

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

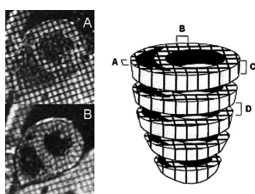
Lo studio RACE II



Sebbene sia ormai acquisito che la strategia di controllo della frequenza comporti una prognosi sovrapponibile alla strategia di controllo del ritmo nella fibrillazione atriale (FA), non è ancora chiaro quale sia la risposta ventricolare media (RVM) ottimale in corso di FA. Il trial RACE II (*Rate Control Efficacy in Permanent Atrial Fibrillation: a comparison between lenient versus strict rate control II*), randomizzato, in cieco e per gruppi paralleli, ha valutato se un controllo non rigido della RVM (<110 b/min a riposo) sia non inferiore rispetto a un controllo stretto della RVM (<80 b/min a riposo e <110 b/min durante sforzi moderati) in pazienti con FA permanente. Il controllo della RVM veniva raggiunto mediante betabloccanti (45%), calcioantagonisti non diidropiridinici (6%) o digossina (7%), oppure mediante una combinazione di tali agenti. L'incidenza cumulativa stimata a 3 anni dell'endpoint primario composito (morte per cause cardiovascolari, ricovero per scompenso cardiaco o ictus, embolia sistemica, emorragie maggiori, eventi aritmici e impianto di pacemaker o defibrillatore) è risultata simile fra i due gruppi in studio, indipendentemente dal punteggio CHADS2. È importante però sottolineare che la RVM *target* è stata raggiunta solo nel 67% dei pazienti del gruppo assegnato al controllo stretto della RVM. Di conseguenza, è ipotizzabile che una strategia di controllo stretto della frequenza cardiaca nella FA possa ancora risultare superiore, ma è evidente che i soli farmaci non sono sufficienti per gestire in maniera ottimale tale strategia. A questo ed a altri interrogativi rispondono *Marcello Disertori* e *Paolo Alboni* nel processo che proponiamo in questo numero del *Giornale*.

RASSEGNE

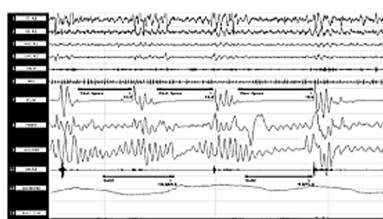
Risonanza magnetica e resincronizzazione cardiaca



La risonanza magnetica nucleare (RMN) cardiaca sembra avere i presupposti per fornire molteplici informazioni necessarie all'inquadramento dei pazienti da sottoporre a terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT). Essa infatti consente di ottenere una valutazione affidabile della grandezza, della geometria e della massa del ventricolo sinistro e, grazie alle tecniche di *tagging* e *phase contrast*, anche uno studio completo della dissincronia e della funzione sistolica e diastolica ventricolare; in aggiunta, la tecnica del *contrast enhancement* permette l'individuazione e caratterizzazione spaziale transmurale e circonferenziale delle aree miocardiche di fibro-necrosi. D'altra parte, anche la RMN ha limiti e controindicazioni: ad esempio, circa il 10% dei pazienti soffre di claustrofobia o è portatore di schegge, pacemaker, neurostimolatori, *clip* vascolari o altre protesi che rendono impossibile l'esecuzione dell'esame. Inoltre, la sua scarsa diffusione sul territorio e l'uso del contrasto a base di gadolinio, controindicato nell'insufficienza renale severa, sono limiti importanti al suo ampio utilizzo.

In una esauriente e interessante rassegna *Mele et al.* fanno il punto sul ruolo attuale della RMN cardiaca nella valutazione del paziente scompensato da sottoporre a CRT, discutendone i vantaggi, i limiti e i possibili sviluppi futuri.

Apnee notturne e scompenso cardiaco



Negli ultimi decenni diversi studi hanno dimostrato che l'apnea notturna, anche nelle sue forme asintomatiche, rappresenta un fattore di rischio indipendente per malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, e si associa ad una maggiore incidenza di scompenso cardiaco. La classificazione delle apnee notturne comprende due distinte forme, ciascuna con differenti implicazioni cliniche e fisiopatologiche sullo scompenso cardiaco cronico: una forma ostruttiva, caratterizzata dal collasso delle strutture aeree superiori, che ha una prevalenza del 30%, e una forma centrale, determinata invece da un'instabilità del centro del respiro che si riscontra in circa il 40-60% dei pazienti scompensati.

In questa rassegna *Monda et al.* forniscono al cardiologo clinico elementi semplici per l'identificazione del paziente con apnee notturne, allo scopo di diagnosticare il fenomeno in tempo e permettere l'attuazione di modifiche dello stile di vita, nonché, quando necessario, di provvedimenti farmacologici allo scopo di determinare un miglioramento della qualità di vita e di rallentare la progressione dello scompenso cardiaco.

Scompenso e arresto cardiaco durante la gravidanza



Nelle donne con una pre-esistente malattia cardiaca, la mortalità materna in corso di gravidanza è dell'1% circa, che corrisponde al 10% circa della mortalità materna globale. Fondamentale è la prevenzione di questi eventi avversi, condotta prevalentemente sulla stima del rischio della singola donna al momento della decisione di intraprendere una gravidanza e sullo stretto monitoraggio delle donne con cardiopatia nota pre-esistente. Negli ultimi anni questa problematica ha assunto particolare importanza soprattutto in considerazione del numero crescente di donne affette da diverse cardiopatie, soprattutto congenite, che, grazie alle attuali risorse terapeutiche, riescono ad affrontare la maternità.

Rakar et al. passano in rassegna le molteplici condizioni che in gravidanza, su cuore sano o portatore di un'anomalia pre-esistente, possono causare sovraccarico/scompenso cardiaco acuto o arresto cardiaco, la cui gestione implica una serie di considerazioni etiche e repentine decisioni, come l'utilizzo di farmaci necessari ma potenzialmente nocivi per il feto, e la valutazione dell'eventuale indicazione a taglio cesareo emergente.

Terapia upstream nelle recidive di fibrillazione atriale



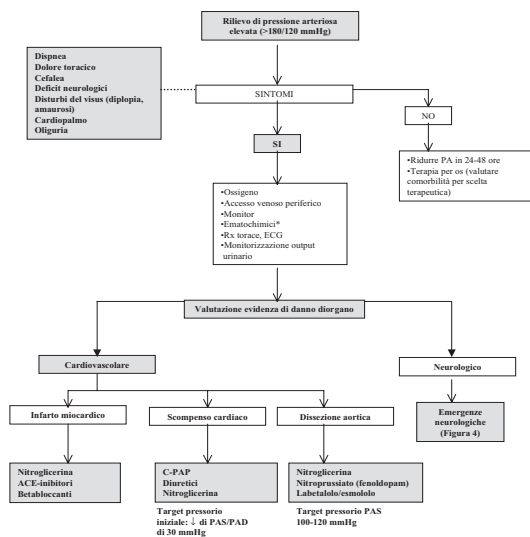
La fibrillazione atriale (FA) rappresenta un problema clinico, sociale ed economico di grande importanza essendo l'aritmia sostenuta più frequente, con una prevalenza che raggiunge il 6% dopo i 65 anni di età ed un'elevata incidenza di recidive dopo il ripristino del ritmo sinusale. Per la scarsa efficacia dei farmaci antiaritmici classici nella prevenzione delle recidive di FA, e per i problemi ancora connessi con la tecnica ablativa (costi, complicanze e possibilità di trattamento solo di un numero limitato di pazienti), negli ultimi anni è stata posta attenzione alla terapia farmacologica con inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone utilizzati *upstream*, volti a modificare il substrato dell'aritmia. Numerose analisi *post-hoc* di grandi trial, in vari contesti clinici, hanno dimostrato l'efficacia degli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e dei sartani nella prevenzione primaria della FA. I risultati sono stati invece molto più deludenti nella prevenzione secondaria della FA. Gli studi prospettici, randomizzati contro placebo e in doppio cieco come il GISSI-AF, hanno fornito quasi tutti risultati negativi.

Disertori et al. riassumono le evidenze sperimentali e cliniche sui farmaci inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone utilizzati nella prevenzione primaria e secondaria della FA, e ci aiutano a capire le motivazioni per le quali i risultati non sono stati pari alle aspettative.

Emergenze e urgenze ipertensive

Le crisi ipertensive rappresentano lo 0.5% di tutti i casi di emergenza. La classificazione e differenziazione delle crisi ipertensive è sostanziale per l'approccio terapeutico: generalmente, le emergenze ipertensive corrispondono a quelle condizioni in cui un aumento inappropriato della pressione arteriosa si associa alla rapida comparsa di un danno d'organo acuto (ad es. scompenso cardiaco acuto, infarto miocardico o angina instabile, ictus cerebrale), mentre le urgenze ipertensive sono caratterizzate da un grave aumento dei valori pressori (>180/120 mmHg) senza evidenza di danno d'organo acuto. I farmaci più indicati per il trattamento delle crisi ipertensive, la cui scelta si basa sul quadro clinico del paziente, sono molteplici e appartengono fondamentalmente a due gruppi: i vasodilatatori e gli inibitori adrenergici.

In una chiara, schematica ed esauriente rassegna *Milan et al.* riesaminano i concetti noti in letteratura per agevolare il medico ad effettuare una pronta diagnosi ed un efficiente trattamento delle differenti crisi ipertensive.



STUDIO OSSERVAZIONALE

Benchmarking dell'offerta delle Cardiologie riabilitative in Lombardia



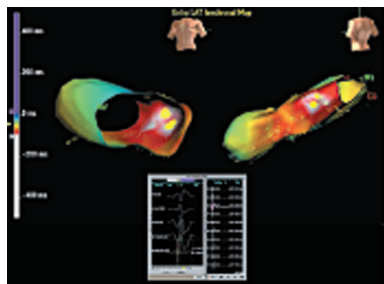
Il *benchmarking* rappresenta il processo continuo di misurazione dei prodotti, servizi, processi attraverso il confronto con i migliori concorrenti o le aziende riconosciute come leader nei vari settori di mercato. Tale tecnica consente al *management* d'impresa di individuare i migliori standard di *performance*, con un approccio tale da favorire la scelta, ed il conseguente raggiungimento di obiettivi e dei vantaggi competitivi per l'impresa. Le tecniche di *benchmarking* hanno trovato applicazione anche in ambito sanitario e possono costituire un valido strumento per la promozione e il continuo miglioramento di aziende

sanitarie e singole unità operative.

Ambrosetti et al. hanno effettuato un'analisi di *benchmarking* dell'offerta di 38 strutture di cardiologia riabilitativa in Lombardia, basata sulla recente indagine della rete IACPR-GICR (Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation, and Epidemiology – Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa), consentendo di comparare il dato puntuale della singola struttura sul dato medio di performance regionale, al fine di evidenziarne i principali punti di forza e debolezza.

CASI CLINICI

Disfunzione sistolica severa da extrasistolia ventricolare



L'extrasistolia ventricolare isolata è l'aritmia di più comune riscontro nella pratica clinica ed è considerata raramente minacciosa. Alcuni pazienti però sviluppano una dilatazione e disfunzione ventricolare sinistra, soprattutto quando l'aritmia origina dal ventricolo sinistro ed è molto frequente, determinando quell'entità nosologica denominata "bradicardia meccanica occulta".

In questo numero *Giaccardi et al.* riportano un caso di disfunzione ventricolare sinistra in assenza di segni di cardiopatia strutturale, secondaria ad extrasistolia ventricolare sinistra evoluta in *run* di tachicardia ventricolare non sostenuta, trattata efficacemente mediante ablazione del *focus* aritmico in un giovane di 17 anni già sottoposto ad ablazione di via accessoria postero-settale destra.