La prognosi dello scompenso da disfunzione diastolica

Data 07 febbraio 2007
Categoria cardiovascolare

Contrariamente a quanto si riteneva lo scompenso cardiaco da disfunzione diastolica non ha una prognosi migliore di quello da disfunzione sistolica.

Le problematiche legate allo scompenso cardiaco diastolico sono state fatte oggetto di due studi pubblicati contemporaneamente dal NEJM.
Nel primo sono stati valutati 2802 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco, suddivisi in tre categorie a seconda dei valori della frazione di eiezione: inferiore al 40%, compresa tra il 40% e il 50%, superiore al 50%. L'end-point era costituito dal decesso o da un nuovo ricovero per scompenso cardiaco entro 12 mesi. Il 39% dei pazienti aveva una frazione di eiezione superiore al 50%, più spesso di genere femminile, di età più avanzata e con una storia di ipertensione e fibrillazione atriale. La mortalità in questi pazienti non differiva da quella dei soggetti con frazione di eiezione ridotta, sia a 30 giorni che ad un anno. Anche la frequenza di nuovi ricoveri per scompenso cardiaco non era diversa tra i gruppi.
Nel secondo lavoro sono stati studiati 6076 pazienti con scompenso cardiaco ricoverati dal 1987 al 2001, anche questi suddivisi in base ai valori della frazione di eiezione in due gruppi, rispettivamente con frazione di eiezione ridotta o conservata. I dati sulla frazione di eiezione erano disponibili per il 76% dei pazienti. Di questi il 53% aveva una frazione di eiezione compromessa e il 47% conservata. La sopravvivenza era lievemente più alta nei soggetti con frazione di eiezione conservata (HR per decesso 0,96; P = 0,01). La sopravvivenza, nel corso degli anni, è migliorata per i pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta ma non in quelli con scompenso diastolico.

Fonte:
1. Bhatia RS et al. Outcome of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction in a Population-Based Study. N Engl J Med 2006 Jul 20; 355:260-269
2. Owan TE et al. Trends in Prevalence and Outcome of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med 2006 Jul 20; 355:251-259

Commento di Renato Rossi

Lo scompenso cardiaco diastolico dal punto di vista clinico è indistinguibile da quello da disfunzione sistolica ma l'ecocardiogramma mostra una frazione di eiezione conservata. Per questo motivo alcuni autori chiamano questa condizione scompenso con frazione di eiezione conservata. Tuttavia il termine scompenso diastolico è divenuto più familiare ai medici e focalizza l'attenzione sulla fisiopatologia sottostante: nello scompenso diastolico infatti l'ipertrofia e/o la fibrosi portano ad una progressiva riduzione di elasticità delle pareti dei ventricoli con difficoltà al riempimento diastolico.
I due studi pubblicati dal NEJM ci dicono cose interessanti. Anzitutto confermano che lo scompenso diastolico è frequente, tanto che circa il 40-50% dei pazienti con segni clinici di insufficienza cardiaca ne soffre. Ma l'aspetto più interessante è che, contrariamente a quanto si ritiene, la mortalità sembra non essere molto diversa tra i due tipi di scompenso.
In effetti studi precedenti avevano portato a ritenere che la prognosi fosse migliore quando la frazione di eiezione è conservata.
Una spiegazione potrebbe essere che in questi due studi l'età media dei pazienti con scompenso cardiaco diastolico era più avanzata di quella dei soggetti con scompenso sistolico, e questo può rendere conto di una sopravvivenza più bassa. Bisogna quindi porre attenzione ad estendere le conclusioni qui evidenziate a tutti i pazienti con scompenso diastolico.
In ogni caso non va dimenticato che non si tratta di una condizione benigna: la mortalità ad un anno è del 20%-30%, mentre a 5 anni arriva al 65%.
Infine un'altra osservazione interessante è il fatto che negli anni recenti la sopravvivenza è aumentata solo nei casi di scompenso cardiaco da disfunzione sistolica. In effetTi non esistono per ora (se si esclude un braccio dello studio CHARM) RCT che abbiano valutato quale siano i trattamenti di scelta nello scompenso diastolico.Non abbiamo quindi dati affidabili per raccomandare terapie particolari. La terapia di scelta sembra basarsi su aceinibitori, sartani, diuretici e betabloccanti .
Si ritiene che la digitale sia controindicata (o che comunque vada usata con molta prudenza) perché l'effetto inotropo positivo potrebbe peggiorare la disfunzione diastolica e un' analisi ancillare recente del Digitalis Investogation Group (Studio DIG) evidenzia come la digoxina non riduca la mortalità nè abbia effetti su altri outcomes nel sottogruppo di pazienti con scompenso diastolico ; anche i duretici dovrebbero essere prescritti con una certa cautela per la possibile riduzione della portata cardiaca. I calcioantagonisti diidropiridinici a lunga durata d'azione sono farmaci di seconda scelta da usare negli ipertesi se i beta-bloccanti sono controindicati.

Bibliografia

1.Satpathy C. et al. Diagnosis and Management of Diastolic Dysfunction and Heart Failure. Am fam Physician 2006 Mar 1;73:841-846

2. Ahmed A et al. Effects of Digoxin on Morbidity and Mortality in Diastolic Heart Failure. The Ancillary Digitalis Investigation Group Trial". Circulation. 2006;114:397-403