



Italian Council
of
Cardiology
Practice

CARDIONEWS

In questo numero

- Presentazione
- Lettera del direttore
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- cardiopatia ischemica cronica
- Cardiocirurgia, rianimazione cardio polmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale e riabilitazione
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidencethatmatters
- Risultati questionario sito

Direttore responsabile

Guido Francesco Guida

Editore

Collegio Federativo di Cardiologia

Board

Giuseppe Antista
Riccardo Asteggiano
Calogero Gugliotta
Alfredo Monteverde
Giuseppina Gabriella Surace
Marcello Traina
Maria Gabriella Vitrano

Presentazione

Carissimi,

ho il piacere di comunicarvi che il consiglio direttivo, eletto dall'Assemblea nazionale riunitasi a Roma il 12 Dicembre scorso, mi ha eletto alla carica di Presidente nazionale per il biennio 2016-18 ed il mio primo sentimento è quello di scrivervi direttamente per ringraziarvi della fiducia che è stata riposta in me ed assicurarvi che mi dedicherò a questo prestigioso compito con tutte le mie energie, il mio entusiasmo e con senso di responsabilità'. Ringrazio, per l'enorme lavoro svolto, Giovanni Gaudio ed il consiglio direttivo tutto che hanno sapientemente guidato la nostra Società negli ultimi due anni.

Nel mio mandato auspico di riuscire a farmi interprete della richiesta di cambiamento e di innovazione che ho percepito durante la riunione e per fare questo potrò certamente contare sul gruppo di amici che sono stati eletti insieme a me dal Consiglio Direttivo; si tratta di colleghi dall'altissimo livello umano, scientifico e professionale che sono certa lavoreranno per fare in modo che il programma che a breve redigeremo si possa realizzare.

Il Consiglio Direttivo sarà trasparente e tutti i soci saranno costantemente informati e coinvolti in tutte le attività e le decisioni che ci riguardano e sarà richiesto loro di suggerirci argomenti e iniziative.

Si cercherà di interagire con tutti i segretari regionali per conoscere le loro iniziative e promuovere delle linee comuni di programma organizzando meeting regionali e interregionali e si incentiverà l'adesione e la partecipazione attiva offrendo una quota di iscrizione agevolata per i più giovani.

Inoltre si valorizzerà il "patrimonio" Nursing sostenendo la costituzione od il consolidamento nelle sezioni regionali dell'area che fa riferimento agli infermieri professionali ed ai tecnici di Cardiologia. Grazie, vi abbraccio tutti

Maria Gabriella Vitrano



Lettera del direttore

Cari amici e colleghi,

Il CFC si rinnova. In occasione dell'assemblea nazionale svoltasi a Roma il 12 dicembre scorso è stato eletto il nuovo consiglio direttivo che sarà formato da: Castellaneta Attilio, Luigina Guasti, Alessandro Lupi, Andrea Macchi, Marcello Traina, Isabella Tritto e Maria Gabriella Vitrano. Quest'ultima è stata eletta all'unanimità presidente della nostra Associazione. Entra così nuova linfa e nuove energie che affronteranno, con accresciuto slancio, le sfide attuali e future della cardiologia italiana.



E le sfide saranno tante! Forte del ruolo di "think tank", di laboratorio di idee che questa newsletter può esercitare mi permetto di suggerirne alcune. A tal fine lanciamo l'invito al board ed a tutti i lettori di **partecipare attivamente nella discussione** per creare un canale condiviso, una sorta di assemblea trimestrale alla quale tutti potranno partecipare.

Intanto penso che come società scientifica aderente all'ESC, tramite il Council for CardiologyPractice, dovremmo **aderire, con programmi di prevenzione e di implementazione di buone norme terapeutiche**, alla sfida lanciata dall'ESC e dall'OMS per ridurre del 25% la mortalità cardiovascolare in Europa e nel mondo entro il 2025. Il ruolo dei Sistemi sanitari nazionali e delle associazioni/società scientifiche sarà fondamentale per agire da pungolo competente nei confronti delle ASP, Ospedali, Istituzioni e dei media.

Altro **impegno, prevalentemente nazionale (ma non solo) sarà quello della trasparenza e della lotta alla corruzione** ovunque e sotto qualsiasi forma essa si annidi. Questo impegno si svolgerà secondo **due piani convergenti**.

Il **primo sarà scientifico** e dovrà essere condotto, con chi vorrà starci, sugli organismi regolatori politici nazionali. Esso prevederà la possibilità di accedere ai dati relativi a tutti gli studi condotti in ambito medico che dovranno divenire patrimonio della collettività scientifica. In altri termini la possibilità di utilizzare/valutare liberamente e senza condizionamenti, contrariamente a quanto avviene adesso, in un'unica banca dati, le informazioni relative ai pazienti studiati in tutte le condizioni e le fasi delle malattie. È molto frequente infatti osservare bias di selezione come quelli che si notano con lo scompensamento cardiaco dove i risultati ottenuti con pazienti selezionati appartenenti ad alcune classi funzionali vengano trasferiti su altri pazienti aventi la stessa malattia, ma in diversa classe funzionale. La risposta certamente sarà diversa. Questo è un problema sovranazionale, ma con ripercussioni nazionali quando si adottano linee guida internazionali. Sarà una linea di condotta che potrà essere sostenuta in seno al Council dell'ESC. Per citare un dato emblematico in letteratura U Robert Fleetcroft e coll. su 30 studi condotti sullo scompensamento cardiaco non sono riusciti accedere ai dati relativi dei pazienti di 29 studi.

Il **secondo piano è personale** e riguarda i conflitti di interessi. Che ben vengano, come avviene nell'ESC, le certificazioni pubbliche per coloro i quali possono esercitare un ruolo di leadership. Il conflitto di interessi infatti come più volte viene evidenziato (vedi recente campagna condotta dal BMJ) è onnipresente ed, anche se parte dall'interesse del singolo, spesso si estende e consolida attraverso l'interesse comune. Riguarda i gruppi. Riguarda interessi economici, posizioni sociali ed organizzative. Spesso viene spacciato per interesse della comunità, ma, ad un occhio attento, si può

evidenziare come sia un interesse particolare. Torniamo all'etica della professione e non solo al puro mercatismo!

Una nuova sfida pensiamo possa essere una **logica associativa che porti all'accreditamento** cioè al conseguimento di un'attestazione della capacità di operare in modo rigoroso che un soggetto di riconosciuta autorità rilascia nei confronti di chi svolge un ruolo nel contesto sociale e scientifico.

Un'altro tema che oggi agita i sogni dei cardiologi, soprattutto giovani, è **quello di acquisire competenza** che venga certificata attraverso una fellowship. Oggi esistono una serie di sotto specialità emergenti della cardiologia come ad esempio: le malattie congenite nell'adulto, l'imaging in tutte le sue forme (e sono tante in cardiologia), l'elettrofisiologia e l'utilizzo di devices che necessitano di competenza da acquisire sul campo. Tecniche che vanno perseguite e certificate anche con un nuovo ruolo attivo da parte dell'area Nursing e tecnica.

Per quello che riguarda il mondo ospedaliero ricordiamo che il 4 giugno 2015 sulla Gazzetta Ufficiale n° 127 è stato pubblicato il DECRETO 2 aprile 2015, n.70 relativo al Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto fissa le linee di indirizzo alle quali le Regioni si debbono attenere per la ridefinizione della Rete Ospedaliera. Esso identifica il bacino di utenza per le S.C. di Cardiologia in 150.000 - 300.000 abitanti, per la UTIC, quale struttura semplice della Cardiologia, in 150.000 - 300.000 e per la Emodinamica, quale Struttura Semplice della Cardiologia in 300.000 - 600.000 abitanti. Tutto ciò, a torto od a ragione, determinerà una significativa diminuzione delle Strutture Cardiologiche e dei P.L. cardiologiche e molto dovrà essere fatto, come già dicemmo nello scorso numero, **poiché la vera sfida del sistema è una riorganizzazione che consenta di fare fronte al cambiamento del quadro epidemiologico**, il cui aspetto più dirimpante è la crescita della cronicità.

Per ultimo, non per importanza, cito un tema che mi sta molto a cuore: **il rapporto ed il ruolo dei media in Sanità**. I media svolgono nella società del terzo millennio un ruolo predominante e fondamentale sia in campo istituzionale che divulgativo. Tanto per citare alcuni medium ricorderò Internet ed il ruolo delle App nei sistemi portatili. Impegniamoci per una comunicazione semplice, adeguata, senza sensazionalismi che possa sensibilizzare la popolazione per indirizzarla da una parte verso la prevenzione e l'identificazione precoce della malattia e dall'altra all'attenzione alla cura.

Auguri al nuovo CD ed a tutti i nostri lettori per il l'anno 2016.

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE
IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice –ESC

Significato di incremento di indici di danno miocardico dopo TAVI.

Il 66% di 1131 pazienti sottoposti a TAVI arruolati in questo studio multicentrico ha dimostrato un significativo incremento di CK-MB, soprattutto dopo approccio trans-apicale. Tale incremento è risultato in una peggiore evoluzione nel F-U, con incremento della mortalità generale e cardiovascolare.

Henrique B. Ribeiro and Coll.

Predictors and Impact of Myocardial Injury After Transcatheter Aortic Valve Replacement
A Multicenter Registry

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=2468525>



ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Linee guida ESC sul trattamento delle aritmie ventricolari e morte improvvisa.

E' di recentissima pubblicazione la versione aggiornata delle Linee Guida Europee sulle AIV e MI, rispetto alle precedenti ormai molto datate del 2006. Ad esse nello stesso numero del giornale si associa una sintesi dei messaggi principali e delle raccomandazioni della serie "Cardiopulse" con i "dieci comandamenti" delle LG stesse.

Silvia G. Priori on behalf of the Task Force Members

2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/41/2793.full?etoc>

2015 European Society of Cardiology Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death summarized by co-chairs

'Ten Commandments' of 2015 European Society of Cardiology Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/36/41/2757.full.pdf>

Il miglioramento della funzione ventricolare sinistra dopo terapia resincronizzante riduce gli interventi appropriati del defibrillatore.

La metanalisi è stata condotta su 709 articoli di cui 6 rassegne retrospettive per un totale di 1740 soggetti. I pazienti trattati con recupero della FE sia > a 45%, che anche a 35% hanno avuto una significativa riduzione del numero di interventi di defibrillatore (p < 0.001).

Neal A. Chatterjee and coll.

Reduced appropriate implantable cardioverter-defibrillator therapy after cardiac resynchronization therapy-induced left ventricular function recovery: a meta-analysis and systematic review

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/41/2780.abstract?etoc>

Il Dott. Riccardo Asteggiano ci ha anche inviato un link relativo ad un video per sensibilizzare alla lotta contro il fumo. Guardatelo!

<https://www.youtube.com/watch?v=71qxTB0uOhI>

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Alfredo Monteverde*

Giuseppe Antista

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo
Specialista in geriatria, Monreale



Valore prognostico a lungo termine degli anticorpi IgM antifosforilcolina per eventi cardiovascolari in soggetto con cardiopatia ischemica cronica

La fosforilcolina è una delle componenti grasse della placca aterosclerotica. Basse concentrazioni di anticorpi anti-fosforilcolina (IgM anti-PC) sembrano essere associate ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari (CVD) e di mortalità totale in pazienti affetti da sindrome coronarica acuta. Gli autori hanno voluto verificare, invece, se basse concentrazioni di anticorpi anti-fosforilcolina possano condizionare la prognosi anche nei soggetti con angina stabile. **METODI:** le concentrazioni sieriche di IgM anti-PC sono state misurate al basale e dopo un follow up a lungo termine (10 anni) in 1062 pazienti con CAD stabile clinicamente. **RISULTATI:** nei pazienti arruolati livelli molto bassi di anticorpi anti-fosforilcolina sono stati associati ad un incremento di eventi cardiovascolari fatali e non fatali. **CONCLUSIONE:** tali dati consentono di aggiungere informazioni prognostiche ai tradizionali fattori di rischio. **COMMENTO:** Gli anticorpi anti-fosforilcolina sono oggetto di studio nel quadro di una vasta collaborazione europea, chiamata CVDIMMUNE, che mira a verificare l'ipotesi che essi abbiano un'azione protettiva nei confronti delle patologie cardio-circolatorie (compreso l'ictus) e che possano essere utilizzati come fattori diagnostici e terapeutici. Questolavoro sembra confermare la validità di tale ipotesi.

Long-term prognostic value of IgM antibodies against phosphorylcholine for adverse cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. Armin Imhof e al. *Atherosclerosis* December 2015 volume 243, Issue 2, Pages 414–420. Link: <http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150%2815%2930170-2/fulltext>

La combinazione di depressione e stress psicologico acuto nei pazienti con malattia coronarica stabile: effetti sulla perfusione miocardica.

Si è osservata una significativa prevalenza di depressione nei soggetti con coronaropatia (CHD) che sembra determinare un aumento del rischio di recidiva di sindrome coronarica acuta (ACS) e di mortalità, nonostante cure mediche ottimali. I meccanismi di ciò restano non chiariti. Lo stress psicologico (PS) può provocare un'alterazione della perfusione miocardica e scatenare una ACS. La combinazione di depressione e stress psicologico potrebbe svelare qualche meccanismo di rischio. Gli autori hanno verificato se la depressione possa aumentare il rischio di compromissione della perfusione miocardica durante PS acuto nei pazienti con malattia coronarica stabile. **METODI:** 146 pazienti sono stati valutati nel grado di depressione tramite il Beck Depression Inventory-I (BDI-I), test che risulta correlarsi al ripetersi di ACS e alla mortalità post-ACS, e sono stati sottoposti a SPECT miocardica a riposo e durante episodio di stress psicologico. In base ai risultati

del BDI-I sono stati classificati 41 pazienti nel range di normalità, 48 nel range normale-alto e 57 nella fascia di depressione. Questi ultimi hanno presentato una più alta probabilità, statisticamente significativa, di nuove alterazioni o di peggioramento della perfusione miocardica durante l'episodio di PS acuto (odds ratio = 2,89, 95% CI: 1,26-6,63, p = 0.012). **CONCLUSIONI:** i pazienti depressi affetti da CHD sono particolarmente esposti ad insufficienza coronarica durante PS. La combinazione con la depressione può contribuire ad una migliore comprensione del rischio di recidiva di ACS e di mortalità associato alla depressione. **COMMENTO:** tale studio è un'ulteriore conferma di come lo stress, e particolarmente quello acuto, possa avere ricadute di grande impatto nei soggetti coronaropatici, specialmente se associato anche ad una condizione di depressione.

Confluence of depression and acute psychological stress among patients with stable coronary heart disease: effects on myocardial perfusion. Burg MM1 e al. J Am Heart Assoc. 2014 Oct 30;3(6):e000898. doi: 10.1161/JAHA.114.000898.

Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338683/>

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace



Cardio-chirurgia Napoli

ABLATE Trial: Sicurezza ed efficacia della CoxMaze-IV per il trattamento della fibrillazione atriale

Introduzione. La procedura Cox-Maze III, un'evoluzione della Cox-Maze sviluppata nel 1987, rappresenta il trattamento chirurgico standard della fibrillazione atriale (FA). Negli ultimi tempi sta diventando sempre più diffusa la tecnica di ablazione chirurgica con radiofrequenze e crioablazione chiamata Cox-Maze IV, che permette di ridurre i tempi di clampaggio, mantenendo alti i livelli di successo. Tale procedura utilizza un sistema di ablazione a radiofrequenza bipolare, Synergy (AtriCure, Inc, Cincinnati, OH) composto da un clamp e da un'unità di ablazione e sensing.

Materiali e Metodi. Lo studio ABLATE è uno studio multicentrico con l'obiettivo di valutare sicurezza ed efficacia della procedura Cox-Maze IV utilizzando il sistema di ablazione SynergyAtriCure. Sono stati studiati 55 pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca per patologia coronarica e/o valvolare con storia di fibrillazione atriale non parossistica, trattata con concomitante Cox-Maze IV.

Risultati. Riguardo l'endpoint primario di sicurezza, il tasso di eventi avversi entro 30 giorni è stato del 9,1%, con il 3,6% di mortalità; l'endpoint primario di efficacia, inteso come assenza di FA, a 6 mesi è stato del 84% (con terapia antiaritmica) e 76% (in assenza di terapia antiaritmica), e a 21 mesi rispettivamente del 75% e 62,5%.

Conclusioni. Le recenti linee guida affermano che per i pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca con concomitante FA, l'evidenza è a favore di un'ablazione chirurgica. I dati ottenuti dallo studio ABLATE dimostrano la sicurezza e l'efficacia della Cox-Maze IV, che si sta affermando come trattamento chirurgico definitivo di scelta per la fibrillazione atriale persistente e di lunga durata.

Jonathan M. Philpott et al. The ABLATE Trial: Safety and Efficacy of Cox Maze-IV Using a Bipolar Radiofrequency Ablation System. (AnnThoracSurg2015;100:1541-8).
[http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(15\)01195-9/fulltext](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(15)01195-9/fulltext)

Rianimazione Cardiopolmonare Extracorporea o Convenzionale?

Introduzione. Nonostante i numerosi miglioramenti riguardanti la tecnica e la qualità delle manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP), il tasso di sopravvivenza dopo un arresto cardiaco (AC) rimane sfavorevole. Sono stati sviluppati svariati dispositivi meccanici e diverse tecniche con l'obiettivo di migliorare il tasso di sopravvivenza. In particolare diversi studi hanno dimostrato che, in pazienti selezionati, la RCP extracorporea (ECPR) aumenta significativamente il tasso di sopravvivenza rispetto alla RCP tradizionale (CCPR) consentendo una stabilizzazione dell'emodinamica, un maggiore ritorno alla circolazione spontanea (ROSC), e miglioramento della sopravvivenza con un buon esito neurologico rispetto alla CCPR. Questo è reso possibile grazie ai progressi della tecnologia e dei presidi dell'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) che lo hanno reso un potente strumento di rianimazione. Questo studio, ha lo scopo di valutare l'impatto della ECPR sulla sopravvivenza dei pazienti che hanno avuto AC prolungato, confrontandola con gli esiti dopo CCPR.

Materiali e Metodi. Sono stati studiati 955 pazienti, di cui 81 trattati con ECPR, mentre gli altri 874 sono stati trattati con CCPR. La decisione se avviare o meno l'ECPR spetta all'ECMO-team. La principale indicazione è un mancato ROSC dopo 10 minuti di RCP, mentre le principali controindicazioni erano una prognosi infausta, per danni cerebrali irreversibili o per le comorbidità, ed un'età maggiore di 80 anni.

Risultati. Il gruppo ECPR non ha mostrato alcun miglioramento significativo in termini di aumento di ROSC e sopravvivenza rispetto al gruppo CCPR. Questo risultato può essere dovuto ad una condizione clinica più grave del gruppo ECPR con un tempo di RCP maggiore, in quanto è stato necessario un periodo di almeno 30 minuti per avviare l'ECMO.

Conclusioni. L'esito della RCP dipende da diversi fattori. Uno sforzo a ridurre i tempi di attivazione dell'ECMO-team e, in pazienti selezionati, di attuazione della ECPR è essenziale per migliorare la prognosi in caso di RCP prolungata.

Seung-Hun Lee et al. Comparison of Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation with Conventional Cardiopulmonary Resuscitation. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2015;48:318-327. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4622025/>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina

Ordinario di Scienze Motorie Università Studi Palermo – Coordinatore lab. di valutazione funzionale “DISMOT”



Un recente studio indica che in soggetti giovani (età media 18 anni) un livello ridotto di fitness aerobica è associato ad un aumentato rischio di mortalità precoce e che i soggetti obesi, anche con buoni livelli di forma fisica, presentano un aumentato rischio di mortalità precoce rispetto ai soggetti con ridotti livelli di forma fisica ma di peso normale.

Materiale - metodi: i ricercatori hanno valutato 1.317.713 soggetti di sesso maschile, svedesi e di età media di 18 anni arruolati in un arco temporale compreso il 1969 ed il 1996. Il livello di fitness aerobico è stato valutato mediante un test al cicloergometro. La mortalità totale e le cause specifiche di mortalità sono state monitorate utilizzando i registri nazionali. Le associazioni tra i dati sono state valutate mediante analisi multivariata utilizzando il modello di regressione di Cox.

Risultati: in un follow-up in media di 29 anni si sono verificati 44.301 decessi. I soggetti nel più alto quintile di fitness aerobica presentavano un rischio di morte per tutte le cause inferiore del 49% rispetto ai soggetti che presentavano livelli di fitness aerobica nel quintile più basso in cui si è

dimostrato anche un maggior rischio di morte correlata all'uso di di alcol e droghe. I livelli di fitness aerobica erano associati ad un ridotto rischio di morte per tutte le cause nei soggetti normopeso o in sovrappeso, mentre il beneficio si riduceva negli obesi; inoltre i soggetti normopeso con minori livelli di forma fisica presentavano un rischio di morte per tutte le cause inferiore del 30% rispetto agli individui obesi anche con buoni livelli di fitness aerobica.

Commento personale: questo studio dimostra che i livelli di fitness aerobica sono associati ad un minore rischio di mortalità precoce e che l'obesità riduce ed annulla questi effetti; infatti, i soggetti normopeso e nella metà superiore dei livelli di capacità aerobica all'inizio dello studio, rispetto ai soggetti nella metà inferiore presentavano un rischio di morte inferiore del 34%; questo beneficio si riduceva al 28% nei soggetti sovrappeso e al 26% nei soggetti obesi con IMC tra 30-34 e si annullava nei soggetti obesi con IMC > 35.

Articolorecensito: " Aerobic fitness in late adolescence and the risk of early death: a prospective cohort study of 1.3 million Swedish men". Gabriel Höglström e coll. Int. J. Epidemiol. (2015) doi: 10.1093/ije/dyv321

<http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2015/12/20/ije.dyv321>

Un recente studio prospettico dimostra che il fitness cardiorespiratorio si associa a benefici cardiovascolari, anche dopo 25 anni.

Materiale - metodi: sono stati valutati 4.872 soggetti adulti degli Stati Uniti di età compresa tra 18-30 anni (età media 24,8 anni; 45,6% uomini e 51,3% afro-americani), facenti parte dello studio di coorte prospettico Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA), in cui è stato eseguito, tra il 25 marzo 1985 e il 7 giugno 1986, un test da sforzo al treadmill per misurare il fitness cardiorespiratorio (CRF) e 2.472 soggetti, partecipanti allo studio, in cui è stato eseguito, 7 anni dopo, un secondo test da sforzo al treadmill. Nel follow-up, in media di 26,9 anni, completato il 31 agosto 2011, sono stati valutati, in diverse fasi dello studio, l'obesità, la massa e lo "strain" del ventricolo sinistro, la calcificazione delle arterie coronariche (CAC), la sopravvivenza e l'incidenza di malattie cardiovascolari (CVD).

Risultati: nel follow-up si sono verificati 273 decessi nei 4872 partecipanti allo studio (5.6%) e 193 soggetti (4.0%) andarono incontro ad un evento CVD. Ogni minuto in più di durata del test da sforzo di base si associava con una riduzione del 15% della mortalità totale e del 12% di un primo evento CVD. La riduzione di 1 minuto del CRF nei 7 anni successivi si associava con un aumentato rischio del 21% di mortalità e 20% di CVD. Livelli più elevati di CRF si associavano ad una significativa riduzione dell'indice di massa ventricolare sinistra e al miglioramento dello strain, mentre non si sono osservate associazioni tra CRF e CAC.

Commento personale: elevati livelli o miglioramenti del CRF si associano ad una riduzione del rischio di mortalità e di CVD, per cui in giovani adulti è importante promuovere l'attività fisica per migliorare il CRF i cui livelli sono critici per interrompere alcuni dei meccanismi patogenetici della malattia cardiovascolare precoce.

Articolorecensito: "Association of Fitness in Young Adulthood With Survival and Cardiovascular Risk. The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study". Ravi V. Shah e coll. AMA Intern Med. Published online November 30, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.6309

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2473630>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

Dirigente medico, responsabile reparto degenza donne, UOC Cardiologia Ospedale
Ingrassia, ASP Palermo**Epidemiologia e meccanismi fisiopatologici dell'Ipertensione arteriosa post-partum de novo e persistente**

Circulation. 2015; 132: 1726-1733 Published online before print September 28, 2015.

La fisiopatologia dell'ipertensione arteriosa sistemica nell'immediato periodo post-partum non è completamente nota. Sono state studiate 988 donne consecutive reclutate per il taglio cesareo di una gravidanza singola. I fattori angiogenici solubili fms-like tirosina chinasi 1 like e il fattore di crescita placentare, sia i biomarkers associati a pre-eclampsia, sono stati misurati prima del parto. Delle 988 donne, 184 donne (18,6%) hanno sviluppato ipertensione post-partum. Delle 184 donne, 77 hanno sviluppato ipertensione de novo dopo il parto, e il resto aveva lieve ipertensione nel periodo ante-partum. L'indice di massa corporea più alto e la storia di diabete mellito sono stati associati con lo sviluppo di ipertensione post-partum. Il rapporto antepartum di fms solubile - tirosina chinasi 1 like per il fattore di crescita placentare positivamente correlata con la pressione del sangue nel periodo post-parto (la più alta pressione arteriosa sistolica dopo il parto [$r = 0.29$, $p < 0.001$] e la pressione sanguigna diastolica [$r = 0.28$, $p < 0.001$]). Inoltre, il più alto terzile del rapporto antepartum di fms solubile- tirosina chinasi 1 like al fattore di crescita placentare era indipendentemente associata ad ipertensione post-partum (gruppo ipertesi de novo: odds ratio, 2,25; 95% intervallo di confidenza, 1,19-4,25; $p = 0,01$, nel gruppo ipertensione persistente odds ratio, 2,61; 95% intervallo di confidenza, 1,12-6,05; $p = 0,02$) in analisi multivariata. L'ipertensione nel periodo post-partum è relativamente comune e le donne con ipertensione post-partum hanno fattori di rischio clinici e un profilo plasmatico angiogenico antepartum simili a quelli trovati nelle donne con pre-eclampsia. Questi dati suggeriscono che le donne con ipertensione post-partum rappresentano un gruppo di donne con pre-eclampsia subclinica o irrisolta.

L'ipertensione mascherata e l'ipertensione da camice bianco sono associate ad aumentato rischio cardiovascolare e danno d'organo? I dati del Dallas Heart Study Fonte: J Am CollCardiol2015;66:2159-2169.

Numerosi studi epidemiologici eseguiti in Europa e in Asia hanno documentato un aumento del rischio cardiovascolare in associazione con l'ipertensione mascherata, una condizione caratterizzata da un incremento isolato della pressione arteriosa (PA) domiciliare. In letteratura non vi sono tuttavia studi che prendano in considerazione la prognosi cardiovascolare associata con l'ipertensione mascherata o con l'ipertensione da camice bianco nella popolazione generale statunitense. Scopo di questo studio è stato valutare la presenza di un danno d'organo (velocità dell'onda sfigmica aortica alla risonanza magnetica, rapporto albumina/creatinina nelle urine, cistatina C) e di eventi avversi cardiovascolari (coronaropatia, ictus, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, morte cardiovascolare) nei 3027 soggetti della coorte multi-etnica (50% afroamericani) del Dallas Heart Study e di stabilire un'associazione fra tali complicanze (follow-up di 9 anni) e tre diversi pattern di ipertensione arteriosa (ipertensione da camice bianco (ICB [elevata PA in ambulatorio, 140/90 mmHg, con normale PA domiciliare, $< 135/85$ mmHg]), ipertensione mascherata (IMas [elevata PA domiciliare, $\geq 135/85$ mmHg, con normale PA in ambulatorio, $< 140/90$ mmHg]) e ipertensione sostenuta (ISos [PA elevata sia in ambulatorio che a domicilio])). Nel campione di pazienti esaminato, il 3,3 e il 17,8% dei pazienti presentava ICB e IMas, rispettivamente. Sia l'ICB che l'IMas erano associate con un aumento della velocità dell'onda sfigmica aortica, della cistatina C e del rapporto albumina/creatinina nelle urine. Sia l'ICB

chel'IMAS erano associate con un più elevato tasso di eventi cardiovascolari rispetto al gruppo dei soggetti normotesi. Gli autori concludono che, in questa popolazione statunitense multietnica, sia l'ICB sia l'IMAs sono risultate associate in maniera indipendente con un aumento della rigidità della parete aortica, un danno renale e un'elevata incidenza di eventi cardiovascolari; dal momento che l'IMAs è comune ed è associata con uno sfavorevole profilo di rischio cardiovascolare

I beta bloccanti riducono la mortalità in pazienti affetti da scompenso cardiaco e fibrillazione atriale

Fonte: Circ Heart Fail. 2015 Aug 4.

In questo studio retrospettivo sono stati analizzati, in soggetti con scompenso cardiaco e ridotta frazione di eiezione (HFrEF), affetti da fibrillazione atriale o in ritmo sinusale, il ruolo prognostico della frequenza cardiaca (FC) e l'efficacia del trattamento con beta bloccanti nel ridurre il tasso di mortalità per tutte le cause. Analizzando il Registro Svedese dell'Insufficienza Cardiaca, 18.858 pazienti con scompenso cardiaco sono stati suddivisi in due gruppi: 11.466 pazienti in ritmo sinusale e 7.392 affetti da fibrillazione atriale. I risultati ottenuti hanno mostrato come, nel gruppo di pazienti in ritmo sinusale, l'incremento dell'hazard ratio per la mortalità fosse direttamente proporzionale all'aumento dei valori di FC rispetto a 60 bpm: 1.26 con FC 61-70 bpm, 1.37 con FC 71-80 bpm, 1.52 con FC 81-90 bpm, 1.63 con FC 91-100 bpm e 2.69 con FC >100 bpm. Nel gruppo con fibrillazione atriale si è invece osservato un incremento statisticamente significativo dell'hazard ratio (1.30) solo per FC > 100 bpm. Dopo assunzione di beta bloccanti, l'hazard ratio per la mortalità da tutte le cause era proporzionalmente ridotto in entrambi i gruppi. In conclusione, l'incremento della FC causa un aumento del tasso di mortalità per tutte le cause, sia in soggetti con fibrillazione atriale, sia in ritmo sinusale. In tale ambito, i beta bloccanti - grazie alla loro efficacia nel ridurre la FC - sono risultati utili in entrambe le categorie di pazienti esaminate

Quiz Cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

Quiz n.1

Nel “decalogo” delle Linee Guida ESC 2015 sulle AIV e MI cui si fa riferimento nella parte generale, quale delle seguenti indicazioni NON è riportata:

- 1) Investigate individuals with known or suspected ventricular arrhythmias completely, applying both non-invasive and invasive techniques: a good aetiological diagnosis is the first step towards efficient management of patients and the prevention of sudden cardiac death.
 - 2) Perform a complete autopsy in victims of sudden unexplained death, especially when they are young ...
 - 3) Consider the use of an implantable cardioverter defibrillator (ICD) in all survivors of an episode of ventricular fibrillation or ventricular tachycardia accompanied by haemodynamic instability ...
- Implement optimal therapy including antiarrhythmic agents (class IA and IC agents, Sotalol, Amiodaron and Dronedaron) ...

A cura di Alfredo Monteverde

Quiz n. 2:

Complicanze frequenti della ablazione della fibrillazione atriale sono:

- a) Broncopolmonite
- b) Embolia polmonare
- c) Perforazione esofagea
- d) Spasmo della glottide
- e) Nessuna delle complicanze indicate

Quiz n. 3

L'alterazione elettrocardiografica più frequente nel paziente con miocardiopatia dilatativa idiopatica è:

- a) Blocco di branca destra
- b) Emiblocco posteriore sinistro
- c) Ipertrofia ventricolare destra
- d) Blocco di branca sinistra
- e) Preeccitazione ventricolare

Evidence that matter

Institutional and Operator Requirements for Left Atrial Appendage Occlusion - Kavinsky CJ, Kusumoto FM, Bavry AA, et al *J Am CollCardiol* 2015;Dec 10:

Risks of Surgery in Patients With Coronary Stents - Saia F, Belotti LM, Guastaroba P, et al. - *CircCardiovascQual Outcomes* 2015;Dec 8

Institutional and Operator Requirements for Left Atrial Appendage Occlusion - Kavinsky CJ, Kusumoto FM, Bavry AA, et al - *J Am CollCardiol* 2015;Dec 10:[Epub ahead of print] Perspective: The following are 10 key points to remember from a document outlining who should perform percutaneous closure of the left atrial appendage (LAA) and institutional support needed for this procedure.

Risks of Surgery in Patients With Coronary Stents - Saia F, Belotti LM, Guastaroba P, et al. - *CircCardiovascQual Outcomes* 2015;Dec 8:[Epub ahead of print]. Study Questions: What are the incidence and type of cardiac and noncardiac surgery after percutaneous coronary intervention (PCI) and stenting during long-term follow-up, and what are predictors of periprocedural adverse ischemic and bleeding events?

Transcatheter Valve Therapy Registry Outcomes - Holmes DR Jr, Nishimura RA, Grover FL, et al. - *J Am CollCardiol* 2015;Nov 30:[Epub ahead of print]. Study Questions: What are the current practice and trends for transcatheter valve therapy (TVT) in the United States?

Indications for Pulmonary Valve Replacement in Tetralogy of Fallot - Bokma JP, Winter MM, Oosterhof T, et al. - *Eur Heart J* 2015;Oct 27:[Epub ahead of print]. Study Questions: What is the association between preoperative right ventricular (RV) volume thresholds and mid-to-late RV cardiac magnetic resonance (CMR) imaging and clinical events in adults with tetralogy of Fallot (TOF) undergoing pulmonary valve replacement (PVR)?

Mortality in Young Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy - Maron BJ, Rowin EJ, Casey SA, et al. - *Circulation* 2015;Oct 30:[Epub ahead of print]. Study Questions: Have changes in management strategies over the last two decades altered the mortality rate for young patients with hypertrophic cardiomyopathy (HCM)?

Tolerability and Feasibility of Beta-Blockers in Elderly Heart Failure Patients - Edelmann F, Musial-Bright L, Gelbrich G, et al. - *JACC Heart Fail* 2015;Dec 9:[Epub ahead of print]. Study Questions: What is the tolerability and feasibility of titration of two distinctly acting beta-blockers (BBs) in elderly heart failure (HF) patients with preserved (HFpEF) and reduced (HFrEF) left ventricular ejection fraction (LVEF)?

Risk of Progression for Asymptomatic LV Dysfunction to Overt Heart Failure Tchougui JB, Erqou S, Butler J, Yancy CW, Fonarow GC. *JACC Heart Fail* 2015;Dec 9 - Study Questions: What is the risk of progression for systolic or diastolic asymptomatic left ventricular dysfunction (ALVD) to overt heart failure (HF)?

Sleep-Disordered Breathing in Stable Heart Failure Patients Arzt M, Woehrle H, Oldenburg O, et al. *JACC Heart Fail* 2015;Dec 9

Farmaci ipoglicemizzanti e metabolismo osseo - *ExpDiabetes Res.* 2012; 2012: 519784.

Fibrosi, connessina-43 e anomalie della conduzione nella sindrome di Brugada - *J Am CollCardiol* 2015;66:1976-1986

I nuovi anticoagulanti orali vanno sospesi prima dell'esecuzione di un agoaspirato tiroideo? *Thyroid.* 2015 Apr;25(4):373-6. doi: 10.1089/thy.2014.0307.

Smettere di fumare può far male al diabete? - The Lancet Diabetes & Endocrinology. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00082-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00082-0).

Dosaggio di insulina e mortalità CV: dati dallo studio ACCORD - Diabetes Care October 13, 2015 .Published online beforeprint October 13, 2015, doi: 10.2337/dc15-0598.

L'uso inappropriato di antidiabetici orali in pazienti con insufficienza renale - IDF Vancouver 2015.

Accesso radiale versus femorale nei pazienti con sindromi coronariche acute sottoposti a trattamento invasivo - Lancet 2015;385:2465-2476.

Isosorbidemononitrato nei pazienti con scompenso cardiaco a frazione d'eiezione preservata - N Engl J Med 2015; 373:2314-2324 December 10, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1510774

Predittori ecocardiografici di miglioramento della capacità funzionale in pazienti scompensati sottoposti a Mitraclip - 76 Congresso nazionale SIC- Roma 11-14 dicembre 2015

Rimodellamento ventricolare destro e suo impatto clinico nella cardiomiopatia ipertrofica - JASE November 2015 Volume 28, Issue 11, Pages 1329–1338

Per conoscere l'attuale interesse dei cardiologi vi propongo i 10 articoli più letti in questo trimestre:

1. Valve Surgery Bests 'Watchful Waiting' in Asymptomatic Patients with Severe Aortic Stenosis
2. Absence of Coronary Calcium Reclassifies Nearly 50% of Statin-Eligible Patients: MESA Analysis
3. LCZ696 for HF Keeps Edge Over ACE Inhibitor Across Range of LVEF, Dosage
4. Cancer Itself May Damage the Heart, Before Any Treatment
5. Lilly Pulls Plug on Its CETP Inhibitor Evacetrapib
6. PLATFORM: Invasive Strategy With FFR-CT Reduces Costs Compared With Diagnostic Angiography
7. RESPECT 10-Year Data Strengthens Case for PFO Closure After Cryptogenic Stroke
8. Experts Debate Risk of Thrombosis With Bioprosthetic Valves
9. Report Highlights Risks of Bioprosthetic Aortic Valves: Reduced Leaflet Motion Observed by CT
10. How to Manage Muscle Pain in Patients on Statins

Risposte corrette ai quiz: n.1 = 4; n.2 = e ; n.3 = d

Dalle Regioni

Regione Calabria: *nessun evento segnalato*

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace: *: nessun evento segnalato*

Regione Lazio, Attilio Castellaneta

A) Organizzazione di Corsi indirizzati sia agli Specialisti che ai Medici di Medicina Generale sui seguenti argomenti: Ipertensione Arteriosa, Nuovi Anticoagulanti Orali, Anticoagulazione in Odontoiatri, Bronchite Cronica Ostruttiva, Scompenso Cardiaco, Dolore Toracico

I suddetti corsi verranno strutturati utilizzando uno "schema unico" che verrà concordato in modo da rendere l'approccio ai singoli argomenti estremamente pratico ed immediatamente applicabile all'attività clinica quotidiana.

B) Organizzazione Congresso di Cardio-Odontoiatria.

C) Partecipazione attiva ad uno spazio dedicato al CFC nell'ambito del Congresso "Roma Cuore" organizzato dal Prof. Germanò.

D) Organizzazione di un congresso di Psico-Cardiologia

E) Ipotesi di partecipazione attiva al prossimo Congresso ESC che verrà svolto a Roma

Regione Lombardia, Claudio Pini: *:nessun evento segnalato*

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

PROGRAMMA CFC REGIONE SICILIA 2016

Congresso ANCE - CFC 7 marzo 2016

Convegno Interregionale Siculo Laziale

Convegno sulla sincope con partecipazione di cardiologi, neurologi e medici PS

Corso di BLS D e CLS aprile 2016

Seminari con focus su medicina legale e nuovi risvolti professionali con magistrati, medici legali, avvocati

-Cardiooncologia

-ipertensione e gestosi

Convegno vecchie e nuove emergenze con casi clinici e discussione interattiva dei casi clinici .

Gestione integrata dei pazienti con dolor etoracico

Congresso con geriatri e aspetti sociologici genere e invecchiamento aspetti medico sociali e aspetti previdenziali

Mini master sulla nuova interpretazione dell'elettrocardiogramma

Campionati di refertazione dell'ECG

Cardionursing2016 : i problemi e le sfide

La nostra e-mail è cfc.sicilia@gmail.com

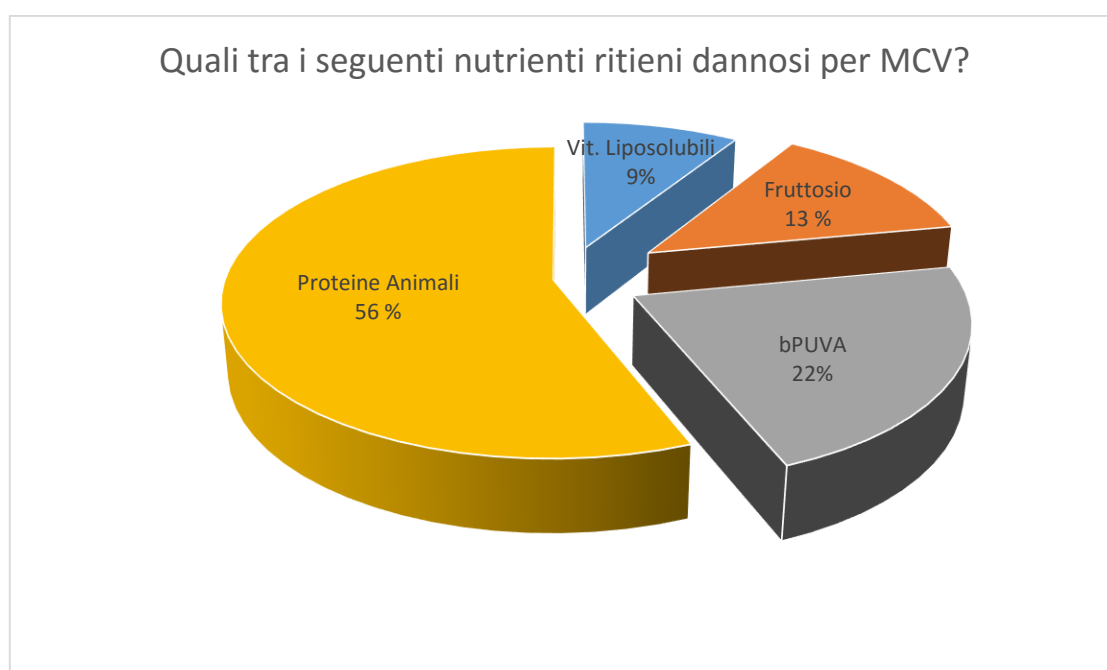
Regione Umbria, Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria: *nessun evento segnalato*

Dal Consiglio Nazionale

E' in corso di definizione il programma nazionale, la nuova quota associativa per il biennio 2016/17 e data e sede del nuovo Congresso Nazionale

Risultato dell'ultimo sondaggio proposto nel sito nazionale

<http://www.cfcardiologia.it>



Questo numero di Cardionews è stato inviato a 727 persone