

# ASMA CARDIACO

*BRUNORI MARCO*

*PERRONE ALESSANDRO*

L'aspetto semiologico-clinico più eclatante della dispnea cardiaca è rappresentato dall'asma cardiaco, forma anche questa parossistica ed accessionale che poco si discosta dalla dispnea parossistica notturna, se non per la prerogativa di un elemento diagnostico aggiuntivo che è il broncospasmo.

Broncospasmo che crea le condizioni soggettive ed obiettive di un vero e proprio accesso asmatico, mal distinguibile dall'asma bronchiale.

Per quanto attiene la genesi del broncospasmo, il primo fattore scatenante è la congestione polmonare che, interessando anche la rete vascolare della parete bronchiale, è atta a provocare uno spasmo dei muscoli lisci dei bronchi.

Il secondo fattore predisponente è rappresentato da una particolare iperreattività degli effettori broncomotori, in alcuni casi su base costituzionale, in altri certamente per una sensibilizzazione indotta dalla stessa cronica stasi polmonare e dagli episodi flogistici bronchiali così frequenti in questi malati.

Di fondamentale importanza nel determinismo della crisi dispnoica è l'osservazione che nella maggioranza dei casi l'accesso è preceduto da un momento spiccato della pressione arteriosa tanto diastolica che sistolica.

Queste crisi ipertensive determinano il cedimento improvviso del ventricolo sinistro, per cui si crea uno squilibrio tra l'aumento del flusso venoso al cuore e la ridotta capacità del ventricolo stesso a spingere nel sistema arterioso la massa del sangue che riceve dalle vene polmonari; e ciò in ragione dell'aumento delle resistenze. Sul piano sintomatologico, l'asma cardiaco ha carattere di accessionalità; di solito compare nel corso della notte, con le prerogative della crisi di soffocamento e fame d'aria. Può avere evoluzione diversa da caso a caso.

L'accesso può risolversi rapidamente con colpi di tosse ed emissione di espettorato mucoso, talora striato di sangue, oppure durare più a lungo determinando nel paziente uno stato di profonda sofferenza, associato ad intensa inquietudine ed ansia. Obiettivamente si apprezzano sia rumori umidi che sibili, che richiamano le prerogative del reperto tipico dell'asma bronchiale.

La diagnosi discriminativa tra le due forme, oltre a rivestire un grande interesse pratico, può costituire un problema di ardua soluzione.

Quando, ad esempio, l'anamnesi sia muta per manifestazioni di origine cardiaca, quando manchino segni di insufficienza di circolo e la crisi respiratoria acuta sia insorta d'improvviso, la difficoltà diagnostica può essere notevole proprio perché la dispnea ricorda quella da bronco stenosi ed il reperto ascoltatorio non è dissimile.

C'è peraltro da considerare che l'esatta diagnosi è una necessità assoluta, in quanto l'atteggiamento terapeutico è del tutto diverso nelle due forme in quanto i medicinali usati nelle distinte patologie possono essere pregiudizievoli se somministrati erroneamente.

La morfina è infatti utile nell'asma cardiaco e inopportuna nell'asma bronchiale, così come i simpaticomimetici (beta-2-stimolanti) vanno somministrati solo ed esclusivamente nell'asma bronchiale.

La diagnosi esatta potrà maturarsi nell'accurato rilievo dei caratteri clinici, dal reperto di lesioni cardiache, dal comportamento pressorio e dalla pratica osservazione che l'asma bronchiale è <<difficoltà ad espirare>> mentre l'asma cardiaco è <<fame d'aria>>.