

Diagnosi tardiva di stenosi aortica in paziente anziana

Questa esperienza che riportiamo dimostra come una attenta valutazione clinica del paziente anziano sul territorio permetta un percorso per un efficiente management di malattia in una ottica di cooperazione medico di famiglia-specialista

Giovanni Scala,¹ Gianfranco Puzio,¹ Walter Verrusio,² Valerio Massimo Magro,³ Diana Lama³

La stenosi aortica (SA) è la malattia valvolare più frequente nei Paesi occidentali, con crescente prevalenza a causa dell'invecchiamento della popolazione (in uno studio ecocardiografico di popolazione il 2% delle persone di età >65 anni presentava una SA calcifica franca). Benché la clinica e la storia naturale siano ben descritte, lo screening e la sua valutazione in ambito territoriale rimangono di difficile attuazione pratica, specie in assenza di condizioni concomitanti, quali l'ipertensione arteriosa. Riportiamo un caso clinico (presentato al congresso nazionale della Società di Geriatria e Gerontologia nel 2018 e pubblicato anche negli atti congressuali, Pacini Ed 2018), il cui management è avvenuto in una ottica di cooperazione Mmg-specialista.

► Il caso

Una signora di 73 anni (altezza 160 cm, peso 78 kg) giungeva all'osservazione del medico di medicina generale per riscontro di astenia in-

gravescente e invalidante presente da qualche settimana.

Approfondendo la storia clinica, familiarità per eventi cardiovascolari ma non precoci (padre morto a 80 anni per IMA e un fratello anch'egli deceduto per infarto, in età avanzata). Fumatrice (20 sigarette/die da circa 30 anni) con una diagnosi di malattia delle piccole vie aeree (spirometria), trattata con beclometasone e formoterolo.

- **Visita:** PA 150/80 mmHg, FC 85 bpm, ritmica, SpO2 98% in aria ambiente, FR 23 atti respiratori, con emitoraci simmetrici, ipomobili, con qualche rantolo basale bilaterale, in assenza di broncospasmo. Vasta area di candidosi sottomammaria bilaterale con sovrapposta impetiginizzazione. Addome globoso per adipe, trattabile in tutti i quadranti, non peritonismo. Eдеми declivi di grado lieve agli arti inferiori, localizzati solo al livello dei polpacci, improntabili.

Dispnea e astenia anche durante anamnesi con sopraggiungere di palpitazioni. Venivano misurati nuovamente i battiti cardiaci, rilevando discordanza tra centrum e periferia; associati soffi 3-4/6 su tutti i focolai di auscultazione.

La paziente viene inviata a valutazione specialistica (cardiogeriatra).

► Indagini diagnostiche

- **VMD:** MMSE 30/30, normali ADL e IADL. Geriatric Index of Comorbidity 4. 6MWT e SPPB non eseguiti.
- **Esami ematochimici:** nella norma.
- **Ecocardiogramma:** ventricolo sinistro ipertrofico con atrio sinistro dilatato (Vol LA/BSA 42 ml/mq) e valvole mitrale e aortica sclero-calcifiche, con ridotta apertura dei lembi valvolari. EF 55%. Insufficienza mitralica a doppio jet di grado moderato, pattern da alterato rilasciamento. Insufficienza tricuspida-le di grado moderato. PAPs 55 mmHg. Insufficienza aortica lieve. Stenosi aortica calcifica di grado moderato-severo (Vmax 4.3 m/sec; Gmax 75 mm Hg; Gmedio 45 mm Hg). EuroSCORE 6 (logistic 7.1).

► Terapia e follow-up

La paziente viene prima avviata a terapia medica con sartano e diuretico dell'ansa, in previsione dell'eco-TE e successivo intervento di protesizzazione: buon esito e miglioramento della qualità di vita al follow-up (controlli regolari).

Viene lasciata immutata la terapia con formoterolo e beclometasone, notando comunque, con aggiunta

¹ Centro Assistenza Domiciliare (CAD), ASL RM2, Roma

² Università La Sapienza, Roma

³ Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

del sartano, un miglioramento dei parametri pressori a 6 mesi e ad un anno (spirometria immodificata). Ultimo peso 74 kg; COPD Assessment Test (CAT) 12.

► Conclusioni

Nel management della paziente abbiamo seguito sia le raccomandazioni internazionali (American College of Cardiology/American Heart Association) che la recente Consensus ANMCO/SIC/SICI (*Giornale Italiano di Cardiologia*, vol 17, settembre 2016) distaccandocene minimamente: infatti, anche se la valvulopatia poteva essere stata la conseguenza di anni di stress meccanico subito da una valvola normale, abbiamo tenuto conto degli ultimi dibattiti sulla teoria secondo cui il processo patologico è caratterizzato da alterazioni proliferative e infiammatorie, con accumulo di lipidi e up-regulation dell'attività dell'enzima di conversione dell'angiotensina.

Per tale motivo, pur in assenza di chiare indicazioni, osservazioni in letteratura (*Eur J Clin Invest* 2013; 43 (12): 1262-72) che hanno mostrato una progressione più lenta con terapia con sartani, ci hanno convinti ad intraprendere tale terapia e a portarla avanti, anche dopo intervento, anche in assenza di ipertensione e riduzione della FE. A parte la più nota indicazione alla sostituzione valvolare (presenza di sintomi anginosi, sincopali o da scompenso cardiaco, condizioni non presenti nella paziente), pazienti sintomatici con stenosi aortica grave sono generalmente candidati all'intervento poiché la terapia medica non offre comunque significativi vantaggi.

Nella pratica clinica del Mmg l'ampio bacino di utenza è costituito da pazienti anziani, più o meno "frequent attenders" e con sintomi talora aspecifici (quali appunto astenia) o fattori di rischio ugualmente mal valutabili (ipertensione spesso sistolica isolata) o fattori confon-

denti (BPCO), senza grossi fattori di rischio o con ipertensione diagnosticata da poco o sintomatologia di tipo "astenico". Peraltro, l'esame ecocardiografico è contemplato nel follow-up dei pazienti con BPCO non complicata nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) in diverse Asl e se ne raccomanda l'utilizzo anche in quei pazienti in cui la BPCO può costituire un importante bias diagnostico. In assenza di chiare indicazioni da parte delle Società scientifiche di settore (American Academy of Family Physicians, Evidenza C: l'esecuzione dell'ecocardiografia in pazienti sintomatici con soffio sistolico o asintomatici con tale reperto di almeno 3/6), troviamo giusto consigliare una attenta valutazione clinica già sul territorio, da parte del Mmg, per tutti i pazienti con età >65 anni, al fine di rilevare il minimo *yellow flag* che permetta di avviare il paziente all'idoneo percorso per un efficiente e preventivo management di questa condizione.

M.D. DIGITAL



Per il medico sempre aggiornato
dal mondo clinico e professionale

www.md-digital.it