

Aterosclerosi coronarica e cardiomiopatie: quando le due malattie si incontrano

Dott. Leonardo Bolognese

Due malattie diverse, ma non così lontane

Chi convive con una cardiomiopatia si sente spesso ripetere due termini che sembrano appartenere a mondi diversi: da un lato la propria malattia del muscolo cardiaco, dall'altro "l'aterosclerosi", il problema delle arterie coronarie di cui soffrono tante persone, spesso per motivi legati all'età o allo stile di vita.

In realtà questi due mondi si toccano, e capire come può aiutare a interpretare meglio esami, sintomi e consigli del cardiologo.

Questo articolo è pensato per fare chiarezza: che cosa sono, separatamente, l'aterosclerosi coronarica e le cardiomiopatie; in che modo possono incontrarsi nella stessa persona; e perché, anche in una malattia di origine genetica, prendersi cura delle arterie resta importante.

Che cos'è l'aterosclerosi coronarica?

È l'accumulo progressivo di placche (depositi di grasso, colesterolo e cellule infiammatorie) all'interno delle arterie coronarie, i vasi che portano sangue e ossigeno al cuore. Quando le placche restringono in modo significativo il vaso, il muscolo cardiaco può ricevere meno sangue del necessario: è la condizione che chiamiamo cardiopatia ischemica.

Le placche si formano nel corso di anni o decenni, favorite da fattori come colesterolo alto, ipertensione, fumo, diabete, sedentarietà ed età. Possono restare stabili a lungo oppure, in alcuni casi, rompersi improvvisamente e causare un'ostruzione acuta: è l'infarto.

Che cosa sono le cardiomiopatie?

Le cardiomiopatie sono malattie che colpiscono direttamente il muscolo cardiaco (il miocardio), indipendentemente dalla presenza di problemi alle coronarie o di pressione alta. Le forme principali sono:

- Cardiomiopatia dilatativa: il cuore si allarga e la sua capacità di contrarsi si riduce.
- Cardiomiopatia ipertrofica: le pareti del cuore, soprattutto il ventricolo sinistro, si ispessiscono in modo eccessivo.
- Cardiomiopatia aritmogena: il tessuto muscolare (spesso del ventricolo destro, ma non solo) viene progressivamente sostituito da tessuto fibroso e adiposo, con rischio di aritmie.
- Cardiomiopatie restrittive/infiltrative: il muscolo diventa rigido, spesso per l'accumulo di sostanze anomale (amiloidosi, malattia di Fabry).
- Miocarditi e cardiomiopatie infiammatorie: infiammazione del muscolo cardiaco, spesso su base virale o autoimmune.
- Sindrome di Takotsubo: una forma acuta e spesso reversibile, scatenata tipicamente da forte stress emotivo o fisico.

Molte di queste forme hanno origine genetica, infiammatoria o da accumulo, e non sono legate all'aterosclerosi. Ma questo non significa che l'aterosclerosi sia irrilevante per chi ne è affetto, come vedremo più avanti.

Quando aterosclerosi e cardiomiopatie si incontrano

Aterosclerosi coronarica e cardiomiopatie possono relazionarsi in tre modi diversi, che è utile distinguere perché comportano implicazioni cliniche diverse.



Semplice coesistenza

Chi ha una cardiomiopatia genetica (ipertrofica, dilatativa non ischemica, aritmogena) può comunque sviluppare, indipendentemente, un'aterosclerosi coronarica legata a età, familiarità, fumo, diabete, colesterolo alto o ipertensione. In questo caso le due condizioni convivono ma non sono causa l'una dell'altra.

Aggravamento reciproco

Questa coesistenza non è però innocua: un cuore già fragile per la cardiomiopatia tollera peggio un'eventuale riduzione di flusso coronarico. Anche un restringimento coronarico che in un cuore sano darebbe pochi disturbi può, in un cuore ipertrofico o dilatato, precipitare uno scompenso o favorire aritmie. Ecco perché nei pazienti con cardiomiopatia il controllo dei classici fattori di rischio cardiovascolare resta importante quanto lo è per la popolazione generale, se non di più.

Rapporto causale (cardiomiopatia ischemica)

Se le coronarie si restringono in modo diffuso o si verificano infarti (anche silenti, non avvertiti dal paziente), il muscolo cardiaco può danneggiarsi in modo esteso, dilatarsi e perdere forza contrattile. Il quadro che ne risulta assomiglia molto a una cardiomiopatia dilatativa, ma la causa è l'ischemia cronica: si parla infatti di cardiomiopatia ischemica. In questi casi l'aterosclerosi non è un fattore che si aggiunge a una malattia già esistente: ne è l'origine.

Per questo motivo, quando un paziente riceve una nuova diagnosi di disfunzione del ventricolo sinistro, una delle prime cose che il cardiologo cerca di stabilire è se ci sia una malattia coronarica significativa alla base (con una coronarografia o una TAC coronarica), perché questo cambia la prognosi e soprattutto la terapia: rivascolarizzare un'arteria ostruita può in alcuni casi far recuperare parte della funzione cardiaca.

Quanto è frequente la coronaropatia nei pazienti con cardiomiopatia?

Cardiomiopatia ipertrofica

Nei pazienti adulti, una coronaropatia aterosclerotica concomitante è descritta in una quota che, a seconda delle casistiche, va grosso modo dal 10 al 20%. Curiosamente, a parità di età e fattori di rischio, la malattia coronarica ostruttiva vera e propria risulta spesso meno frequente rispetto a persone senza cardiomiopatia ipertrofica: le pareti ispessite sembrano in parte "proteggere" le grandi coronarie, mentre il problema si sposta sui piccoli vasi. Circa un quarto dei pazienti presenta infatti segni di ischemia nella vita quotidiana, spesso legati al microcircolo più che alle coronarie principali.

Cardiomiopatia dilatativa

Qui il legame con l'aterosclerosi è più diretto: quando un paziente si presenta con una disfunzione ventricolare non ancora spiegata, gli studi che hanno eseguito sistematicamente una coronarografia hanno rilevato una coronaropatia significativa, misconosciuta fino a quel momento, in circa il 20-27% dei casi. È il motivo per cui le linee guida raccomandano di escludere sempre una causa ischemica prima di etichettare una disfunzione ventricolare come "dilatativa non ischemica".

Cardiomiopatia aritmogena

In questa forma, tipicamente su base genetica e a esordio spesso giovanile, l'aterosclerosi coronarica non è una caratteristica tipica della malattia. Con l'avanzare dell'età, però, anche questi pazienti possono sviluppare aterosclerosi come chiunque altro, e in questo caso conta soprattutto la diagnosi differenziale: una cicatrice da pregresso infarto può, in alcuni casi, assomigliare a un quadro aritmogeno e va distinta con attenzione.

Cardiomiopatie restrittive/infiltrative (amiloidosi, malattia di Fabry)

Nell'amiloidosi cardiaca, che colpisce tipicamente persone anziane, una coronaropatia epicardica concomitante è stata rilevata in circa il 40% dei casi indagati in alcune casistiche, spesso già nota prima della diagnosi di amiloidosi: riflette soprattutto l'età avanzata di questi pazienti. Nella malattia di Fabry, invece, il problema principale non riguarda quasi mai le grandi coronarie ma il microcircolo: in piccoli studi la riserva di flusso coronarico è risultata ridotta in circa il 40% dei pazienti esaminati, ed è questa disfunzione microvascolare, più che una vera ostruzione, a spiegare l'angina che molti di loro riferiscono.

Miocarditi e cardiomiopatie infiammatorie

L'infiammazione del muscolo cardiaco può causare dolore toracico e innalzamento della troponina in modo molto simile a un infarto, pur in assenza di ostruzioni coronariche. Negli studi su pazienti con infarto senza coronarie ostruite (la cosiddetta condizione MINOCA), la risonanza magnetica cardiaca ha confermato una miocardite in circa un terzo dei casi. Distinguere le due condizioni è importante perché il percorso di cura è diverso, anche se, naturalmente, una persona con miocardite può avere allo stesso tempo una coronaropatia indipendente legata all'età o ai fattori di rischio.

Sindrome di Takotsubo

È forse l'esempio più singolare di come i sintomi di un problema coronarico possano comparire senza alcuna reale ostruzione delle coronarie: per definizione, nella sindrome di Takotsubo le grandi arterie sono libere. Rappresenta una piccola quota di tutti i sospetti infarti (1-3%, fino al 5-6% nelle donne con sospetto infarto acuto), ma è quasi sempre accompagnata da un'alterazione transitoria del microcircolo, che oggi è considerata uno dei principali meccanismi alla base dell'evento.

Quando il problema non sono le grandi coronarie: il microcircolo coronarico

Oltre alle grandi arterie coronarie visibili con la coronarografia, il cuore è irrorato da una fittissima rete di vasi piccolissimi, i cosiddetti microvasi (arteriole e capillari). Anche quando le coronarie principali sono completamente libere da placche, questi vasi possono funzionare male: si parla di disfunzione microvascolare coronarica.

Questo fenomeno non si vede con una normale coronarografia, perché riguarda vasi troppo piccoli per essere visualizzati: servono test specifici (come la misurazione della riserva di flusso coronarico durante una risonanza magnetica cardiaca o durante il cateterismo) per identificarlo. È particolarmente rilevante in alcune cardiomiopatie:

- Nella cardiomiopatia ipertrofica, le pareti ispessite e i piccoli vasi spesso alterati nella struttura possono limitare l'afflusso di sangue, contribuendo a dolore toracico e affanno anche in assenza di ostruzioni nelle coronarie principali.
- Nell'amiloidosi e nella malattia di Fabry, l'accumulo di sostanze anomale nella parete dei piccoli vasi ne compromette direttamente la funzione.
- Nella cardiomiopatia dilatativa, soprattutto in presenza di diabete, la disfunzione microvascolare può contribuire al progressivo indebolimento del muscolo cardiaco.

È un campo di ricerca ancora in evoluzione, ma sempre più considerato importante per capire perché alcuni pazienti con cardiomiopatia hanno sintomi sproporzionati rispetto a quanto visibile sulle coronarie principali.

Cosa possiamo fare per prevenire l'aterosclerosi?

Le buone regole per limitare la progressione dell'aterosclerosi valgono per chiunque, cardiomiopatia o no, e restano tra gli strumenti più efficaci a disposizione del paziente stesso:

- Non fumare, o smettere se già fumatori.
- Tenere sotto controllo la pressione arteriosa, il colesterolo e la glicemia, seguendo le indicazioni del proprio medico.
- Mantenere un'attività fisica regolare, adattata al tipo e alla gravità della propria cardiomiopatia (da concordare con il cardiologo).
- Seguire un'alimentazione equilibrata, povera di grassi saturi e sale.
- Mantenere un peso corporeo adeguato.
- Effettuare i controlli cardiologici periodici concordati, anche in assenza di nuovi sintomi.

Questi accorgimenti non modificano la causa genetica o di base della cardiomiopatia, ma riducono il rischio che l'aterosclerosi si aggiunga come ulteriore fattore di stress per un cuore già impegnato.

Domande frequenti

D. Se ho una cardiomiopatia genetica, sono più a rischio di aterosclerosi?

R. Non necessariamente più a rischio della popolazione generale per la stessa età e fattori di rischio, ma un cuore già indebolito dalla cardiomiopatia tollera peggio un'eventuale riduzione di flusso coronarico.

Per questo il controllo dei fattori di rischio resta importante.

D. Devo fare una coronarografia anche se la mia cardiomiopatia è di origine genetica?

R. Dipende dal quadro clinico.

Molti cardiologi propongono controlli mirati, soprattutto in presenza di nuovi sintomi (dolore toracico, peggioramento dell'affanno) o di un peggioramento inatteso della funzione cardiaca, per escludere una coronaropatia sovrapposta.

D. come si può vedere facilmente il grado di aterosclerosi di una persona ?

R. Valutando con Ecodoppler la presenza di placche di grasso nelle arterie superficiali visibili, cioè al collo le carotidi e all'inguine le arterie femorali.

D. La disfunzione microvascolare si può curare?

R. Alcuni farmaci e alcune misure sullo stile di vita possono migliorare la funzione del microcircolo, ma le opzioni terapeutiche specifiche sono ancora oggetto di studio. Il cardiologo può indicare l'approccio più adatto al singolo caso.

D. Perché a volte i sintomi assomigliano a quelli di un infarto anche se le coronarie sono libere?

R. Perché il dolore toracico e l'affaticamento possono derivare anche da un problema del microcircolo, da un'infiammazione del muscolo cardiaco (miocardite) o dalla stessa cardiomiopatia, non solo da un'ostruzione delle grandi coronarie.

Messaggi da ricordare

- L'aterosclerosi coronarica può essere causa di una cardiomiopatia (cardiomiopatia ischemica), semplice compagna di viaggio indipendente, o un fattore di aggravamento di una cardiomiopatia già presente.

- Il rapporto tra le due condizioni cambia molto a seconda del tipo di cardiomiopatia: più stretto nella dilatativa, più legato al microcircolo nell'ipertrofica e nella malattia di Fabry, marginale nell'aritmogena, quasi assente per definizione nel Takotsubo.

- La disfunzione del microcircolo, non visibile con gli esami tradizionali, spiega spesso sintomi altrimenti inspiegabili.

- Anche in presenza di una cardiomiopatia non legata all'aterosclerosi, tenere sotto controllo i fattori di rischio cardiovascolare resta utile e raccomandato.

- Ogni situazione individuale va discussa con il proprio cardiologo di riferimento, che è la persona più indicata per interpretare esami e sintomi nel contesto della storia clinica specifica.

Dott. Leonardo Bolognese



Il dottor Leonardo Bolognese è membro del Comitato scientifico di AICARM e referente scientifico per la redazione di AICARM News. Cardiologo di lunga esperienza e già direttore del Giornale Italiano di Cardiologia, è un prezioso punto di raccordo tra il Comitato scientifico e la Redazione.

aicarm

ASSOCIAZIONE ITALIANA CARDIOMIOPATIE

AICARM APS

Via Livorno, 54/3 - 50142 - Firenze

055 291889 info@aicarm.it www.aicarm.it

Realizzato
con il contributo di:



FONDAZIONE
CR FIRENZE

 Bristol Myers Squibb