico 2

Paziente S.V. di anni 81.

Conosco la Signora S.V. circa tre anni fa, all'età di 79 anni. È una persona molto attiva, si occupa tuttora dell'azienda di famiglia. Viene in visita per consigli su edemi degli arti inferiori, riferibili ad accertata insufficienza venosa periferica, per la quale è in cura presso uno specialista.

Alla visita, oltre i segni di stasi agli arti inferiori, emerge il reperto di soffio 2-3/6 sul focolaio aortico e al mesocardio. L'Ecocolordoppler cardiaco eseguito sei mesi prima e portato in visione, mostra:

- Ventricolo sinistro con rimodellamento concentrico parietale, normale funzione sistolica e disfunzione diastolica di I grado. **EF = 60%**;
- Valvola aortica sclero-calcifica, con Gradiente massimo = 47 MmHg e Gradiente medio = 28 MmHg;
- Insufficienza aortica moderata (PHT flusso di rigurgito = 385 msec);
- Insufficienza mitralica lieve, prevalentemente protosistolica;
- Insufficienza tricuspидale con PAPS ai limiti della norma (28 mHg);
- Radice vasale aortica sclero-ectasica (SDV = 49 mm; tratto ascendente = 39 mm);
- Pericardio indenne.

Nei mesi successivi la paziente viene in visita solo sporadicamente. Dopo un episodio similinfluenzale viene in visita lamentando lievi sintomi di astenia. Gli esami ematochimici sono nella norma e per il sovrapporsi di impegni personali la paziente non è disponibile ad ulteriori approfondimenti clinici.

Dopo circa diciotto mesi dalla prima visita, la paziente si sottopone a visita cardiologica per controllo della funzionalità e per il rilievo di valori pressori superiori alla media. Al controllo ecocardiografico si evidenzia:

- significativa sclerocalcificazione aortica con stenosi valvolare di grado medio-grave con insufficienza valvolare lieve-media;
- Significativa ipertrofia concentrica del VS con normali dimensioni e funzione contrattile globale.

La paziente inizia terapia con Telmisartan 40 mg+ Idroclorotiazide 12,5 mg 1 volta al giorno. Da allora non ho più notizie. Dopo più di un anno vengo contattata dal figlio: da alcune settimane la madre avrebbe accusato dispnea ed edemi declivi ingravescenti e un nuovo controllo cardiologico avrebbe messo in evidenza segni di scompenso cardiaco.

Il referto della visita cardiologica effettuata privatamente dalla paziente presso la cardiologa di fiducia, riporta infatti la diagnosi di:

- Steno-Insufficienza Aortica a prevalente stenosi di grado severo (G max<0 85 mmHG; G med= 50 mmHg);
- Ipertensione Polmonare grave, stimata su moderato rigurgito tricuspидale (PAPS= 70 mmHg);
- esiti di Infarto Miocardico antero-apicale di epoca imprecisata;
- Tachicardia Sinusale.

La paziente ha subito iniziato ad assumere la terapia consigliata:

- Furosemide 25 mg 1 cpr h 8:00 e ½ cpr h 13:00
- Spironolattone 25 mg 1 cpr 2 volte a settimana
- Carvedilolo 6,25 mg 1 cpr 2 volte al dì
- Acido Acetilsalicilico 200 mg 1 cpr al dì;
- Esomeprazolo 20 mg 1 cpr al dì.

Gli esami ematochimici effettuati mettono in evidenza anemia, leucocitosi neutrofila e aumento degli indici infiammatori.

Alla visita domiciliare la paziente appare relativamente dispnoica a riposo, con saturazione al pulsossimetro digitale tra 85 e 89%. All'esame obiettivo toracico riduzione del murmure vescicolare su tutto l'ambito polmonare, in particolare sul medio-basale destro. Agli arti inferiori presenza di importanti edemi bilaterali.

Inizia terapia antibiotica con ceftriaxone 1 gr. I.M., terapia marziale (Hb 9.7 mg%), ossigenoterapia e incremento della terapia diuretica.

La paziente esegue RX Torace a domicilio, che mette in evidenza un processo broncopneumonico medio basale destro. Inizia terapia con Claritromicina 500 mg 1 cpr/due volte al dì.

I familiari rifiutano la proposta di ricovero ospedaliero e, in accordo con la Cardiologa di fiducia, concordiamo il proseguimento delle cure a domicilio, avvalendoci anche di assistenza infermieristica e di cura alla persona, per il momento a carico diretto della famiglia, in attesa di attivazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata del distretto ASL di appartenenza.

Il caso della Signora S.V., ben diverso da quello del Signor M.P., è molto frequente nella pratica clinica della medicina generale, anche a causa dell'aumento dell'età media della popolazione. L'evoluzione prevedibile di molte condizioni patologiche cardiache verso una condizione di scompenso, rende evidente la necessità di individuare tempestivamente i pazienti a rischio, indirizzandoli ad un efficace percorso di cura¹. D'altra parte, la messa in atto di cure domiciliari di media intensità fa emergere la necessità di avere a disposizione servizi sanitari, diagnostico-terapeutici e di assistenza, attivabili tempestivamente ed efficacemente.

Nella Regione Lazio i ricoveri ospedalieri per cardiopatie riferibili anche a Scompenso Cardiaco sono pari a circa il 2,5% del totale dei ricoveri e sopra i 65 anni di età, tale percentuale supera il 7%⁴.

La prevenzione dei ricoveri e della conseguente mortalità necessita di una strategia di continuità e multidisciplinarietà dell'assistenza, come ampiamente dimostrato dalla letteratura⁵⁻⁷ e le Linee Guida ESC 2016 per lo Scompenso Cardiaco raccomandano che i pazienti con Scompenso Cardiaco siano inseriti in un programma di assistenza multidisciplinare al fine di ridurre il rischio di ospedalizzazione e mortalità per Scompenso Cardiaco (Raccomandazione IA)¹.

La continuità dell'assistenza in Italia è ancora a macchia di leopardo e riguarda comunque non più del 50% dei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco⁵. L'Ambulatorio per lo Scompenso è sicuramente uno strumento importante per la concretizzazione del percorso di assistenza⁶, ma ancora più importante è la realizzazione di un percorso di presa in carico che coinvolga a pieno titolo i servizi ospedalieri specialistici, di ricovero ed ambulatoriali, e quelli territoriali, con il Medico di Medicina Generale e i Centri di Assistenza Domiciliare dei Distretti ASL, gli Hospice per le Cure Palliative, come già previsto, nel Lazio, da decreti Regionali, ma non ancora realizzato⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37: 2129-200.
2. The ILSA Working Group. Prevalence of chronic diseases in older italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 995-1002.

3. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE WONCA EUROPE edizione 2011. Traduzione italiana a cura del Coordinamento delle Società Scientifiche Italiane Aderenti a WONCA.
4. Stato di Salute della Popolazione Residente nella Regione Lazio <https://www.opensalutelazio.it/salute/>
5. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 810-9.
6. Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, et al, for the TEMISTOCLE Investigators. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds - the TEMISTOCLE study. *Am Heart J* 2003; 146: E12.
7. De Maria R, Misuraca G, Milli M, Filippi A. La gestione integrata fra ambulatorio scompenso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2010; 11(5 Suppl. 2): 38S-44S.
8. Decreto del Commissario ad Acta U00474 del 7 ottobre 2015 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo". B.U.R.L. n°83 del 15.10.2015.

Dott.ssa Claudia Felici, Medico di Medicina Generale, Roma

Per la corrispondenza: cla.felici@gmail.com