

Un paziente asintomatico complesso che impone di andare oltre la valutazione tradizionale del rischio cardiovascolare

Andrea A. Conti, Claudio Macchi

Riassunto. La valutazione multi-dimensionale di un soggetto anziano iperteso, asintomatico ma complesso, evidenzia la necessità di una considerazione clinica che travalica i limiti della analisi tradizionale del rischio cardiovascolare. Il caso clinico descritto offre una guida ragionata per la valorizzazione e l'integrazione di tutti gli elementi e i fattori nella definizione complessiva del profilo di rischio di un individuo in prevenzione primaria solo apparentemente a moderato rischio cardiovascolare.

Parole chiave. Età avanzata, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, metodologia clinica, rischio cardiovascolare, sindrome delle apnee ostruttive.

Introduzione

La valutazione multi-dimensionale di un soggetto anziano iperteso, asintomatico ma complesso, evidenzia la necessità di una considerazione clinica che travalica i limiti dell'analisi tradizionale del rischio cardiovascolare. Il caso clinico descritto offre una guida ragionata per la valorizzazione e l'integrazione di tutti gli elementi e i fattori di rischio nella definizione complessiva del profilo di rischio di un individuo in prevenzione primaria solo apparentemente a moderato rischio cardiovascolare.

Descrizione del caso

Un soggetto di 69 anni giunge alla nostra osservazione per una visita internistica ed una consulenza cardiologica specialistica. Il paziente appare in buone condizioni generali, normopeso (IMC: 23,8) ed asintomatico per cardiopalmo e dolore toracico. Riferisce di avere sempre goduto di relativa buona salute. Sei mesi prima gli è stata diagnosticata una ipertensione arteriosa di grado 1 che attualmente risulta discretamente controllata con monoterapia farmacologica (ACE-inibitore). Il paziente non assume altri farmaci, anche se recenti esami ematochimici hanno evidenziato valori di colesterolo totale di 210 mg/dl e livelli di colesterolo LDL di 133 mg/dl; il colesterolo HDL risulta di 65 mg/dl.

Clinical profiling of a complex asymptomatic patient beyond the standard assessment of cardiovascular risk.

Summary. The multi-dimensional evaluation of an elderly hypertensive subject, asymptomatic yet complex, evidences the need for a clinical assessment going beyond the limits of the traditional analysis of cardiovascular risk. The clinical case here described provides a reasoned guide for the up-grading and integration of all risk elements and factors in the global definition of the risk profile of an individual in primary prevention, and only apparently at moderate cardiovascular risk.

Key words. Advanced age, arterial hypertension, cardiovascular risk, clinical methodology, hypercholesterolemia, obstructive sleep apnea syndrome.

Al mese precedente risale la diagnosi di sindrome delle apnee ostruttive del sonno di grado moderato-severo (con indice di apnea/ipopnea per ora di registrazione di 27, con 30 quale limite di gravità superiore), per la quale il paziente ha iniziato da alcuni giorni trattamento notturno con dispositivo Continuous Positive Airway Pressure (C-PAP). Il paziente non ha mai eseguito esami ultrasonografici cardiaci; precedenti elettrocardiogrammi hanno evidenziato soltanto una bradicardia contenibile tra i 55 ed i 58 bpm.

Un ecocardiocolordoppler eseguito durante la visita evidenzia un aumento delle dimensioni endocavitarie del ventricolo sinistro ed un incremento dello spessore del setto interventricolare (13,5 mm), con un atrio sinistro lievemente dilatato (43 mm). In assenza di alterazioni della cinetica segmentaria si rileva un iniziale alterato rilasciamento ed un rigurgito aortico di grado moderato. L'esame ultrasonografico dei vasi sopra-aortici mette in luce la presenza di numerosi ateromi a conformazione mista a carico del bulbo-origine di entrambe le arterie carotidi interne; lo spessore intima/media carotideo risulta di 0,9 mm.

Analisi e discussione del caso

Sulla base del calcolo del punteggio individuale¹, la valutazione standard del rischio vascolare

del paziente indica un rischio moderato (10-20%) di eventi coronarici nei prossimi 10 anni. Questo paziente non fuma e non ha mai fumato, svolge una vita regolare dedicandosi ai suoi hobby, si è dichiarato fisicamente attivo ed è molto attento all'alimentazione, come confermato dalla moglie che lo accompagna. Tuttavia, fermo restando il non trascurabile (10-20%) rischio cardiovascolare "convenzionale" evidenziato sopra, è appropriato considerare e valorizzare elementi anamnestici, clinici, umorali e strumentali funzionali a definire un più ampio e completo profilo di rischio cardiovascolare.

Con riferimento specifico all'ictus cerebrale, il paziente presenta come fattori di rischio potenti e consolidati l'età avanzata (dai 55 anni in poi il rischio di ictus raddoppia per ogni decennio) e l'ipertensione arteriosa (che è il principale fattore di rischio per ictus)². Sono inoltre presenti e documentati una dilatazione atriale sinistra (nell'anamnesi familiare emerge anche che la madre del paziente era portatrice di fibrillazione atriale), ateromi carotidei diffusi ed una significativa dislipidemia. L'associazione tra ipercolesterolemia ed ictus sta diventando sempre più evidente nella letteratura scientifica e, nel caso in esame, non viene corretta col regime alimentare seguito da circa sei mesi.

Sul piano cardiaco, l'ipercolesterolemia presentata dal paziente è attualmente considerata il principale fattore di rischio coronarico modificabile e in questo caso concomita con l'ipertensione arteriosa³. Alla luce della consapevolezza che l'aterosclerosi è una patologia infiammatoria sistemica e che l'esplorazione del distretto sopra-aortico risulta, sulla base delle evidenze scientifiche oggi disponibili⁴, uno strumento utile per ricavare informazioni relative allo stato delle arterie coronarie, i numerosi ateromi a sede carotidea rilevati nel paziente suggeriscono da un lato l'opportunità di un approfondimento diagnostico e prognostico cardiaco con ecocardiogramma da sforzo, e dall'altro, essendo collocati in un contesto individuale di molteplici elementi e fattori di rischio, l'appropriatezza di una prevenzione farmacologica primaria. Tale prevenzione dovrebbe vertere sia sulla profilassi della fibrillazione atriale che sul trattamento ipolipemizzante, in un'ottica terapeutica integrata, necessaria per fare fronte alle modalità sinergiche con cui i fattori di rischio vascolari si influenzano negativamente; essi infatti interagiscono in modo fattoriale ed il rischio di malattia cerebro- e cardio-vascolare aumenta più che proporzionalmente alla quantità dei fattori presenti, anche se e quando il rischio attribuibile ad ognuno di essi singolarmente sia soltanto limitato (il che purtroppo non è nel paziente in esame)².

A completamento del quadro clinico del paziente si sottolinea la recente diagnosi di sindrome delle apnee ostruttive del sonno di grado moderato-severo. Molteplici sono i meccanismi fisiopatologici comuni implicati sia nella patogenesi della sindrome delle apnee ostruttive (OSAS) che delle malattie cardiovascolari, dall'ipossia allo stress ossi-

dativo, dall'infiammazione alla disfunzione endoteliale, dall'iperattività ortosimpatica all'ipercapnia⁵; inoltre, dati biomedici del tutto recenti mostrano che durata e gravità della sindrome risultano rilevanti in quanto associati con valori più elevati di spessore carotideo intima-media⁶. Il conseguente maggiore rischio di aterosclerosi del soggetto affetto da OSAS richiede di essere contestualizzato nel quadro delle evidenze che indicano oggi una associazione tra la sindrome delle apnee ostruttive e l'ipertensione arteriosa, che si potenziano negativamente a vicenda, determinando tra l'altro un incremento del rischio specifico di aritmie sopraventricolari⁷.

Dal momento che al riguardo non appaiono praticabili, o perlomeno non appaiono di reale efficacia prospettica, ulteriori provvedimenti relativi allo stile di vita del paziente (il suo peso corporeo è infatti già adeguato, e il paziente si astiene, come confermato dalla moglie, da pasti abbondanti, non riferendo se non un consumo alcolico estremamente lieve e sporadico), il trattamento notturno con dispositivo Continuous Positive Airway Pressure (C-PAP), vita natural durante, risulta fondamentale per l'OSAS sopra discussa.

Da valutare attentamente è anche l'opportunità dell'inserimento in terapia, in ottica profilattica trombo-embolica, di piccole dosi di acido acetil-salicilico. Tale indicazione è attualmente piuttosto dibattuta in soggetti con rischio moderato in prevenzione primaria⁸, ma, da un lato, il rischio cardiovascolare di questo paziente, per quanto fin qui illustrato, deve più correttamente considerarsi elevato (e non semplicemente moderato), al di là ed oltre la valutazione convenzionale del rischio vascolare, e, dall'altro, la complessità dell'individuo in esame è molto più articolata di quanto la sua asintomaticità, fino al momento attuale, potrebbe superficialmente suggerire.

In sintesi ed in conclusione, appare indicato ed appropriato raccomandare l'inserimento in terapia di un agente ipolipemizzante di comprovata e pleiotropica efficacia e di un farmaco beta-bloccante mirato alla cardio-protezione ed alla profilassi della fibrillazione atriale e quindi del trombo-embolismo del distretto encefalico. A quest'ultimo riguardo si rileva che la modesta tendenza alla bradicardia del paziente non appare contro-indicare l'introduzione di dosi minime, ma efficaci, di beta-bloccante, un farmaco che naturalmente richiederà attento e continuo monitoraggio. Peraltro, il trattamento notturno costante con dispositivo C-PAP ha già dimostrato di ridurre gli eventi bradycardici e gli episodi bradiaritmici in soggetti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno⁹.

Conclusioni

Un soggetto asintomatico presentatosi come un iperteso in discreto controllo farmacologico, apparentemente a moderato rischio cardiovascolare, si rivela pertanto come un paziente complesso, disli-

pidemico con aterosclerosi (probabilmente) poli-distribuita, affetto da una sindrome della apnee ostruttive del sonno di grado moderato-severo, e globalmente come un individuo che, collocandosi di fatto in una fascia di rischio cardiovascolare elevato, richiede una attenta osservazione ed una prevenzione farmacologica primaria mirata ed incisiva¹⁰.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la professoressa Luisa Camaiera dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Milano) per la revisione linguistica del Summary.

Bibliografia

1. Il Progetto Cuore. Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. <http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>. Accesso del 24/2/2012.
2. Spread live. Stroke prevention and educational awareness diffusion. <http://www.spread.it/>. Accesso del 24/2/2012.
3. Gensini GF, Conti AA. Clinical cardiology in the last fifty years: a historical reasoned approach. *Analecta Historico Medica* 2008; 6: 3-6.
4. Novo S, Corrado E, Novo G, Dell'Oglio S. Association of carotid atherosclerosis with coronary artery disease: comparison between carotid ultrasonography and coronary angiography in patients with chest pain. *G Ital Cardiol* 2012; 13: 118-23.
5. Fava C, Montagnana M, Favalaro EJ, Guidi GC, Lippi G. Obstructive sleep apnea syndrome and cardiovascular diseases. *Semin Thromb Hemost* 2011; 37: 280-97.
6. Ciccone MM, Scicchitano P, Mitacchione G, et al. Is there a correlation between OSAS duration/severity and carotid intima-media thickness? *Respir Med* 2012 Feb 6 [Epub ahead of print].
7. Banno K, Kryger MH. Sleep apnea: clinical investigations in humans. *Sleep Med* 2007; 8: 400-26.
8. Vandvik PO, Lincoff AM, Gore JM, et al. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 suppl): e637S-688S.
9. Vituliano N, Bellocchi F. Sleep-related breathing disorder and bradyarrhythmias, why to use continuous positive airway pressure (CPAP) treatment: a case report. *Clin Ter* 2011; 162: 357-9.
10. Gensini GF, Virgili G, Conti AA. Narrative medicine: la medicina basata sul racconto. *Intern Emerg Med* 2008; 3: S126-S130.

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Andrea A. Conti
Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica
Università di Firenze
Largo Brambilla, 3
50134 Firenze
E-mail: andrea.conti@unifi.it

