A.C.S.A. ONLUS
ASSOCIAZIONE INTERREGIONALE CARDIOLOGI E SPECIALISTI MEDICI AMBULATORIALI

Complicanze cardiovascolari nel paziente obeso

Prof. Antonio Liuzzi
Primario Istituto Auxologico Italiano
Divisione di Endocrinologia e Malattie Metaboliche
Istituto Scientifico "S. Giuseppe" - Verbania

L'obesità è una malattia cronica con serie conseguenze sulla salute che ora colpisce circa il 9% della popolazione italiana. Negli USA l'obesità è la seconda causa prevenibile di morte dopo il fumo di sigarette. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che l'obesità, calcolata come indice di massa corporea (BMI = Peso in Kg/statura in m2), è un rilevante fattore di rischio per diverse condizioni morbose inclusa la malattia cardiovascolare in generale ed in particolare la malattia coronarica, l'ipertensione ed il diabete medito di tipo 2.
Il National Institute of Health ha formulato una classificazione per il sovrappeso e l'obesità in accordo con il BMI che è oggi universalmente accettata (Tabella 1); in accordo con questa classificazione, è stato calcolato che individui con BMI superiore a 27 hanno il 65% dì probabilità di avere una o più delle patologie associate all'obesità (Tabella 2). In uno studio condotto su più di un milione di individui l'obesità è stato il più elevato fattore predittivo di morte per malattia cardiovascolare specialmente nell'uomo. Le complicanze cardiovascolari legate all'obesità di maggior rilievo sono l'ipertensione arteriosa e la cardiomiopatia.
a) ipertensione
L'obesità è associata all'ipertensione con una frequenza che si aggira intorno al 40%-70% dei casi. In una nostra casistica di 1997 obesi la prevalenza di ipertensione è risultata essere del 27.3% nelle donne e del 38% negli uomini con un'obesità di primo grado e del 43.3% nelle donne e del 40% degli uomini con BMI superiore al 45. Questi dati indicano come nei maschi qualunque grado di obesità sia spiccatamente associato all'ipertensione mentre nelle donne il grado di obesità sia un fattore aggravante. È verosimile che nei maschi il prevalere del tessuto adiposo viscerale, che come è noto è il compartimento maggiormente responsabile del rischio cardiovascolare, giustifichi l'elevata prevalenza di ipertensione anche a modesti livelli di eccesso ponderale.
La fisiopatologia dell'ipertensione nell'obesità è molto complessa: nei pazienti obesi la gettata cardiaca ed il volume sistolico sono aumentati a causa dell'aumento della massa corporea. Non vi è peraltro una riduzione ma anzi un aumento delle resistenze vascolari in risposta all'aumento della gittata cardiaca; ne consegue aumento di lavoro del ventricolo sinistro associato ad una disfunzione sia sistolica che diastolica che possono sfociare in una cardiopatia dilatativa con insufficenza cardiaca ed essere causa di aritmie complesse. Oltre a questi fattori emodinamici sono stati documentati modificazioni a livello renale consistenti in una aumentata ritenzione di sodio; è stato suggerito un ruolo intra renale dell'insulina o una ridotta produzione o una aumentata clearance del fattore natriuretico atriale a livello del tessuto adiposo. Altri fattori considerati sono un aumento del tono simpatico, un'aumentata espressione genica di angiotensiongeno a livello del tessuto adiposo viscerale, una maggiore attività della il beta idrossisteroido deidrogenasi a livello del tessuto adiposo con conseguente aumentata produzione locale di cortisolo.
Indipendentemente da queste considerazioni rimane il fatto ben accertato che la riduzione del peso corporeo determina una consistente riduzione dei livelli pressori negli obesi. La perdita di peso

anche a livelli modesti del 5% 10% è l'approccio non farmacologico più efficace nel determinare una riduzione della pressione arteriosa nell'obeso.

b) cardiopatia

L'obesità è un ben noto fattore di rischio per la malattia cardiovascolare. Nello studio PROCRAM condotto su 23000 soggetti è stato correlata l'incidenza di malattia cardiovascolare con il BMI. È stato dimostrato che a un BMI inferiore a 20 la frequenza osservata di eventi cardiovascolari era di 26 per 1000 negli uomini e saliva a 72 per BMI superiori a 30. In un altro studio su larga scala su 115.000 soggetti fu anche dimostrato che il rischio di un evento coronarico maggiore aumenta con il progredire del BMI: più del 40% degli eventi cardiovascolari osservati nelle donne era correlato all'eccesso di peso. È ormai ben documentato il punto di vista che vi sia una cardiomiopatia specifica per l'obeso supportato da reperti anatomopatologici che documentano la infiltrazione di grasso nel miocardio e da studi fisiopatologici.

Come si è detto, l'obesità produce un incremento nella gittata cardiaca che può portare ad una dilatazione ventricolare sinistra, ad un aumentato stress di parete ventricolare, ad una ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro e ad una disfunzione diastolica. La disfunzione ventricolare sistolica avviene se lo stress di parete rimane elevato a causa di una inadeguata ipertrofia. La struttura e la funzione del ventricolo desto sono coinvolte in maniera analoga anche a cagione della ipertensione polmonare correlata alla sindrome di apnee notturne. Nelle gravi obesità di lunga data l'esito è lo scompenso cardiaco congestizio.

La perdita di peso è accompagnata da una spiccata riduzione dei fattori di rischio di malattia cardiovascolare ma dati epidemiologi precisi sugli effetti del calo di peso sugli eventi cardiaci sono carenti.