



## I FARMACI INIBITORI DEL RAS SONO UGUALI? RIFLESSIONI SU UN CASO DI STENOSI AORTICA

Scala Giovanni<sup>1</sup>, Magro Valerio Massimo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Geriatría CAD ASL RMC Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Geriatría e Medicina Interna, Seconda Università di Napoli (SUN), Napoli

**Background.** Nel “mondo industrializzato”, la stenosi della valvola aortica è in assoluto la valvulopatia più comune e, di conseguenza, la più frequente indicazione a chirurgia valvolare. Il trattamento del paziente anziano deve essere coscienzioso ma anche rispettoso della volontà del paziente, adeguatamente informato dei benefici ma anche dei rischi che ogni atto chirurgico comporta. **Case Report.** Donna di 80 anni; in anamnesi patologica remota ipertensione in terapia con ace-inibitore (ACEi) ramipril, diabete di tipo 2 trattato con glimepiride, incontinenza urinaria saltuaria, frequenti ricoveri per dispnea con diagnosi di bronchite acuta e polmonite con molti accessi in DEA. Recente insorgenza di edemi declivi, con insorgenza di dispnea ingravescente ed ipertemia lieve. Segni vitali: PA 160/90 mm Hg, attività ritmica con FC 87 bpm, FR 16 atm; SpO<sub>2</sub> 93% in aria ambiente. Condizioni discrete, sensorio conservato, psiche lucida. Soprappeso. MMSE 29/30, ADL 6/6 e IADL 8/8. Al torace MV aspro su tutto l’ambito con sibili sparsi. Soffio sistolico 4/6, rude, in aia aortica, con irradiazione alle carotidi, in associazione a soffio più lieve 2/6, sul focolaio mitralico, non irradiato sulla linea ascellare anteriore. Edemi declivi improntabili al ginocchio. **Risultati.** Si posizionava catetere vescivale per monitoraggio diuresi ed esame culturale. All’Rx torace rinforzo della trama interstiziale ed aia cardiaca ingrandita, ECG nei limiti con asse orientato a sinistra. Il laboratorio evidenziava glicemia 124 mg/dl e HbA<sub>1c</sub> 5,8%; all’emocromo anemia lieve con formula conservata, PCRhs bassa, ipotiroidismo di grado lieve, urinocoltura sterile. L’ecocardiogramma evidenziava la presenza di stenosi mitralica con FE 40%, area valvolare aortica 1,5 cm<sup>2</sup>, gradiente medio 41 mm Hg e velocità transaortica 3,9 m/s. Lieve insufficienza mitralica. La paziente rifiutava qualsiasi tipo di approccio chirurgico. Si optava quindi per una terapia eminentemente farmacologica: terapia diuretica frazionata con up-titration della furosemide partendo da 20 mg quattro volte al giorno fino al riassorbimento degli edemi declivi con successiva down-titration a 50 mg al giorno, dopo svezzamento dal catetere, bisoprololo 2,5 mg con buon controllo della frequenza (70 bpm). Abolizione di nitrati. Minima protezione del tromboembolismo (ASA 100 mg), in quanto la paziente era deambulante e indipendente. Dieta ipoglicidica iposodica. Switch da ramipril a telmisartan 80 mg. La paziente veniva quindi dimessa in buone condizioni generali e discreto compenso emodinamico, buon controllo della pressione arteriosa (135/80 mm Hg) ed FC, calo di peso di 4 kg. Al controllo ambulatoriale a 6 mesi e un anno la paziente risultava essere in condizioni generali discrete, ancora indipendente e senza edemi, immutati parametri ultrasonografici cardiaci. **Discussione.** L’indicazione alla sostituzione valvolare nei pazienti con stenosi aortica che presentino sintomi anginosi, sincopali o da scompenso cardiaco, essendo ben noto infatti come questi pazienti abbiano una pessima prognosi se non operati (con una mortalità media riportata in letteratura del 75% a 3 anni). Nel caso in questione, il dissenso informato, cosciente e volontario, della paziente, della opzione chirurgica, ha indotto ad un diverso management, cercando di ottimizzare la terapia medica. In particolare, assieme alla terapia antiedemigena (diuretici), alla salvaguardia del precarico (abolizione dei nitrati) ed alla induzione di un minore carico di lavoro con risparmio di ossigeno (beta bloccante), l’interesse per una protezione miocardica che avesse anche rilevanza sulla sopravvivenza ci ha portati alla scelta della sostituzione dell’ACEi con il sartano. Infatti l’ipertensione è associata ad una progressione più rapida della stenosi aortica; osservazioni recenti in



TIGULLIO  
CARDIOLOGIA

letteratura [Eur J Clin Invest. 2013 Dec; 43 (12):1262-72] hanno mostrato una progressione più lenta con terapia con sartani, specie nel sottogruppo con ipertensione arteriosa, rispetto ai pazienti trattati con ACEi. **Conclusioni.** Non tutti i pazienti sono da sottoporre a sostituzione valvolare ed oltre a ciò alcuni pazienti, per diversi motivi, possono rifiutare tale opzione. L'ipertensione costituisce, nei pazienti con stenosi aortica, un ulteriore carico, poiché al post-carico valvolare si aggiunge quello vascolare. In assenza di trial definitivi di confronto tra ACEi e sartani e di pazienti di confronto, l'etica del quotidiano ci ha indotto a percorrere questa ultima strada, riportando buoni risultati al follow-up.

.