

STUDI FALSAMENTE NEUTRI

Scompenso cardiaco: un'emergenza declinata al maschile

Lo scompenso cardiaco (heart failure) rappresenta un problema di grande rilievo epidemiologico, con importanti conseguenze di ordine assistenziale.

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica la cui diagnosi si basa su una valutazione clinica dei sintomi combinata con esami strumentali. I sintomi e i segni clinici più importanti sono caratterizzati da dispnea a riposo e durante l'esercizio fisico, astenia e gonfiore alle gambe.

Le cause principali dello scompenso cardiaco sono la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa.

Negli Stati Uniti più di 3 milioni di persone sono affette da scompenso cardiaco che, con 400.000 nuovi casi l'anno, costituisce la causa più frequente di dimissione della popolazione oltre i 65 anni. La prevalenza dello scompenso aumenta con l'età: è dell'1% nelle persone tra i 50 e i 59 anni, sale al 9% tra gli 80 e gli 89 anni.

In Italia lo scompenso cardiaco interessa circa l'1-2% della popolazione generale. La prevalenza dello scompenso cardiaco è di circa il 5% in soggetti fra 65 e 69 anni e raggiunge oltre il 12% negli ultrasessantenni.

L'insufficienza cardiaca rappresenta il primo Drg, per numerosità, nell'ambito delle malattie trattate in Medicina interna, costituendo l'8% di tutti i ricoveri (Fadoi 2000) e l'invecchiamento della popolazione costituisce un fattore di amplificazione del fenomeno. In Italia gli ultrasessantacinquenni consumano oltre il 40% della spesa sanitaria totale e il trend demografico in incremento della popolazione anziana fa presumere un aumento di tale quota nei prossimi anni.

La prognosi continua a essere severa, non molto diversa da quella di molte neoplasie maligne e sostanzialmente non migliore rispetto al passato.

L'incidenza dei ricoveri per Sc è aumentata del 40% negli ultimi anni, con

oltre il 70% dei ricoveri totali in soggetti ultrasessantenni. Il rischio di riammissioni ospedaliere per Sc è alto con una prevalenza di re-ricovero a 6 mesi in ca. il 45% dei casi.

Lo scompenso cardiaco è caratterizzato da un alto numero di comorbidità che condiziona un elevato livello di disabilità che diventa un elemento caratterizzante per questi pazienti, il cui impatto sulla prognosi deve essere ancora completamente chiarito.

Tra le principali comorbidità si segnalano l'ipertensione (55%-77%), la malattia coronarica (36%-53%), la fibrillazione atriale (32%-41%), il diabete mellito (32%-45%), la broncopneumopatia cronica (20-25%), l'insufficienza renale cronica (15%), l'obesità e l'anemia.

Molte donne muoiono ogni anno più per malattie cardiovascolari che per neoplasia della mammella o dell'utero. Sebbene quasi il 50% della mortalità femminile per cause cardiovascolari sia dovuta a malattia coronarica, l'insufficienza cardiaca contribuisce per il 35% della mortalità cardiovascolare delle donne. Inoltre, circa il 50% dei ricoveri per scompenso cardiaco è costituito da donne.

Nonostante ciò, lo scompenso cardiaco nelle donne rimane scarsamente considerato e poco studiato e non ha ricevuto la stessa attenzione pubblica della malattia coronarica.

I farmaci impiegati nella cura dello scompenso cardiaco (Ace-inibitori, beta-bloccanti e spironolattone) hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre la mortalità e l'ospedalizzazione, ma gli studi sono stati condotti principalmente sulla popolazione di sesso maschile (70-80%).

La prevalenza dello scompenso cardiaco aumenta con l'età in entrambi i sessi, ma le donne tendono a sviluppare l'insufficienza cardiaca a un'età più avanzata rispetto agli uomini.

Nelle donne con scompenso cardiaco prevale l'ipertensione arteriosa rispetto alla cardiopatia ischemica, mentre nell'uomo avviene l'inverso. Allo stato attuale non emergono chiare indicazioni per differenziare il trattamento nei due sessi, anche se nella pratica clinica si è evidenziata una maggiore incidenza di effetti collaterali nelle donne con i farmaci utilizzati nello scompenso cardiaco.

Lo scopo primario nella gestione dell'insufficienza cardiaca è l'intervento sulla riduzione della mortalità e della ospedalizzazione, oltre al miglioramento della qualità della vita.

Lo studio delle differenze di genere nelle malattie cardiovascolari e in particolare nello scompenso cardiaco, mira a valorizzare le peculiarità cliniche e le differenze nella risposta ai farmaci nei due sessi con l'obiettivo finale di attuare una vera terapia personalizzata dei pazienti.

Mauro Bussolotto

*Uoc di Medicina generale
Azienda ospedaliera di Padova*



Tamara de Lempicka - *Idyll* (1931)

