



Campagna "per il Tuo cuore" 5-15 febbraio 2009 (approfondimenti)

SCOMPENSO CARDIACO: UN'EMERGENZA SOTTOVALUTATA

a cura di Andrea Di Lenarda

Introduzione

Lo scompenso cardiaco è una malattia sempre più frequente che compare quando il cuore, danneggiato, non è più in grado di svolgere la sua normale funzione di pompa e di mantenere un adeguato flusso di sangue agli organi, che quindi non ricevono abbastanza ossigeno e nutrienti vitali.

Lo scompenso cardiaco si può prevenire e curare migliorando lo stile di vita, intervenendo con farmaci efficaci o con dispositivi che supportano la funzione cardiaca – come i pacemaker ed i defibrillatori impiantabili – o ancora con interventi chirurgici complessi, dal bypass aortocoronarico, alla riparazione o sostituzione valvolare, sino al trapianto cardiaco.

Lo scompenso cardiaco è una patologia fortemente sintomatica (affaticamento, respiro difficoltoso, gambe gonfie). Le **cause** più frequenti sono la **malattia coronarica**, ed in particolare l'**infarto miocardico**, l'**ipertensione**, le **malattie delle valvole cardiache** e le **cardiomiopatie**.

Poiché la malattia coronarica è la causa più frequente (è responsabile di oltre il 50% dei casi), lo scompenso cardiaco è strettamente correlato ai maggiori fattori di rischio cardiovascolare, tra cui la dislipidemia, il fumo, l'ipertensione, il diabete e l'obesità.

Le dimensioni del problema

La prevalenza dello scompenso cardiaco ossia la percentuale di persone che soffre di questa malattia in Europa e nel nostro paese è pari al 2-2,5%. Ciò significa che circa **15 milioni di cittadini Europei ed 1 milione di nostri connazionali** hanno questa malattia. Secondo recenti stime, il numero di malati tenderà a superare i 30 milioni nel 2020.

La prevalenza cresce in maniera esponenziale con l'età: meno dell'1% sino a 60 anni, 2% tra 60 e 70, 5% tra 70 e 80, attestandosi a oltre il 10% dopo gli 80 anni.

Lo scompenso cardiaco è più comune tra gli uomini ed è in costante crescita per l'allungamento della vita media e, paradossalmente, per l'aumento della sopravvivenza della cardiopatia ischemica e dell'infarto miocardico. In generale, comunque, almeno **una persona su tre, uomo o donna, è a rischio di sviluppare scompenso cardiaco entro 5 anni da un infarto e questa percentuale supera abbondantemente il 50% negli ultrasessantacinquenni**. Lo scompenso incide fortemente sulla qualità della vita e necessita molto spesso di ricovero in ospedale.

Lo scompenso cardiaco è purtroppo molto più comune, pericoloso e mortale dei più frequenti tumori, quali quello alla mammella, ai testicoli, all'utero e all'intestino. **Ogni anno si verificano più di 3 milioni e mezzo di nuovi casi di scompenso cardiaco in Europa, mentre meno di un milione sono le diagnosi di tumore del seno, dell'utero, dei testicoli e del colon-retto**, considerati tutti insieme.

Inoltre, **circa il 25% dei malati muore entro un anno dal primo ricovero** ospedaliero e solo il 25% degli uomini e il 38% delle donne sopravvive oltre i cinque anni dalla diagnosi.

Negli ultimi 50 anni la sopravvivenza allo scompenso cardiaco è migliorata in entrambi i sessi grazie ai farmaci, ai dispositivi medici e alla chirurgia. Nonostante l'efficacia dei diversi trattamenti, tuttavia, anche

quando la malattia è curata adeguatamente, la mortalità rimane elevata.

Lo scenario italiano

In Italia, negli ultimi anni lo scompenso cardiaco è divenuto la **prima causa di morte e il maggior costo in assoluto per ricoveri ospedalieri. I malati di scompenso cardiaco nel nostro Paese si stimano in circa 1 milione, un quarto dei quali di età inferiore ai 65 anni.**

Secondo i dati del Registro IN-CHF, ossia il Registro dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - che da oltre 10 anni traccia un puntuale profilo della malattia, il 59% dei malati ha in media meno di 70 anni; in 7 casi su 10 è maschio, con una maggior numero di maschi giovani al di sotto dei 70 anni e, al contrario, una maggioranza di femmine oltre gli 80.

L'incidenza della malattia, ossia il **numero di nuovi casi** che si presentano **ogni anno** è di **circa 100.000**. L'incidenza tende ad aumentare, perché il netto miglioramento delle cure cardiovascolari, favorendo la sopravvivenza di malattie come l'infarto, aumenta il numero delle persone a rischio di scompenso.

Ogni anno i **ricoveri** sono **circa 200.000**, in crescita di circa il 16% dal 2000 al 2005. La **degenza media** è di **9 giorni, in lieve riduzione negli ultimi anni.**

Lo scompenso è la terza causa di ricovero ospedaliero dopo, nell'ordine, parto e cataratta e il primo **DRG** medico. Ma è il **più costoso: ogni anno oltre 500 milioni di euro** pari a circa il 3% dei costi totali del sistema sanitario nazionale per i ricoveri ospedalieri.

Il **rischio** che un malato di scompenso cardiaco **venga ricoverato** è del **25 per cento**. Il 7 per cento dei ricoverati, purtroppo, muore in ospedale; **quasi la metà (45%) dei dimessi viene ricoverato una seconda volta entro 6 mesi.**

Lo scompenso è la prima causa di morte per malattia. **Ogni anno sono circa 100.000, più di 270 al giorno, i morti** causati dallo scompenso cardiaco nel nostro Paese.

L'ANMCO e la ricerca sullo scompenso cardiaco

Ormai da oltre 20 anni, l' ANMCO – Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri – è il motore della ricerca italiana in ambito cardiovascolare. Il progetto GISSI, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, ha permesso di raggiungere risultati sulla cura dell'infarto miocardico e dello scompenso cardiaco riconosciuti dalle più prestigiose istituzioni ed associazioni cardiologiche internazionali. Il recente GISSI-HF è un esempio riconosciuto universalmente di ricerca indipendente e di elevato livello. Accanto a questi, altri grandi trial (Valiant, Val-Heft, Beautiful, Charm, Area IN-CHF, Everest, Resolvd), numerosi studi di epidemiologia clinica (Earisa, Temistocle) ed osservazionali (Bring-up I-II) hanno visto la partecipazione attiva della maggioranza delle cardiologie nazionali sia nella fase della ricerca che in quella della implementazione dei risultati. Tra questi i Registri sullo scompenso cardiaco acuto e cronico hanno permesso di conoscere e caratterizzare le problematiche assistenziali, gestionali e prognostiche di questa malattia sia nella fase del ricovero ospedaliero che in quella ambulatoriale nel territorio nazionale.

Tuttavia, malgrado i risultati ottenuti, emerge in modo sempre più evidente la difficoltà attuale della ricerca basata sui grandi studi randomizzati e controllati. I piccoli benefici che si possono ottenere dopo diversi anni con interventi terapeutici su pazienti già trattati con diversi farmaci sono difficilmente trasportabili sul singolo paziente e poco utili per capire chi sono i pazienti che potranno beneficiare di quel farmaco specifico. È per questo che emerge la necessità di istituire Registri/Database che possano coniugare l'esigenza di una ricerca calata sulle problematiche del mondo reale con la necessità di una filosofia innovativa basata su sottogruppi molto omogenei da studiare con tutti gli strumenti a nostra disposizione. La comprensione di quali sono i pazienti necessitano o meno dell'impianto di un defibrillatore, di quali farmaci o associazione degli stessi siano più efficaci in diversi sottogruppi di pazienti bene caratterizzati dal punto di vista strumentale, istologico, molecolare o genetico permetterebbe interventi mirati ed efficaci.

Bibliografia

- Blackledge HM, Tomlinson J, Squire IB. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12 200 index admissions in Leicestershire 1993-2001. Heart 2003; 89: 615-620
- Ho KK et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. Circulation 1993;88:107-115

SCOMPENSO CARDIACO: UN'EMERGENZA SOTTOVALUTATA

- Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2002; 106: 3068-3072
- McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart* 2000; 83: 596-602
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, et al. More 'malignant' than cancer? Five year survival following a first admission for heart failure. *The European Journal of Heart Failure* 2001; 3:315-322
- Consensus Conference "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco". *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432
- Liang CS, Delehanty JD. Increasing post-myocardial infarction heart failure incidence in elderly patients a call for action. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53: 21-3.
- Ezekowitz JA, Kaul P, Bakal JA, Armstrong PW, Welsh RC, McAlister FA. Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53: 13-20.
- ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2008; 29: 2388-442.
- Gissi-HF Investigators, Tavazzi L, Maggioni AP, Marchioli R, Barlera S, Franzosi MG, Latini R, Lucci D, Nicolosi GL, Porcu M, Tognoni G. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 1223-30.
- Gissi-HF Investigators, Tavazzi L, Maggioni AP, Marchioli R, Barlera S, Franzosi MG, Latini R, Lucci D, Nicolosi GL, Porcu M, Tognoni G. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 1231-9.