

## Lo scompenso cardiaco. Alcuni dati epidemiologici

### G. Minardi, P. Mattacola

Lo scompenso cardiaco (SC) si può definire come una sindrome complessa, caratterizzata da una alterazione della struttura e della funzione cardiaca che porta a un'insufficiente funzione di pompa del cuore, assoluta o relativa.

Come conseguenza, gli organi e i tessuti ricevono quantità di O<sub>2</sub> insufficienti per le loro esigenze metaboliche.

Lo SC può essere distinto in vari modi, tenendo conto che non vi sono nette distinzioni tra una forma di classificazione ed un'altra e che, nella pratica clinica, le forme sono in genere miste con una prevalenza dell'una sull'altra e che, nel tempo, si può passare da una forma acuta ad una cronica e viceversa. Tra i vari modi classificativi, si distingue:

**SC cronico** (*i sintomi tendono a svilupparsi lentamente e ad aggravarsi nel tempo*)

**SC acuto** (*si può presentare ex novo in pazienti senza cardiopatia nota o come aggravamento improvviso di uno SC cronico*).

oppure:

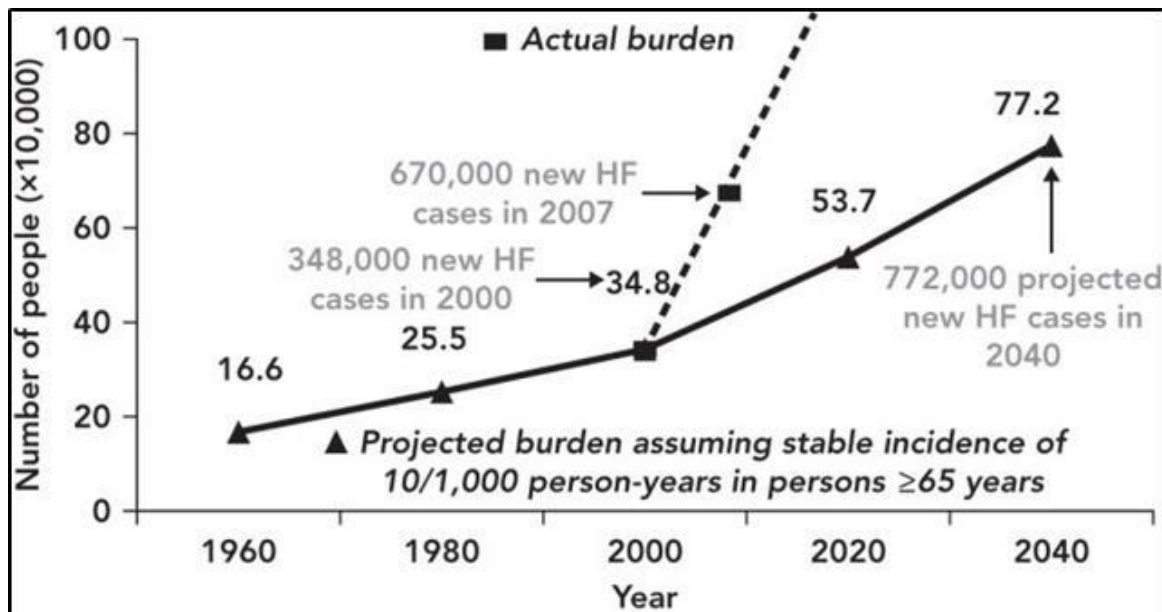
**SC sistolico** (*incapacità del cuore a contrarsi efficacemente*)

**SC diastolico** (*difficoltà dei ventricoli a riempirsi adeguatamente*)

Più recentemente e sulla base del valore della "frazione d'eiezione del ventricolo sinistro" (LVEF), si sono identificati uno SC

- a **LVEF preservata** (HFpEF), caratterizzata da una EF  $\geq 50\%$ ,
- a **LVEF ridotta** (HFrEF), caratterizzata da una EF  $< 40\%$ ,
- a **LVEF intermedia** o *mid-range* (HFmrEF), caratterizzata da una EF 40-49%.

Lo SC è una vera e propria pandemia che colpisce circa 26 milioni di persone in tutto il mondo<sup>1-3</sup>. La prevalenza dello SC continua a crescere nel tempo con l'aumentare dell'età della popolazione. Tra la popolazione degli USA si è passati da 5.7 milioni (tra il 2009 e il 2012) a 6.5 milioni (tra il 2011 e il 2014) con un previsto incremento del 46% tra il 2012 e il 2030 (circa 8 milioni di adulti con età >20anni) (Fig. 1).



**Fig. 1: Burden of Heart Failure.** The actual annual incidence of heart failure (HF) reported in the US (squares and dotted line) exceeded the projected annual incidence (triangles and solid line) calculated based on a stable incidence of 10 per 1,000 person-years in persons aged  $\geq 65$  years

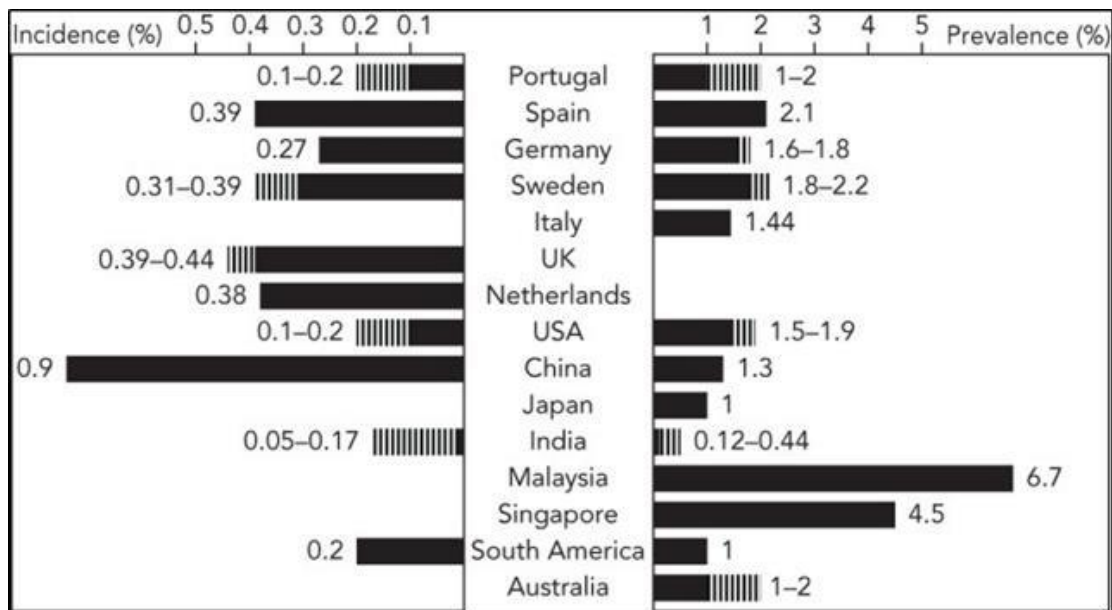
L'epidemiologia dello SC in Europa è stata poco analizzata. Le modalità di manifestazione dello SC e l'eziologia appaiono eterogenee nelle varie indagini epidemiologiche e cliniche e nei vari studi pubblicati; inoltre le informazioni relative ai diversi paesi europei sono scarse.

Recenti studi hanno documentato che la diagnosi basata esclusivamente su criteri clinici è spesso inadeguata, particolarmente nel sesso femminile, negli anziani e nei soggetti obesi. Al fine di analizzare l'epidemiologia, di formulare un giudizio prognostico e di ottimizzare la scelta dei trattamenti dello SC dovrebbe essere minimizzata o evitata l'incertezza nella diagnosi e nella etiopatogenesi del quadro clinico della malattia.

In Europa la prevalenza di SC è valutata 1.36% tra I 25 e 49 anni, 2.93% tra 50 e 59 anni, 7.63% tra 60 e 69 anni, 12.67% tra 70 e 79 anni e 16.14% oltre gli 80 anni<sup>4</sup>.

La prevalenza dello SC nella popolazione generale viene stimata tra lo 0,4 e il 2%. La Società Europea di Cardiologia (ESC), con riferimento a paesi con una popolazione di oltre 500 milioni, stima che il numero di pazienti con SC in Europa è compreso tra 2 e oltre 10 milioni. Esso tende rapidamente ad aumentare con l'età, raggiungendo il 10% nei pazienti di età  $>70$  anni.

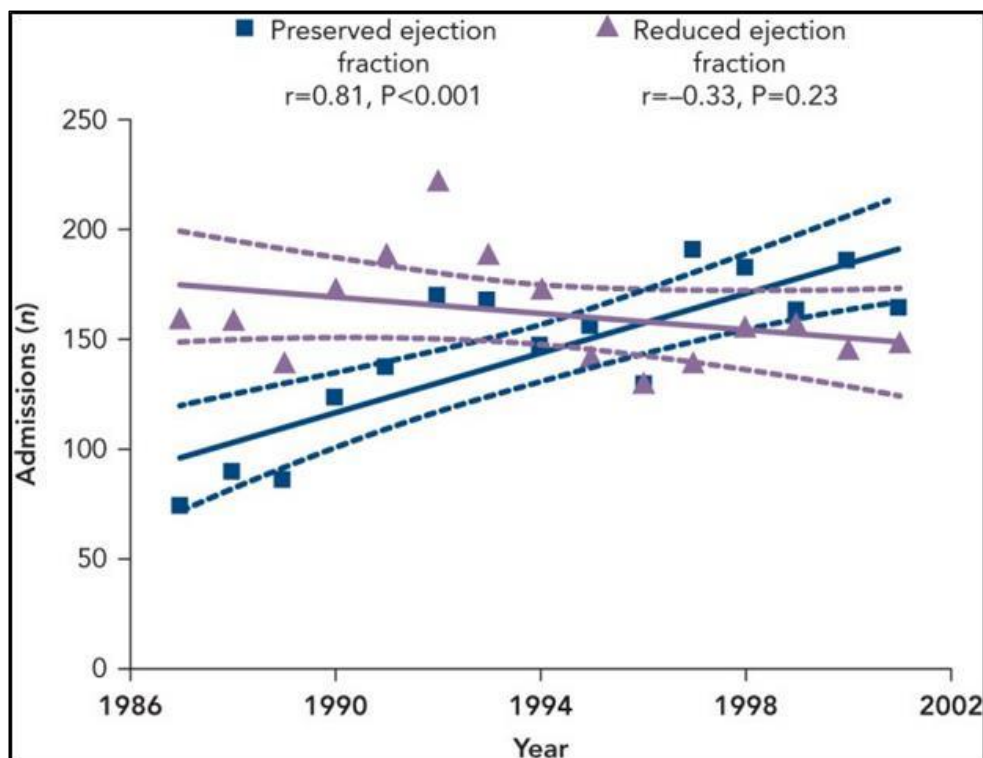
La prevalenza di SC in Italia è valutata pari a 1.44%<sup>5</sup> (Fig. 2).



**Fig. 2:** Prevalenza dello SC nel mondo

Il rischio di SC a 55 anni è del 33% per i maschi e del 28% per le femmine.

Dati ricavati da pazienti ospedalizzati suggeriscono che l'incidenza dello SC è in diminuzione, per i paz. con HFReEF, mentre mostra un trend in aumento in quelli con HFpEF. (Fig. 3).

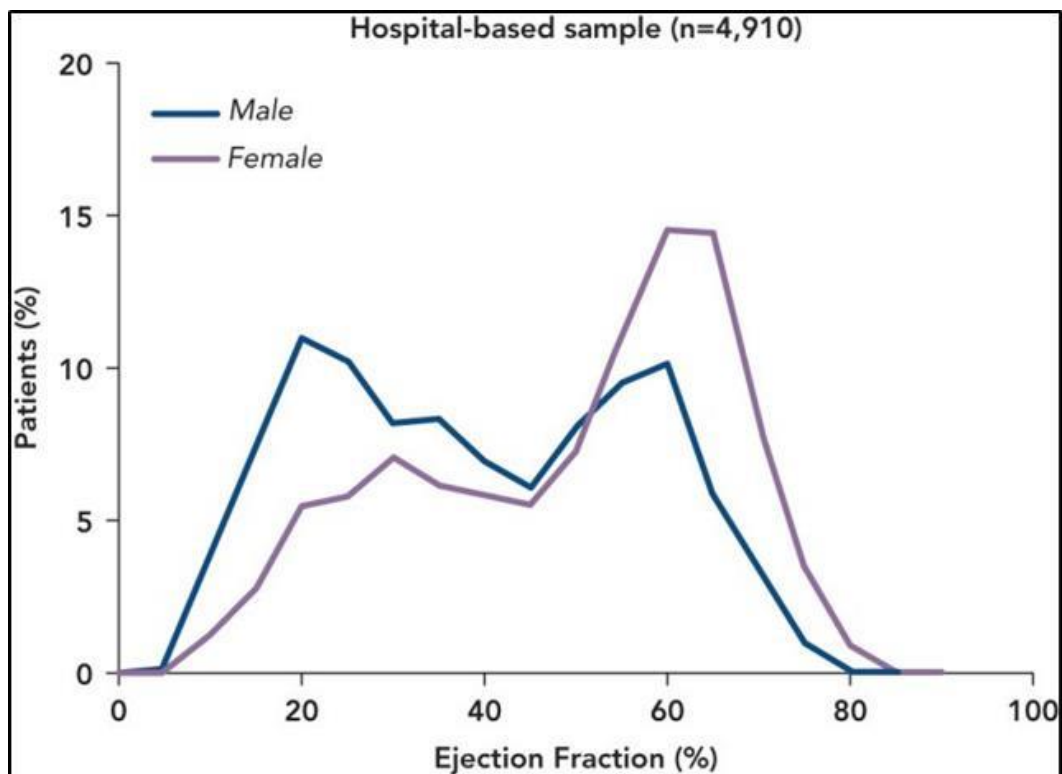


**Fig. 3:** Andamento temporale dei paz. con HFpEF e con HFReEF

Tra i pazienti di età >65 anni, che si presentano all'osservazione clinica lamentando dispnea da sforzo, circa 1/6 hanno uno SC non diagnosticato (generalmente HFpEF).

I quadri clinici di HFpEF and HFrEF sembrano avere differenti profili epidemiologici ed etiologici. La proporzione dei pazienti con HFpEF va dal 22 al 73%, in base alla definizione utilizzata, al setting clinico, all'età, al sesso, a un precedente IMA e all'anno di pubblicazione degli studi. I pazienti con HFpEF sono in genere più anziani, più spesso donne, con più frequente storia di ipertensione arteriosa e FA e minore storia di IMA. Le caratteristiche dei pazienti con HFmrEF sono intermedie.

Oltre i 65 anni lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale. Circa la ½ dei pazienti ospedalizzati hanno HFrEF e ½ HFpEF; di questi ultimi >60% sono di sesso femminile (Fig. 4).



**Fig. 4:** Distribuzione dello SC in base alla EF

Il maggior rischio di SC è rappresentato dalla cardiopatia ischemica (nonostante il miglioramento della terapia dell'IMA e della prevenzione secondaria), dalla ipertensione arteriosa e dal diabete mellito.

La prevenzione primaria dello SC si basa sulla aderenza e sul controllo di alcuni importanti fattori di rischio: fumo, indice di massa corporea, attività fisica, dieta, assetto lipidico, pressione arteriosa, glicemia. Ciò si traduce in una significativa riduzione del rischio di SC e in più favorevoli parametri cardiaci sia anatomici che funzionali.

La prognosi dello SC risulta essenzialmente sfavorevole qualora la causa sottostante non sia correggibile.

La mortalità per SC cardiaco, normalizzata secondo l'età, appare in aumento. In circa la metà dei pazienti con SC l'exitus si verifica entro 4 anni, in metà di quelli affetti da SC grave il decesso avviene entro 1 anno.

Circa i costi dello SC negli USA è stata calcolata una spesa nel 2012 di \$ 31 miliardi (pari al 10% della spesa sanitaria) ed è previsto un incremento di spesa del 127% tra il 2012 ed il 2030<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association *Circulation* 2018; 137: e67-e492.
2. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure* 2014; 1: 4-25.
3. Lam CS, Donal E, Kraigher-Krainer E, et al. Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur J Heart Fail* 2011; 13: 18-28.
4. Ceia F, Fonseca C, Mota T, et al. EPICA Investigators. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail* 2002; 4 :531-9.
5. Buja A, Solinas G, Visca M, et al. Prevalence of heart failure and adherence to process indicators: which sociodemographic determinants are involved? *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13: 238.
6. Writing Group Members, Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133: e38-e360.

Prof. Giovanni Minardi, International Hospital Salvator Mundi, Roma

Dott.ssa Patrizia Mattacola, U.O.C. Medicina Interna, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Per la corrispondenza: [giovanniminardi1950@gmail.com](mailto:giovanniminardi1950@gmail.com)