

In-To-Heart



Caso clinico
Paziente nefropatico e diabetico

Anamnesi

- Silvio, 80 anni. Normopeso.
- Ipertensione arteriosa da almeno 30 anni, in trattamento controllato da 10.
- Diabete mellito tipo 2 da 20 anni. HbA1C: 7.0%
- Pregresso infarto miocardico inferiore (a 70 anni).
- Funzione ventricolare sx depressa con EF: 30%
- Diagnosi di scompenso cardiaco a 74 anni.
- Scompenso cardiaco classe NYHA II
- Insufficienza renale moderata su base nefro-angiosclerotica
- Recente ricovero (2 mesi fa) per scompenso in corso di sindrome influenzale.



Terapia in atto

- Carvedilolo 25 mg 1 c + ½ c
- Simvastatina 20 mg 1
- Furosemide 25 1 c x 3
- KCl 1 c
- Metformina 850 mg 1 c x 2
- Amlodipina 10 mg 1 c
- Valsartan 160 mg 1 c x 2
- Cardioaspirin 100 mg
- Pantoprazolo 20 mg 1 c
- Doxazosin 2 mg 1 c x 2



Anamnesi prossima

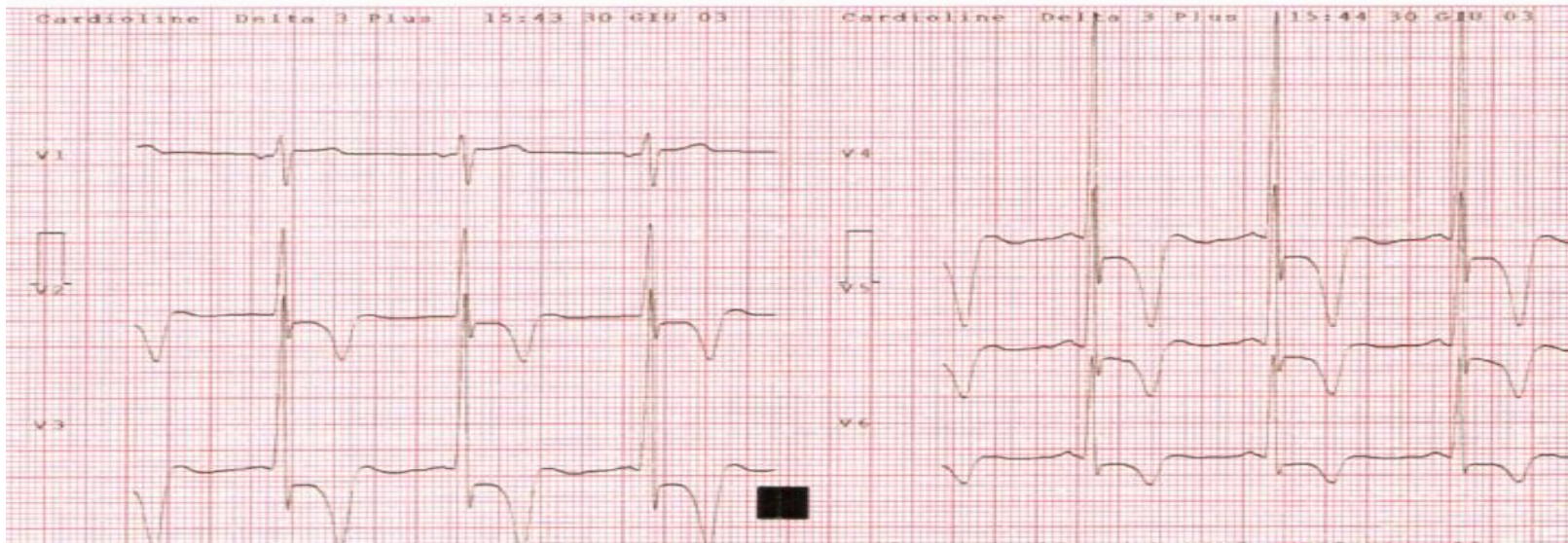
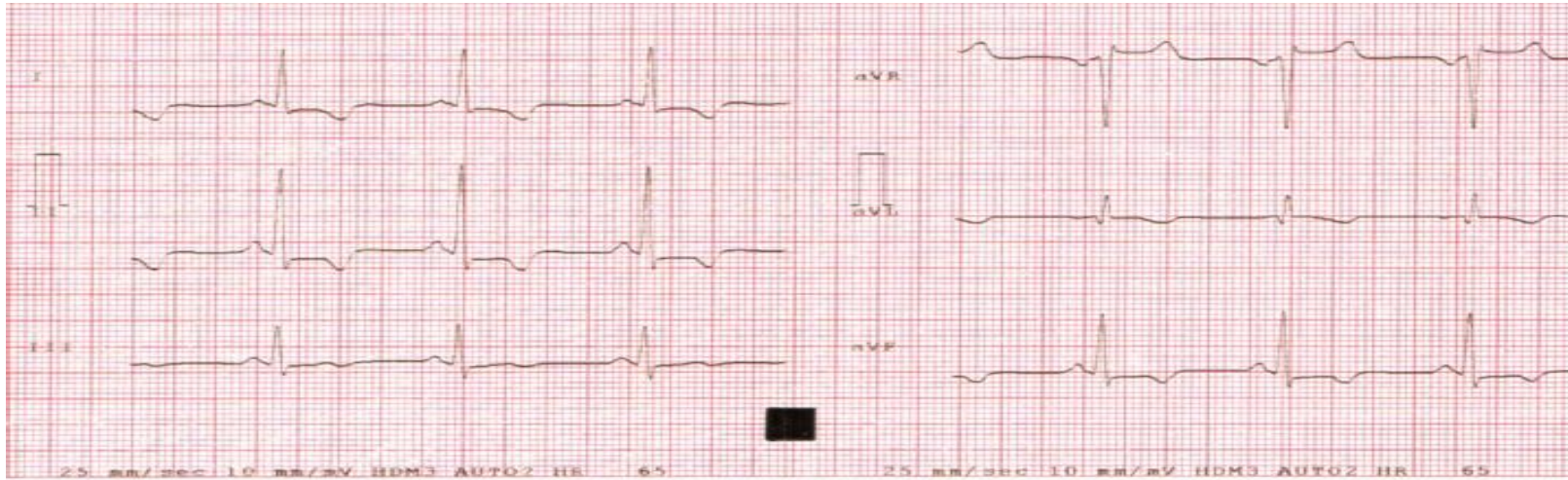
- Il paziente si reca in PS per riacutizzarsi dei sintomi: dispnea a riposo, edemi agli arti inferiori e profonda astenia.
- Riferisce episodi di dispnea parossistica notturna per cui non riesce a dormire
- I sintomi sono peggiorati da circa 5 giorni



Anamnesi prossima

- Al PS vengono eseguiti:
- PA 110/70
- ECG: ritmo sinusale, FC 90 bpm .
- Ecocardiogramma: ventricolo sx moderatamente ipertrofico e dilatato, con acinesia della parete inferiore, con funzione ventricolare sx depressa, in peggioramento
- Insufficienza mitralica moderata.
- EF 25%.
- RX Torace: Cardiomegalia, segni di redistribuzione del flusso verso le regioni polmonari apicali , lieve versamento pleurico bilaterale





Esame obiettivo

- Pz dispnoico.
- PA 110/70 fc 90 bpm
- Al torace lieve versamento pleurico bilaterale
- Cuore: toni ritmici, validi, soffio 2/6 da rigurgito mitralico.
- edemi periferici



Esami Laboratorio routine

Glucosio	120 mg/dl
Creatinina	0.8 mg/dl
GRF	42 mg/dl
Acido urico	3.4 mg/dl
Na ⁺	146 mEq/l
K ⁺	4.0 mEq/l
Colesterolo tot.	160 mg/dl
HDL colesterolo	68 mg/dl
Trigliceridi	124 mg/dl

G. rossi	4800 x 10 ³ /mm ³
G. bianchi	6.56 x10 ³ /mm ³
Piastrine	290 x10 ³ /mm ³
Hct	37%
Hb	14.3 g/dl
Esame delle urine	NDP
AST	16 U/l
ALT	13U/l
HbA1C	7.0 %

In sintesi

Trattasi di paziente sintomatico per scompenso con:

- Ipertensione arteriosa importante con valori tendenzialmente ai limiti superiori nonostante la terapia significativa, questo a causa anche della malattia renale.
- IRC moderata
- Diabete mellito tipo 2
- Assenza di MRA
- Il paziente viene ricoverato per riacutizzazione dello scompenso cardiaco



Siete d'accordo sul ricovero del paziente?

A. SI

B. NO



Siete d'accordo sul ricovero del paziente?

A. **SI**

B. **NO**

CORRETTO | PARZIALMENTE CORRETTO | NON CORRETTO



Come modifichereste la terapia?

- A. Incremento della dose di diuretico
- B. Introduzione Sacubitril / Valsartan ed MRA
- C. Titolazione betabloccante
- D. Nessuna modifica



Come modifichereste la terapia?

- A. Incremento della dose di diuretico: con introduzione di ARNI posologia di diuretico viene ridotta. Diuretico ha effetto sintomatico e non prognostico in HF
- B. Introduzione Sacubitril / Valsartan ed MRA: MRA come da linee guida ESC 2016, ARNI iniziato anche in corso di ospedalizzazione per AHF dopo stabilizzazione clinica (studi Pioneer e Transition)
- C. Titolazione betabloccante: rivalutare FC a risoluzione della fase acuta
- D. Nessuna modifica

CORRETTO | PARZIALMENTE CORRETTO | NON CORRETTO



Terapia

- Durante il ricovero viene modificata la terapia che è risultata non sufficiente; dopo 2 giorni di terapia ev con furosemide, il paziente:
- Sospende valsartan 160 mg
- sospende doxazosina e potassio,
- Si riduce furosemide a 2 cp/die,
- aggiunge spironolattone 25 mg die
- introduce sacubitril/valsartan 24/26 mg 1 c x 2



Siete d'accordo con le modifiche apportate alla terapia?

A. SI

B. NO



Aumentereste la terapia diuretica?

A. SI

B. NO

Aumentereste la terapia diuretica?

- A. SI: come già sottolineato prima, la dose di diuretico con introduzione di ARNI va ridotta grazie all'effetto positivo sulla diuresi del nuovo farmaco
- B. NO

CORRETTO | PARZIALMENTE CORRETTO | NON CORRETTO



Entresto 24/26: siete d'accordo con la posologia iniziale?

A. SI

B. NO



Entresto 24/26: siete d'accordo con la posologia iniziale?

- A. SI: da studio Titration una titolazione graduale di ARNI consente raggiungimento della dose massimale anche in pazienti con bassi valori di PA o inizialmente intolleranti ad ARNI
- B. NO: paziente assume una terapia antipertensiva importante e la dose massima di valsartan per HF, con la sua riduzione della terapia antipertensiva potrebbe verosimilmente tollerare già la classica «dose start» di ARNI

CORRETTO | PARZIALMENTE CORRETTO | NON CORRETTO



Ricovero

- Dopo 3 gg dalla modifica della terapia, il paziente risulta in miglioramento:
- PA 130/85
- Lieve dispnea, per sforzi fisici moderati
- Riduzione degli edemi agli arti inferiori
- Diuresi nella norma
- ECG: ritmo sinusale con FC 80 bpm
- Ecocardiogramma: ventricolo sx moderatamente ipertrofico e dilatato, con acinesia della parete inferiore, con funzione ventricolare sx depressa, stabile
- Insufficienza mitralica moderata.
- EF 25%.



Dimissioni

Il paziente viene quindi dimesso con la terapia in atto e indicazione per il medico curante su come modificare la terapia in base alla sintomatologia del paziente.



Follow-up a 2 settimane

- Dopo 2 settimane il curante, su indicazione dello specialista, incrementa la dose di Sacubitril/Valsartan a 49/51 mg 1 c x 2.
- PA 135/90 fc 70 bpm.
- Pz soggettivamente bene.
- Gli prescrive esami ematochimici per il prossimo controllo clinico programmato a 3 settimane.



Siete d'accordo con le modifiche apportate alla terapia?

A. SI

B. NO



Follow-up a 3 settimane dall'ultima visita dal curante

- Il pz riferisce che la pressione sistolica è più spesso più vicina a 110 che a 120 mmHg, ma che sta decisamente meglio. Tollera meglio gli sforzi della vita quotidiana.
- Il curante, prima della modifica della terapia, guarda l'esito degli esami consigliati.



Esami Laboratorio routine

Glucosio	120 mg/dl
Creatinina	0.9 mg/dl
GRF	41 mg/dl
Acido urico	3.9 mg/dl
Na ⁺	140 mEq/l
K ⁺	4.2 mEq/l
Colesterolo tot.	150 mg/dl
HDL colesterolo	60 mg/dl
Trigliceridi	104 mg/dl

G. rossi	4200 x 10 ³ /mm ³
G. bianchi	6.56 x10 ³ /mm ³
Piastrine	180 x10 ³ /mm ³
Hct	36%
Hb	13.9 g/dl
Esame delle urine	NDP
AST	19 U/l
ALT	21 U/l
HbA1C	6.8 %

- Creatinina e potassio si sono mantenuti stabili
- Miglioramento dell'emoglobina glicata con ARNI



Follow-up a 3 settimane dall'ultima visita dal curante

- PA 115/80 fc 60 bpm
- Il curante incrementa la dose di Sacubitril / Valsartan a 97/103 mg 1 c x 2.
- Riduce amlodipina a 5 mg die e riduce furosemide a 25 mg die



Siete d'accordo sulla titolazione di
Sacubitril/Valsartan e sulla riduzione del diuretico?

- A. SI
- B. NO



Siete d'accordo sulla titolazione di Sacubitril/Valsartan e sulla riduzione del diuretico?

- A. SI: come dimostrato dai trials l'impatto prognostico e sulla funzione miocardica cresce all'aumentare della posologia
- B. NO

CORRETTO | PARZIALMENTE CORRETTO | NON CORRETTO



Quando rifare ecocardiografia?

- A. 1 mese
- B. 3-6 mesi
- C. 1 anno



Quando riprogrammare visita specialistica, se necessaria?

- A. 1 mese
- B. 3-6 mesi
- C. 1 anno
- D. Non più necessaria

NB. Il paziente andrebbe indirizzato ad una valutazione diabetologica per introduzione SGLT2-INH e eventualmente anche GLP 1-RA (Linee Guida 2019).

Andrebbe titolata la dose di spironolattone alla dose target di 50 mg/die.



Come impostereste la cogestione di questo paziente fra voi e il MMG?

- A. Gestione esclusiva MMG
- B. Gestione esclusiva specialista
- C. Gestione condivisa con follow-up periodici dallo specialista e contatto in caso di riacutizzazione/peggioramento graduale della sintomatologia
- D. Educazione del paziente alla gestione autonoma della terapia diuretica

