

Cos'è lo Scompenso Cardiaco?

Testo elaborato da Gianfranco Sinagra e Marco Merlo – Cardiologi (12/2006)*

Il cuore è un muscolo, che funziona come una pompa in grado di far circolare il sangue in tutto il corpo tramite le arterie e le vene. Può essere diviso in due parti: quella destra, che, dopo aver ricevuto il sangue dai vari distretti corporei, lo pompa nei polmoni, dove riceve ossigeno, e quella sinistra che lo distribuisce ai vari organi, agli arti ed al cervello. Lo scompenso cardiaco è una condizione in cui il cuore non è più in grado di pompare il sangue in maniera adeguata alle richieste dell'organismo. Ciò non significa che esso si sia fermato ma piuttosto che non si riempie più bene o che non ha più la forza per svuotarsi adeguatamente ed immettere sangue sufficiente in tutto il corpo. Una minore quantità di sangue circolante comporta una minore disponibilità di ossigeno per i vari organi.

Questa malattia rappresenta la tappa finale comune a molte malattie anche molto differenti tra loro dal punto di vista della causa e della manifestazione clinica. Le più comuni sono:

l'**aterosclerosi coronarica**, che restringe e riduce il flusso nelle coronarie, le arterie che nutrono il cuore. Molti pazienti con scompenso cardiaco hanno avuto, nella loro vita, un infarto miocardico.

Secondo la Società Europea di Cardiologia i valori della pressione arteriosa sono così classificati:

- l'**aterosclerosi coronarica**, che restringe e riduce il flusso nelle coronarie, le arterie che nutrono il cuore. Molti pazienti con scompenso cardiaco hanno avuto, nella loro vita, un infarto miocardico.
- le **cardiomiopatie**, cioè malattie primitive del muscolo cardiaco, caratterizzate in alcuni casi da una esagerata dilatazione (cardiomiopatia dilatativa), in altri da un'eccessivo ingrossamento (cardiomiopatia ipertrofica) del cuore; spesso rimangono senza una causa nota.
- le **malattie valvolari**, in cui una o più valvole cardiache (prevalentemente quelle della parte sinistra, vale a dire la mitrale o l'aorta) cambiano la loro forma restringendosi o perdendo la capacità di chiudersi in maniera ottimale.
- l'**ipertensione arteriosa**, che può causare dapprima ispessimento delle pareti (ipertrofia) e successivamente sfiancamento (dilatazione) del cuore.

Altre condizioni possono interessare secondariamente il cuore e predisporre allo sviluppo dello scompenso, in particolare il **diabete** e l'**insufficienza renale**, ma anche l'abuso continuativo di **alcool**, le **malattie cardiache congenite**, le **infezioni** del cuore, le **aritmie** e l'uso di farmaci assunti soprattutto per malattie neoplastiche (**radioterapia** e **chemioterapia**).

Si è dimostrato che alcune cardiomiopatie hanno un'origine genetica; è pertanto necessario informare il proprio medico dell'eventuale esistenza di questo disturbo tra i propri parenti. Nel caso in cui, tramite test specifici, la causa genetica venga confermata è necessario estendere i controlli cardiologici anche ai propri parenti più stretti in modo da permettere una eventuale diagnosi precoce.

Come si manifesta lo scompenso?

In questa condizione patologica, gli organi, ricevendo meno sangue non sono in grado di svolgere efficientemente la loro funzione. Questo spiega perché possono comparire sintomi non solo cardiaci ma anche disturbi che originano da altri distretti dell'organismo. Lo scompenso cardiaco è una malattia "cronica": in pratica esso è progressivo nel tempo e, spesso, non può essere guarito del tutto. E' caratterizzato da un andamento "ondulante" con fasi di stabilità alternate a fasi di crisi che talvolta richiedono il ricovero ospedaliero.

I sintomi con cui più frequentemente lo scompenso cardiaco si manifesta, e che vanno pertanto riferiti al proprio medico sono:

- **Dispnea** (affanno o mancanza di respiro): può comparire dopo sforzi intensi o anche minimi (lavarsi, camminare,...). In alcuni casi può manifestarsi anche a riposo o dopo essersi sdraiati. Talvolta può insorgere in forma grave ed improvvisa durante la notte costringendo a dormire con più cuscini o, addirittura in posizione semiseduta o seduta. E' importante che il paziente sappia identificare il livello di sforzo in cui la dispnea compare, in modo da poterlo comunicare al proprio medico.
- **Affaticamento, stanchezza**: che può essere presente, in alcuni casi, anche a riposo, o dopo minimi sforzi.
- **Capogiri**: soprattutto quando non è associato a brusco cambio di posizione, condizione in cui spesso è normale.
- **Nicturia**: è la necessità di urinare più volte nell'arco della notte, solitamente più frequentemente che durante il giorno.
- **Edemi** (gonfiore): compaiono soprattutto ai piedi ed alle caviglie, ma possono estendersi anche alle gambe ed all'addome, causando un improvviso ed eccessivo aumento di peso. Essi sono causati dalla ritenzione idrica che è tipica di questa malattia. L'aumento di 2-3 kg in pochi (1-3) giorni deve far preoccupare ed avvisare il medico.

- **Tosse:** bisogna fare attenzione soprattutto alla nuova comparsa di tosse in posizione sdraiata.
- **Palpitazioni.**
- **Perdita dell'appetito.**

La corretta descrizione dei sintomi è importante perché pone il medico nella condizione di classificare la gravità dello scompenso in cui il paziente si trova in quel momento:

- **Classe 1:** nessuna limitazione; la normale attività quotidiana non causa sintomi.
- **Classe 2:** lieve o moderata dilatazione; le normali attività quotidiane causano sintomi.
- **Classe 3:** marcata limitazione; comparsa di sintomi per un livello di attività inferiore alle normali attività quotidiane.
- **Classe 4:** severa limitazione; incapacità a svolgere qualsiasi attività senza disturbi, con sintomi anche a riposo.

Come si effettua la diagnosi e come si controlla nel tempo?

Una volta fatta la diagnosi è fondamentale che venga stabilito un programma di controlli clinici e strumentali periodici a cui il paziente dovrà sottoporsi; essi dovranno avere una cadenza che sarà stabilita di volta in volta a seconda delle condizioni cliniche del paziente, dei cambiamenti terapeutici, della eventuale necessità di ospedalizzazioni. Questi controlli periodici saranno caratterizzati dalla visita medica e dall'esecuzione di alcuni esami strumentali.

- **Anamnesi:** è molto importante un'accurata descrizione dei sintomi, spesso guidata dal medico; oltre a quelli citati sopra va riferita l'eventuale assunzione di farmaci per altre malattie.
- **Esame obiettivo:** lo scompenso cardiaco è una malattia che coinvolge tutto l'organismo per cui la visita, sia iniziale, sia durante i controlli periodici, sarà completa e non limitata al cuore.

In questo esame il medico valuta:

le condizioni generali del paziente, l'orientamento nel tempo e nello spazio ed il peso corporeo.

la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca.

i polsi negli specifici punti di repere e l'eventuale presenza di soffi vascolari.

la presenza di edemi (soprattutto agli arti inferiori) ed eventualmente a livello addominale.

viene solitamente eseguito un esame del torace completo volto a cogliere la presenza di rumori da stasi polmonare (dovuti all'accumulo di liquidi a livello dei polmoni) o di versamento pleurico.

fondamentale è la valutazione del turgore delle vene giugulari, che si fa con il paziente inclinato a 45°. L'aumento della colonna di sangue nella giugulare, che la rende turgida, è un segno inequivocabile di come il cuore faccia fatica a smaltire il sangue che gli arriva dai vari distretti dell'organismo.

L'esame obiettivo del cuore deve essere completo e attento; la parte fondamentale è quella dell'ascoltazione, in cui con il fonendoscopio il medico valuta l'eventuale presenza di soffi valvolari e di toni cardiaci che compaiono solo in condizioni patologiche.

- **Radiografia del torace:** per confermare la presenza di liquidi nei polmoni e valutare le dimensioni del cuore.
- **Elettrocardiogramma:** per controllare la regolarità del battito e per mettere in evidenza alcune condizioni patologiche che possono affliggere il cuore e causarne lo sfiancamento come l'ischemia e l'ipertrofia.
- **Analisi del sangue:** oltre a mettere in evidenza condizioni che possono essere alla base dello scompenso come alterati livelli di colesterolo, anemia, diabete o insufficienza renale, c'è la possibilità di dosare alcuni peptici natriuretici (BNP o NT-proBNP) che vengono liberati dal cuore in maniera abnorme quando questo è sottoposto ad uno stress funzionale, essi sono quindi utili nel momento della diagnosi e per seguire nel tempo l'evoluzione della malattia.
- **Ecocardiogramma:** è un esame che, grazie all'uso di ultrasuoni, mette in evidenza, su un monitor, la struttura ed il movimento del muscolo cardiaco e delle valvole. Si valutano essenzialmente le dimensioni delle camere cardiache, gli spessori parietali, la cinetica dei ventricoli e la funzione delle valvole nonché della pompa cardiaca sia come capacità di espellere il sangue (valutata principalmente con la frazione d'iezione del ventricolo sinistro) sia come efficienza di riempimento ventricolare (valutata fondamentalmente con il pattern di riempimento diastolico utilizzando il doppler a livello mitralico).
- Ci sono poi altri esami che possono essere eseguiti per caratterizzare meglio il paziente dal punto di vista diagnostico e prognostico, come la **prova da sforzo** che può mettere in evidenza l'esistenza di ostruzioni coronariche o che valuta la tolleranza allo sforzo raggiunta con la terapia, l'**Holter** (ECG per 24 ore) che valuta il quadro aritmico, la **scintigrafia cardiaca** o l'**ecocardiogramma da sforzo** che valutano il funzionamento del cuore e possono evidenziare aree del cuore indebolite perché, ad esempio,

ischemiche. Ci sono poi esami invasivi che vengono fatti prevalentemente al momento della diagnosi (e difficilmente ripetuti nei controlli periodici, a meno di necessità specifiche) come la **coronarografia** che mette in luce eventuali stenosi delle coronarie ed il **cateterismo cardiaco** in cui si valutano le pressioni all'interno delle camere cardiache. In entrambi i casi ci si avvale di particolari cateteri che vengono portati al cuore dopo essere stati introdotti in arterie o vene periferiche (femorali o radiali principalmente)

Come si cura lo scompenso?

Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica, ad oggi, non è del tutto curabile. E' però possibile stabilizzarlo in modo da evitare le riacutizzazioni che possono essere causate anche da eventi non strettamente cardiaci (febbre, alterazioni della funzione tiroidea, anemia, abuso alcolico, uso di cocaina, radio- o chemioterapia).

La terapia è stata, negli ultimi anni, molto studiata ed è stato appurato che permette la riduzione dei sintomi, il miglioramento della qualità della vita, la riduzione della progressione della malattia e spesso rende possibile il ritorno allo svolgimento delle attività quotidiane.

I medici hanno a disposizione vari farmaci per curare lo scompenso cardiaco:

*** Farmaci:**

Diuretici: aumentano la diuresi e diminuiscono i liquidi in eccesso, alleviando i sintomi e riducendo gli edemi. Il dosaggio è variabile a seconda del peso corporeo ed il paziente dovrebbe essere istruito ad autoregolare il dosaggio di questi farmaci. E' importante controllare la funzionalità renale (creatinina) e gli elettroliti sierici (sodio e potassio) che possono essere molto influenzati dai diuretici.

ACE-Inibitori e Sartani: dilatano le arterie e contrastano i meccanismi neuro-ormonali che peggiorano progressivamente lo scompenso cardiaco. Migliorano i sintomi e la sopravvivenza e riducono le ospedalizzazioni. Vanno iniziati a basse dosi e gradualmente incrementati controllando la funzionalità renale, gli elettroliti sierici e che la pressione arteriosa non scenda troppo (è importante all'inizio assumerli lontano dai diuretici). La comparsa di tosse secca e stizzosa è un fastidioso effetto collaterale del farmaco; è sempre al medico che spetta la valutazione sull'eventuale sospensione del farmaco.

Beta-bloccanti: contrastano l'iperattività del sistema nervoso simpatico che caratterizza la progressione dello scompenso. Riducono il lavoro del cuore, diminuendo il suo fabbisogno di ossigeno, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa. Essi devono essere somministrati in una fase di relativa stabilità dello ed, anche in questo caso, il dosaggio va aumentato gradualmente. Il loro effetto si evidenzierà solo dopo alcuni mesi di somministrazione. Se ben tollerati rappresentano una delle armi più importanti a disposizione riducendo il numero delle ospedalizzazioni ed aumentando la

sopravvivenza. E' fondamentale da parte del paziente avvisare il medico se, nella fase di aumento del dosaggio, c'è un peggioramento dei sintomi dello scompenso, un eccessivo abbassamento della frequenza cardiaca (<50 bpm) o della pressione arteriosa (<90 mmHg).

Antialdosteronici: si usano nella fase avanzata della malattia, aggiungendoli ai farmaci sopraccitati. In tal modo si è visto che migliorano la sopravvivenza e riducono il numero di ospedalizzazioni.

Digitale: aiuta il cuore a pompare di più ma soprattutto regola la frequenza cardiaca. E' fondamentale nei pazienti anziani con scompenso associato ad aritmie come la fibrillazione atriale o in casi di estremo deterioramento della pompa cardiaca in cui gli altri farmaci menzionati non siano sufficienti.

* **Procedure invasive:**

Angioplastica: è una procedura che segue la coronarografia. Una volta individuati i restringimenti coronarici, questi vengono dilatati gonfiando un palloncino all'estremità del catetere; a questo punto si impedisce il formarsi di un nuovo restringimento con l'impianto, dove c'era la placca, di una retina metallica chiamata stent.

* **Dispositivi impiantabili:**

Resincronizzazione cardiaca: tramite l'impianto di un pace-maker che stimola entrambi i ventricoli (**pace-maker biventricolare**) è possibile reinstaurare una contrazione sincrona e quasi fisiologica del ventricolo destro e sinistro, cosa che spesso viene persa nelle fasi di peggioramento dello scompenso cardiaco. Questa terapia migliora l'efficienza contrattile del cuore e la sopravvivenza dei pazienti.

Defibrillatore impiantabile: riconosce e interrompe aritmie pericolose per la vita che possono essere anche fatali, e che insorgono più facilmente in un cuore dalla struttura alterata con una funzione severamente depressa.

* **Interventi chirurgici**

In casi particolari possono essere necessari interventi chirurgici di rivascolarizzazione coronaria (**by-pass aorto-coronarico**) o sulle **valvole cardiache**. In casi rari e molto selezionati, quando la risposta a tutte le altre terapie mediche e interventistiche non siano sufficienti e si assista ad una progressione non altrimenti arrestabile della malattia, si ricorre al **trapianto cardiaco**.

Come vivere con lo scompenso cardiaco?

Conoscere le manifestazioni cliniche dello scompenso cardiaco da parte del paziente aiuta a riconoscere e a trattare in tempo le complicazioni di questa patologia.

A questo proposito una serie di semplici regole e modalità di comportamento può aiutare il paziente a stabilizzare la malattia e a migliorare la qualità della sua vita.

E' importante modificare in maniera radicale lo **stile di vita** cercando di correggere, quando si può, i fattori di rischio cardiovascolare:

Smettere in maniera assoluta di fumare.

Tenere sotto controllo la pressione arteriosa (<140/80 o 130/80 mmHg se il paziente è diabetico), il colesterolo e la glicemia.

Limitare al massimo l'assunzione di bevande alcoliche rimanendo comunque al di sotto di 500 ml/die di vino

E' importante iniziare un programma di esercizio fisico di tipo aerobico, dapprima secondo un programma riabilitativo (cioè sotto controllo medico) e poi autogestito. L'attività fisica deve essere moderata e va iniziata una volta superata la fase acuta. Al contrario di quanto si credeva qualche anno fa, è stato dimostrato che un'attività motoria costante mantiene efficienti i muscoli senza affaticare ulteriormente il cuore.

Controllare il peso corporeo

Va fatto ogni giorno, sempre nelle stesse condizioni, e con la stessa bilancia. Vanno evitati sbalzi eccessivi; bisogna preoccuparsi ed aumentare, sempre previo accordo con il proprio medico, il dosaggio del diuretico se c'è un aumento di 2 kg in 1-3 giorni; se l'aumento di peso supera i 2 kg in 1-3 giorni allora è opportuno rivolgersi allo specialista cardiologo o comunque al medico di fiducia. Va evitata l'eccessiva assunzione di liquidi, intendendo per liquidi non solo l'acqua ma anche minestre, zuppe e la frutta. Nello scompenso cardiaco il detto "bevi molto per urinare molto" non vale assolutamente.

La dieta

E' importante seguire un regime dietetico controllato; è consigliata una dieta a basso contenuto di colesterolo e di zuccheri, evitando la frittura e preferendo la bollitura e la cottura a vapore. E' molto importante cercare di ridurre l'apporto di sale con la dieta. Il sale infatti trattiene liquidi e peggiora i sintomi. Può essere d'aiuto sostituire il sale con spezie ed aromi e togliere la saliera dalla tavola per evitare di aggiungere sale ai cibi già cucinati.

Aderenza alla terapia

Dopo un ricovero ospedaliero il trattamento farmacologico riduce il rischio di ospedalizzazioni successive. Per tale ragione è fondamentale che il paziente rispetti in maniera ligia il proprio piano personalizzato di terapia e che sia responsabilizzato nella gestione della malattia.

Vanno sempre assunte tutte le medicine esattamente come sono state prescritte (va posta particolare attenzione all'ora ed al dosaggio di assunzione). Non vanno mai sospese in maniera autonoma senza il consulto del medico.

Inoltre vanno rispettati gli appuntamenti per le visite e gli esami strumentali prescritti. E' cioè importante non dimenticarsi mai di avere la malattia, anche nelle fasi in cui si sta bene, cercando di non "abbassare mai la guardia".

Viaggi

Si può viaggiare con ogni mezzo evitando però di stare seduti per troppo tempo o di andare in vacanza in luoghi troppo caldi e umidi; vanno anche evitati i lunghi soggiorni ad alte quote. Quando si viaggia è bene portare con sé, oltre alle medicine, anche un documento in cui sia scritta la condizione patologica da cui si è affetti e l'elenco dei farmaci assunti abitualmente con dosaggi e orari di assunzione.

Vaccinazioni

E' opportuno eseguire ogni anno la vaccinazione antinfluenzale e anche quella antipneumococica. Va però ricordato che queste vaccinazioni vanno eseguite assolutamente sempre in fase di stabilità clinica.

Attività sessuale

Nelle fasi di stabilità clinica non è sconsigliata. E' però da prendere in considerazione anche l'elevato peso emotivo che essa comporta, oltre a quello fisico. Per tale motivo i rapporti con partner non abituali sono da considerarsi a rischio.

Va infine ricordato che una strategia vincente per combattere lo scompenso cardiaco deriva solo in parte dall'armamentario farmacologico di cui disponiamo e dalla preparazione del medico. La componente fondamentale è la collaborazione tra le varie figure coinvolte nella gestione di questa malattia. Pertanto è in primis il paziente che, con la aderenza ai consigli ed alle prescrizioni del medico, aiuta se stesso a convivere meglio ed, in alcuni casi, in maniera serena con questa malattia cardiaca cronica.

Situazioni in cui chiamare il centro di riferimento:

Aumento del peso corporeo di 2-3 kg o più in pochi giorni.

Comparsa di gonfiore (edemi) alle caviglie, arti inferiori o a livello dell'addome.

Peggioramento della fatica a respirare ed a svolgere le attività quotidiane.

Peggioramento dell'affanno (dispnea) notturno o quando ci si sdraia.

Peggioramento della tosse insistente.

Accusare vertigini e palpitazioni anche da sdraiati o seduti.

Comparsa di dolore toracico.

Situazioni in cui chiamare il 118

Grave difficoltà di respiro e sensazione di soffocamento.

Dolore toracico oppressivo prolungato.

Svenimento.

Improvviso disturbo della parola o della vista.

Battito cardiaco eccessivamente lento o eccessivamente rapido, associato a sintomi (dolore toracico, svenimento, sudorazione, sensazione di soffocamento, vertigini).

Cause di instabilizzazione di uno scompenso cardiaco

*** Cause cardiache:**

Aritmie: Ipercinetiche sopraventricolari
Ipercinetiche ventricolari
Ipocinetiche

Angina o infarto del miocardio

*** Cause extracardiache:**

Non assunzione dei medicinali prescritti

Recenti variazioni del piano terapeutico del paziente

Abuso di alcool o droghe

Infezioni acute

Embolie (polmonari e sistemiche)

Anemizzazione

Diabete mellito scompensato

Crisi ipertensiva

Disfunzione della tiroide

*** Gianfranco Sinagra e Marco Merlo**
Struttura Complessa e Cattedra di Cardiologia
Azienda Ospedaliero–Universitaria Ospedali Riuniti Trieste
di Fiume 447; 34100, Trieste
040.399.4477; fax 040.399.4878