

IL MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) COME TEST DI SCREENING DEL DEFICIT COGNITIVO IN PAZIENTI ANZIANI CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO.

Laura Leto¹, Marzia Testa¹, Paolo Toselli², Mauro Feola³

¹Medico specializzando – Scuola di specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Torino ²SS Psicogeriatria – Ospedale SS Trinità Fossano (CN) ³Riabilitazione Cardiovascolare – Unità Scompenso Cardiaco Ospedale SS Trinità Fossano (CN)

SCOPO

Il Montreal Cognitive Assessment (MOCA) è un test neuropsicologico rapidamente somministrabile, che copre dieci domini cognitivi (Figura 1). Secondo le evidenze presenti in letteratura, il MOCA è in grado di individuare con una buona sensibilità la presenza di un declino cognitivo di grado lieve in pazienti con scompenso cardiaco ma non vi sono dati che correlino il test a eventi clinici avversi in tale popolazione. Il presente lavoro si propone di studiare il ruolo del MOCA nella valutazione cognitiva di una coorte di pazienti anziani ospedalizzati per scompenso cardiaco acuto e le correlazioni con dati clinici ed eventi avversi a breve termine.

MATERIALI E METODI

35 pazienti consecutivamente ricoverati per scompenso cardiaco acuto sono stati sottoposti a valutazione dello stato cognitivo, attraverso sia **MMSE** che test **MOCA**, e dello stato timico attraverso la scala **GDS** entro 72 ore dall'ammissione. Sono stati considerati indici di deficit cognitivo un punteggio al MMSE inferiore a 24 e un punteggio al MOCA inferiore a 26. Sono stati inoltre raccolti **dati anagrafici, di laboratorio e strumentali** (ecocardiografia transtoracica, bioimpedenziometria); è stata ricercata la presenza di **eventi clinici avversi (riacutizzazione di scompenso cardiaco, ricovero, morte) a 6 mesi**. Sono stati esclusi pazienti con precedente diagnosi di demenza.

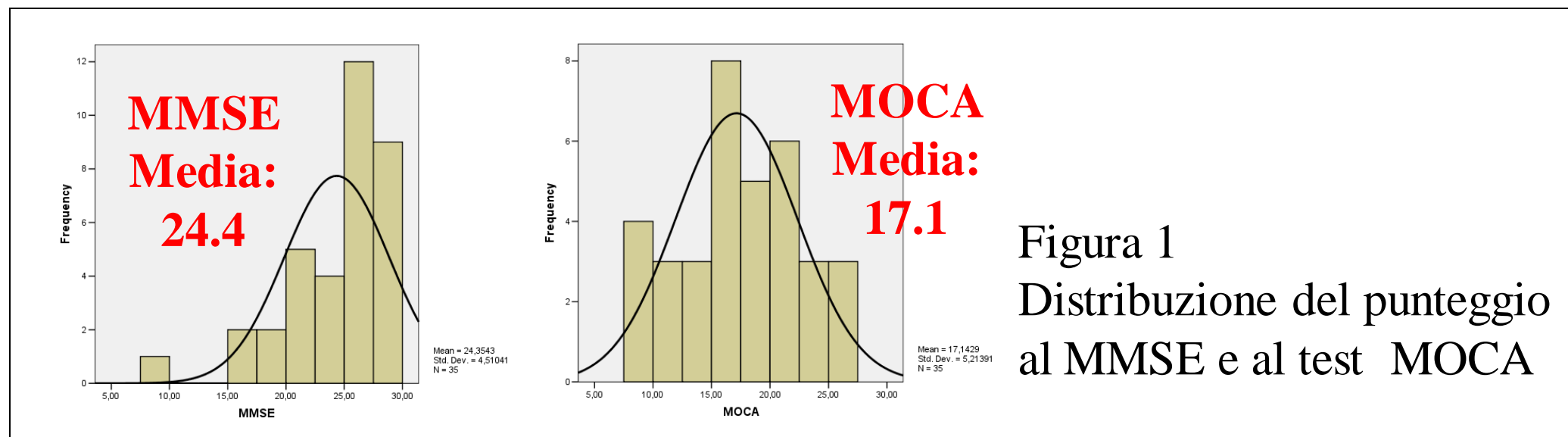


Figura 1 Distribuzione del punteggio al MMSE e al test MOCA

RISULTATI

La popolazione in esame ha un **età media di 76.8 anni**, il 31.4% sono donne; il 57.1% ha una FE<50%, il **71.4%** del campione è in **classe funzionale NYHA III**. I 35 pazienti presentano una discreta attivazione neuro-ormonale (**BNP medio 791.2 pg/ml**), una riduzione moderata del **GFR (42 ml/ min secondo formula di Cockcroft-Gault)**; l'8.6% è portatore di AICD. In media 4.1 funzioni ADL sono conservate. Il punteggio medio al MOCA, corretto per età e scolarità, è pari a 17.1; i domini maggiormente compromessi sono l'esecutivo, la memoria di richiamo e il linguaggio; il 94.3% dei soggetti ha un MOCA <26. Il punteggio medio ottenuto al MMSE è di 24.4; ventitré pazienti presentano uno score al MMSE superiore a 24, diciannove di essi hanno, al contrario, un punteggio al MOCA inferiore a 26. Benché non sia raggiunta la significatività statistica, verosimilmente per la limitata numerosità del campione, in confronto con i soggetti con MOCA>26, i pazienti con MOCA inferiore sono più anziani (76.9 vs 75.3 anni), hanno una peggior funzionalità renale (creatininemia: 1.5 vs. 1.1 mg/dl, clearance secondo Cockcroft-Gault: 41.0 vs. 52.6 ml/min), livelli di sodiemia più bassi (139.6 vs. 142 mg/dl), una minor frazione di eiezione (41.8% vs. 51.7%) e un peggior indice di Barthel (67.4 vs. 86.6). Il punteggio MOCA correla positivamente in modo significativo con la clearance della creatinina ($r=0.45$, $p=0.01$), lo spazio percorso al 6 minute walking test ($r=0.73$, $p=0.01$) e con il MMSE ($r=0.74$, $p=0.01$); correla invece negativamente con la creatininemia ($r=-0.41$, $p=0.02$) e la presenza di AICD ($r=-0.39$, $p=0.02$). Inoltre si rileva una correlazione positiva, pur se non significativa, con la frazione di eiezione, la scala ADL e il Barthel index; una correlazione negativa esiste invece con l'età, la classe NYHA alla dimissione, il livello di idratazione alla bioimpedenziometria e la scala GDS. Sei pazienti (17.1%) sono morti nei 6 mesi di follow-up, 11 hanno presentato nuovi episodi di scompenso cardiaco e 14 hanno richiesto ricovero ospedaliero per cause cardiache. Quanto agli outcome avversi a 6 mesi, il MOCA correla negativamente con la mortalità ($r=-0.33$, $p=0.048$); inoltre pazienti con MOCA più basso vanno maggiormente incontro a riacutizzazioni di scompenso cardiaco o ricoveri sebbene i dati non siano significativi (Figura 3).

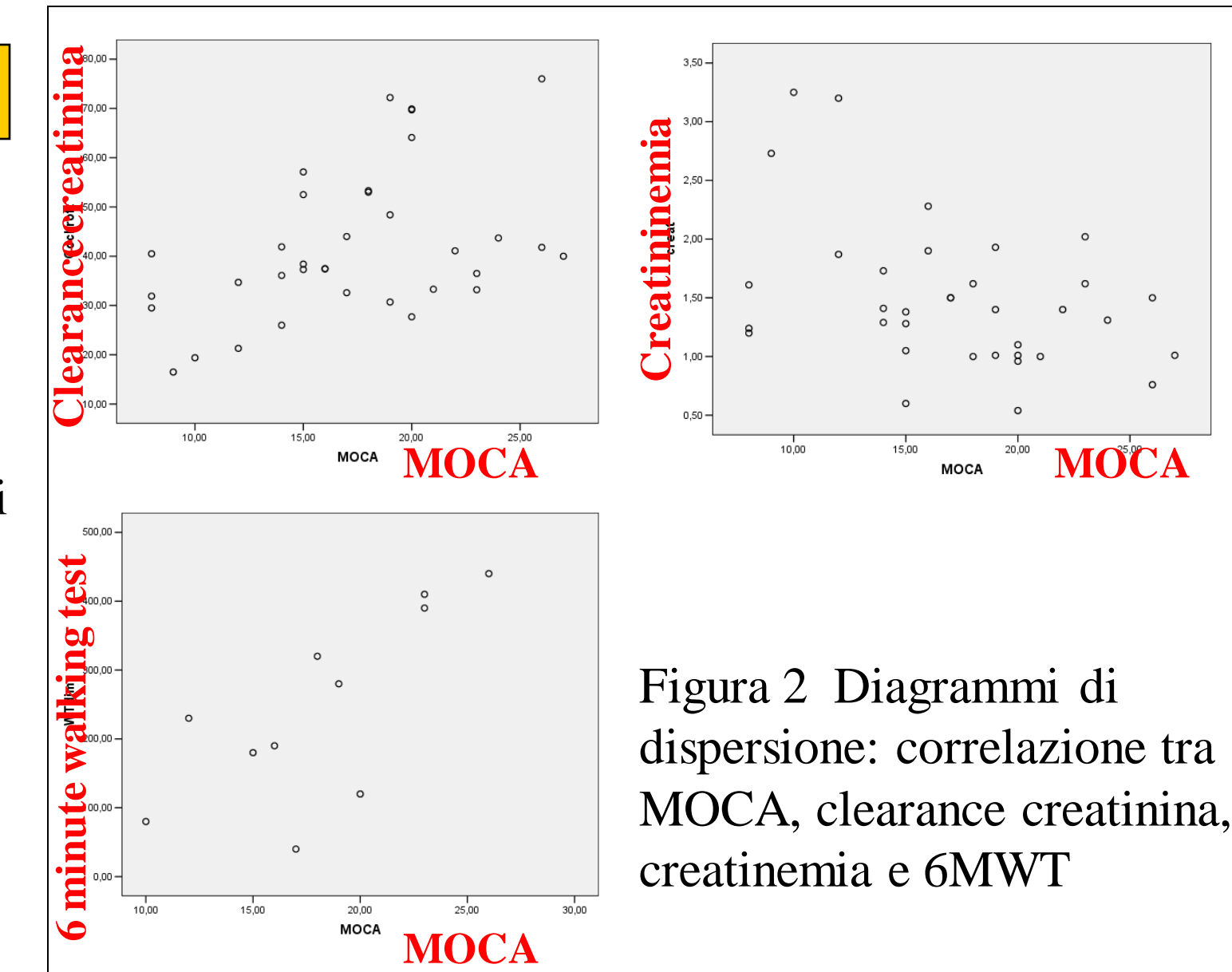


Figura 2 Diagrammi di dispersione: correlazione tra MOCA, clearance creatinina, creatinemia e 6MWT

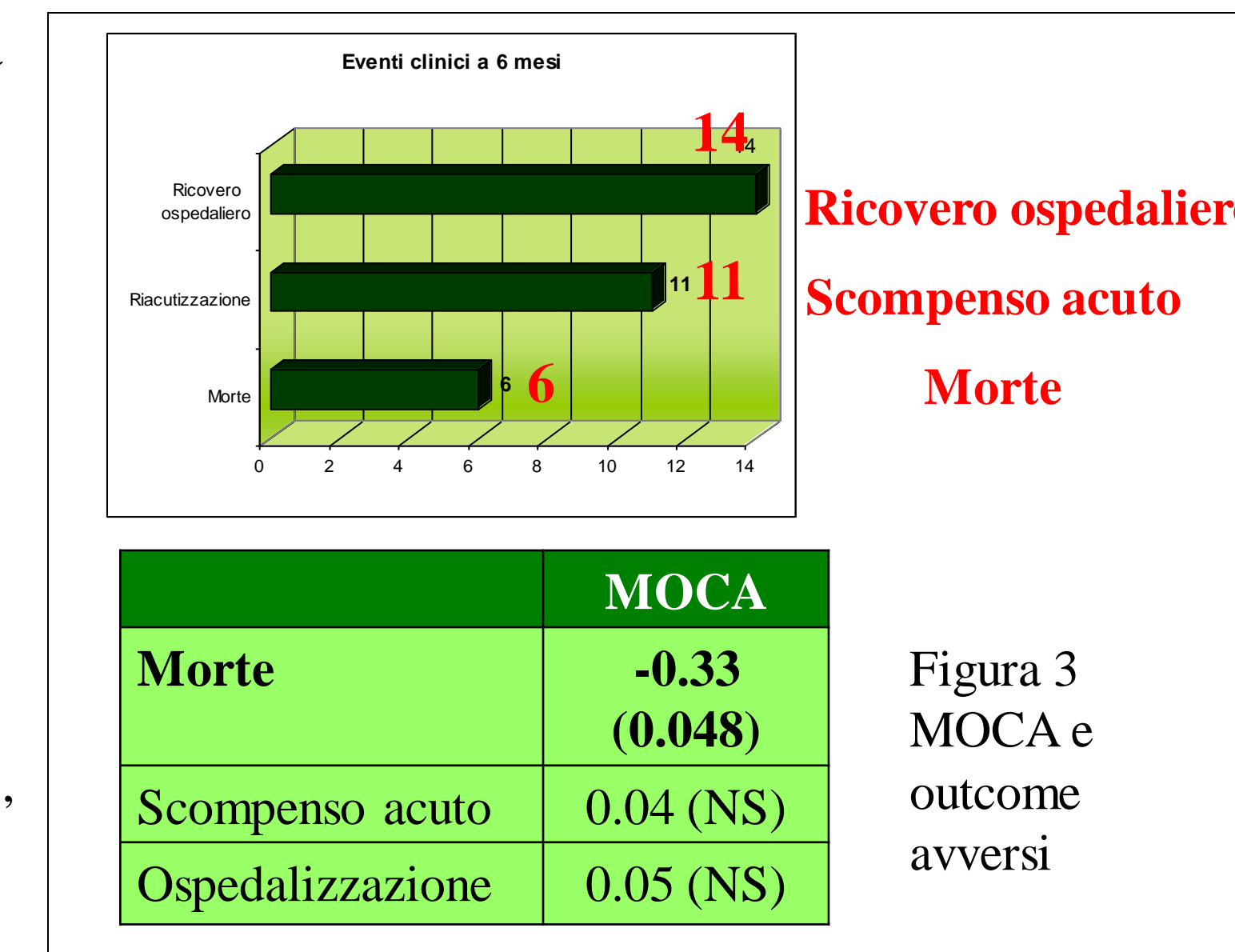


Figura 3 MOCA e outcome avversi

CONCLUSIONI

Il test MOCA, con un cut-off di 26, è in grado di individuare un maggior numero di pazienti con declino cognitivo rispetto al MMSE in una popolazione di pazienti anziani ricoverati per scompenso cardiaco acuto. Il punteggio **correla con dati clinici e strumentali** correntemente usati per la definizione prognostica in pazienti con scompenso cardiaco; inoltre esiste una **correlazione positiva con la mortalità a 6 mesi**. Studi su campioni di popolazione più ampi sono necessari per confermare i dati ottenuti.