Un respiro troppo corto

Data 16 febbraio 2009
Categoria casi_clinici

In un paziente con BPCO la comparsa di dispnea ingravescente non deve far pensare solo all'apparato polmonare.

Giovanni è un sessantaseienne affetto da circa 7-8 anni da broncopneumopatia cronica ostruttiva. In effetti ha fumato, e molto, fin da quando aveva quindici anni e solo da poco tempo è stato costretto a smettere. Il medico curante lo ha avvisato che altrimenti non avrebbe fatto altro che peggiorare una situazione polmonare già abbastanza compromessa. Soffre, soprattutto nei mesi invernali, di frequenti episodi bronchitici con tosse ed escreato abbondante. A dir la verità la tosse non lo abbandona del tutto neppure in estate. Da un po' di tempo inoltre comincia ad avere il fiato corto, fa fatica a fare le tre rampe di scale per arrivare al suo appartamento e anche quando cammina, dopo un po', deve fermarsi a riprendere fiato. Il medico curante gli ha spiegato che dipende dalla malattia polmonare che, purtroppo, è ingravescente. Gli ha prescritto una terapia a base di cortisonici e di broncodilatatori per via inalatoria e delle compresse di teofillina ritardo. Con questa terapia dovrebbe andare un po' meglio, gli ha detto il medico. Inoltre dovrebbe dimagrire e mettersi a dieta, perchè il suo BMI è decisamente troppo alto (30,6).
In effetti la terapia prescritta sembrava, almeno all'inizio, portare a qualche miglioramento. Ma poi la mancanza di respiro è ripresa; anche la tosse e il catarro non lo abbandonano più. Giovanni è stato costretto a ritornare di nuovo dal medico che lo ha visitato, riscontrando una pressione arteriosa di 160/95 ed una frequenza cardiaca di poco superiore a 90 battiti al minuto.
Già in passato a Giovanni erano stati riscontrati valori un poco elevati della pressione, tanto che il medico gli aveva prescritto un diuretico tiazidico. Ma a dir la verità Giovanni lo aveva assunto solo per qualche mese e poi aveva smesso perchè gli sembrava che gli provocasse dei disturbi digestivi. Quest'ultima volta però il medico è stato categorico, gli ha prescritto un aceinibitore e un tiazidico che dovrà assolutamente assumere. Ci mancherebbe che oltre alla bronchite cronica ci si mettesse pure la pressione a complicare le cose, gli ha detto il sanitario.
Giovanni se ne è uscito sconsolato, ma alla fine si è arreso ed ha cominciato ad assumere anche la nuova cura. Inoltre ha acconsentito a sottoporsi ad alcuni controlli ematochimici, ad una radiografia del torace e ad un elettrocardiogramma.
Quando ha portato in visione gli accertamenti prescritti il medico gli ha spiegato che la radiografia del torace mostrava il solito quadro di accentuazione della trama alle basi polmonari, dovuta alla bronchite cronica, mentre l'elettrocardiogramma evidenziava delle anomalie della ripolarizzazione ventricolare definite aspecifiche e alcune extrasistoli ventricolari, ritenute però di scarsa importanza clinica visto che erano poche e asintomatiche. Giovanni si è rassicurato, però una notte si è svegliato all'improvviso, gli mancava il respiro, si sentiva soffocare, tanto che è stato costretto a recarsi in Pronto Soccorso. Qui gli hanno fatto un elettrocardiogramma e una radiografia del torace, degli esami del sangue e poi lo hanno ricoverato dicendogli che aveva uno scompenso cardiaco. Un ecocardiogramma eseguito durante il ricovero ha confermato la diagnosi evidenziando una discreata riduzione della frazione di eiezione.

Commento al caso clinico

Riconoscere uno scompenso cardiaco in un paziente affetto da broncopatia cronica ostruttiva può essere molto difficile perchè il sintomo dispnea tende ad essere interpretato come una conseguenza della patologia polmonare.
Secondo uno studio di tipo osservazionale su oltre 400 pazienti affetti da BPCO circa il 20% risultava contemporaneamente sofferente di scompenso cardiaco (BMJ 2005; 331:1379). Ovviamente l'esame principale che permette di diagnosticare lo scompenso è l'ecocardiogramma, ma lo studio ha permesso di identificare altri fattori che, se presenti, possono far sospettare un coinvolgimento cardiaco. Gli autori di questo studio hanno anche elaborato uno score secondo il seguente schema riassunto nella tabella sottostante.

- itto della punta spostato lateralmente = 3 punti
- storia positiva per cardiopatia ischemica = 2 punti
- frequenza cardiaca superiore a 90 bpm = 2 punti
- BMI >= 30 = 3 punti
- BNP > 14,5 pmol/l = 4 punti
- anomalie elettrocardiografiche = 3 punti

La probabilità che associato alla BPCO ci sia uno scompenso cardiaco è la seguente:
- zero punti = 5%
- 2/5 punti = 11%
- 6/9 punti = 25%
- 10/14 punti = 57%

Nel caso di Giovanni il medico avrebbe potuto sospettare prima l'origine cardiaca della dispnea se solo avesse considerato che, sulla base dei dati a sua disposizione, il paziente avea una probabilità del 25% di essere affetto da insufficienzacardiaca.

La coesistenza di ipertensione non adeguatamente trattata era un altro elemento da tenere nella dovuta considerazione, che invece è stato, probabilmente, sottovalutato.

RenatoRossi