



Italian Council
of
Cardiology
Practice

CARDIONEWS

In questo numero

- Lettera del direttore
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiopatia ischemica interventistica
- Cardiocirurgia, rianimazione cardio polmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale e riabilitazione
- Ipertensione Arteriosa
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidence that matters
- Risultati questionario sito

Direttore responsabile

Guido Francesco Guida

Editore

Collegio Federativo di Cardiologia

Board

Giuseppe Antista
Riccardo Asteggiano
Tommaso Cipolla
Calogero Gugliotta
Alfredo Monteverde
Emilio Nardi
Giuseppina Gabriella Surace
Marcello Traina
Maria Gabriella Vitrano

Lettera del Direttore

Cari amici e colleghi,

Abbiamo appena superato il solstizio d'estate e tante novità si affacciano alla vita della nostra associazione. Sono stati definiti i criteri per la creazione di una scuola permanente di BLS-D ed ACLS con tre sedi facilmente raggiungibili dai nostri soci:



Varese (resp. P. Luzi e M. Leoni), Perugia (resp. I. Tritto) e Palermo (resp. M.G. Vitrano). È stata definita la data e la sede del prossimo congresso nazionale del CFC: dal 31 marzo all'1 aprile 2017 a Palermo. Abbiamo aderito dando il nostro contributo organizzativo e professionale alla settimana internazionale contro lo scompenso. Nel frattempo numerosi eventi scientifici hanno fatto irruzione in cardiologia. Tra di essi ne menzionerò soltanto alcuni. L'ultimo report di EUROSTAT ci comunica dati non tanto entusiasmanti. Le malattie del sistema circolatorio ed il cancro restano, di gran lunga, le principali cause di morte in Europa. Per l'esattezza il report ci dice che tra il 2004 e il 2013, "c'è stata riduzione del 11% del tasso di mortalità per cancro tra gli uomini e una riduzione del 5,9% per le donne. Inoltre cali più vistosi si sono registrati in relazione alle morti per cardiopatia ischemica, dove i tassi di mortalità sono diminuiti del 30,6% per gli uomini e del 33,4% per le donne, mentre ancora maggiori riduzioni sono state registrate per le morti da incidenti stradali".

In particolare, **nella UE, : Il tasso di mortalità è di 383 morti ogni 100.000 abitanti con, in testa, gli infarti e le malattie cerebrovascolari.** Le ischemie cardiache hanno causato 132 decessi ogni 100.000 abitanti in tutta l'UE-28 nel 2013.

Sempre tra i paesi dell'EU i più alti tassi di mortalità standardizzati per malattie ischemiche cardiache sono stati rilevati in Lituania, Lettonia, Slovacchia, Ungheria e Repubblica Ceca - tutti sopra 350 decessi per 100mila abitanti nel 2013. All'altra estremità ritroviamo Francia, Portogallo, Paesi Bassi, Spagna, Belgio, Danimarca, Lussemburgo, Grecia e Liechtenstein che hanno i più bassi tassi di mortalità standardizzati per malattie ischemiche del cuore (inferiori ai 100 morti ogni 100mila abitanti). L'Italia è sotto la media con un tasso di 104 morti ogni 100mila abitanti.

A Firenze, in occasione del recente congresso mondiale sullo scompenso cardiaco acuto organizzato dalla European Society of cardiology (Esc) sono state presentate le **nuove linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico**. Un argomento chiaramente del massimo interesse per via del crescente aumento di età della popolazione generale, tanto che si stima un rischio di sviluppo di scompenso cardiaco intorno ai 55 anni pari al 33% negli uomini e al 28% nelle donne. Rispetto alla precedente edizione, risalente al 2012, questa si caratterizza soprattutto per l'introduzione di alcuni nuovi farmaci e invece per la riduzione di impiego di alcuni dispositivi che, al contrario, avevano dominato la scena nelle linee guida precedenti. Per quanto riguarda l'ambito farmacologico è da segnalare in particolare l'ingresso della nuova classe degli inibitori del recettore dell'angiotensina e della neprilisina o **Arni**, e in particolare della **molecola Lcz696**, studiata nel trial Paradigm-Hf, che viene raccomandato al posto degli Ace-inibitori negli individui con scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione in quanto, secondo la task force dell'Esc che lo ha valutato, può avere un impatto molto favorevole sulla prognosi.

Di rilievo ancora l'ingresso di un farmaco antidiabetico ad azione iperglicemizzante quale **empagliflozin** (SLGT2) - inibitore del trasportatore renale del sodio glucosio-2, che ha dato prova di avere **effetti complessivi favorevoli alla prevenzione dello scompenso in persone con diabete di tipo 2**. SLGT2 inoltre, secondo lo studio EMPA-REG OUTCOME, oltre a controllare la glicemia e a ridurre il rischio cardiovascolare, **protegge anche i reni**. Riguardo alla terapia di risincronizzazione cardiaca (CRT) va evidenziato che le nuove linee guida la controindicano in soggetti con QRS di durata < 130 ms in quanto è stato dimostrato che in tali pazienti il ricorso a CRT causa una maggiore mortalità (in precedenza il limite era stato fissato a 120 ms). Interessante l'inserimento di una **nuova categoria di scompenso con frazione d'eiezione ventricolare sinistra di grado medio** (Hfmref), cioè compresa tra 40% e 49%, ovvero in un'area tra la ridotta frazione d'eiezione (<40%) e la frazione d'eiezione conservata (>50%), poco studiata ma in cui ricadono molti pazienti. Di rilievo, nel documento, l'inserimento di un algoritmo innovativo - diretto principalmente ai medici di medicina generale ed a specialisti non cardiologi - per favorire il riconoscimento dei quadri non acuti di scompenso cardiaco, allo scopo di agevolare l'esclusione di tale condizione e il riconoscimento dei casi in cui è opportuno effettuare approfondimenti. Già utilizzato in altri ambiti delle patologie cardiologiche, un concetto è stato ripreso in queste ultime linee guida, ovvero quello **della tempestività e della appropriatezza delle cure**. Due elementi ritenuti fondamentali allo scopo di evitare il danno d'organo e conseguire i migliori risultati in una condizione potenzialmente mortale. Infine, come raccomandazione generale di prevenzione o comunque **utile nel ritardare la comparsa dello scompenso cardiaco, c'è soprattutto quella di un trattamento molto stretto dell'ipertensione e della prescrizione di statine in pazienti ad alto rischio coronaropatico**. *Eur Heart J, 2016 May 20.*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206819>

Viene così definito un nuovo range di scompenso cardiaco cronico che però comprende tanta eterogeneità ed una fisiopatologia non ben chiarita. **Probabilmente partiranno nuovi trial**. Anche se, a mio parere, il cuore del problema è la pressione di riempimento. Il cuore pompa o non pompa bene e sarebbe fuorviante dire che la funzione è buona specialmente se si applicano diverse metodiche e nuovi criteri come quelli che nascono dallo strain che restano, comunque, da validare. E così non sarebbe corretto fermarci alla frazione di eiezione.

Per la prima volta Roma ospiterà il congresso della Società Europea di Cardiologia dal 27 al 31 agosto 2016 alla Fiera di Roma. All' ESC Congress 2016 anche il CFC sarà rappresentato dal Council for Cardiology Practice. Le date degli appuntamenti sono:

- On Saturday 2 morning sessions, 1 lunchtime session and 1 afternoon session.
- The Take Home Message Session is on Wednesday morning.
- The Council will not have a private lecture but it will hold a networking event immediately after the last session on Saturday (ending at 15:00).

Last but not least consentitemi di fare gli auguri di buon lavoro al nostro socio fondatore, nonché contribuente di Cardionews, Riccardo Asteggiano che sarà eletto, in quanto vice-chairman, il 30 agosto prossimo alla prestigiosa carica di chair del Council for Cardiology Practice dell'ESC. Coloro i quali fossero interessati ad approfondire ruoli e compiti del Council for Cardiology Practice dell'ESC possono farlo leggendo la seguente pagina:

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/37/19/1485.full.pdf?etoc=>

Buona lettura a tutti

Guido Francesco Guida

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Alfredo Monteverde*

Giuseppe Antista

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo

Specialista in geriatria, Monreale



Effetti della dose di atorvastatina e del concomitante impiego di ACE-inibitori sulle modificazioni della funzione renale in pazienti con coronaropatia stabile: studio prospettico osservazionale

Gli ACE-inibitori e le statine sono ampiamente utilizzati nei pazienti con coronaropatia. Gli autori hanno voluto confrontare le modificazioni nel tempo del filtrato glomerulare (GFR) in soggetti con cardiopatia ischemica stabile in rapporto alla dose di atorvastatina e al contemporaneo uso di ACE-inibitori. Sono stati studiati 78 pazienti, di sesso maschile, con angina stabile da sottoporre a coronarografia in elezione, che si attenevano al target allora raccomandato di LDL al di sotto di 100 mg/dL ed erano in terapia con atorvastatina 10-40 mg/die già tre mesi prima dell'ospedalizzazione; la dose di atorvastatina non è stata modificata. Il GFR è stato stimato durante il ricovero in ospedale e circa un anno dopo la dimissione. Indipendentemente dall'uso dell'ACE-inibitore, è stata osservata una prevenzione della nefropatia soltanto nei soggetti trattati con la dose più elevata di atorvastatina. In 38 soggetti in trattamento con ACE-inibitori, le dosi più elevate di atorvastatina erano associate con maggiori effetti benefici sul GFR. Invece, in 40 pazienti che non assumevano ACE-inibitori, non è stato osservato alcun effetto significativo sul GFR con l'incremento della dose di atorvastatina. Pertanto, il concomitante uso di ACE-inibitori sembra facilitare la capacità della atorvastatina, a dosi crescenti, di produrre effetti benefici sulle modificazioni del GFR, tempo-dipendenti negli uomini con coronaropatia stabile.

COMMENTO: questo studio conferma l'utilità dell'atorvastatina, a dosi elevate e in associazione all'ACE-inibitore nella protezione della funzione renale.

Wieczorek-Surdacka e coll. *Effects of Atorvastatin Dose and Concomitant Use of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors on Renal Function Changes over Time in Patients with Stable Coronary Artery Disease: A Prospective Observational Study. Int J Mol Sci. 2016 Feb 2;17(2).*
 Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4783875/>

Terapia medica ottimale con o senza PCI in donne con cardiopatia ischemica stabile: una sotto-analisi dello studio COURAGE

Scopo degli autori è stato determinare se effettivamente esistono differenze di genere nell'efficacia clinica della PCI, quando praticata in aggiunta alla terapia medica ottimizzata in donne con coronaropatia stabile. Una precedente analisi del COURAGE aveva dimostrato che le donne, randomizzate a PCI, avevano un tasso più basso di mortalità o di infarto miocardico durante un follow-up medio di 4,6 anni. Sono stati analizzati i risultati in 338 donne (15%) e 1949 uomini (85%) randomizzati a PCI più terapia medica ottimizzata verso la sola terapia medica ottimale dopo aggiustamento per le caratteristiche basali rilevanti. Non è stata rilevata alcuna differenza di effetti del trattamento in rapporto al sesso per l'end-point primario (morte o infarto miocardico). Sebbene l'incidenza di eventi sia stata bassa, è stata notata una tendenza per l'interazione con il sesso sui ricoveri per insufficienza cardiaca nelle donne ma non negli uomini sottoposti a PCI, con una significativa riduzione degli eventi nel confronto con i soggetti che avevano ricevuto soltanto terapia medica ottimale. I pazienti di entrambi i sessi, randomizzati a PCI, hanno avuto meno bisogno di successive rivascolarizzazioni, con evidenza di un effetto differente in relazione al sesso. In questa analisi del COURAGE non si è osservata alcuna differenza significativa negli effetti del trattamento sui principali risultati tra uomini e donne. Comunque, le donne assegnate a PCI hanno dimostrato un vantaggio maggiore nel confronto con gli uomini, con una riduzione della ospedalizzazione per scompenso cardiaco e della necessità di successivi interventi di rivascolarizzazione. Tali dati richiedono ulteriori studi prospettici.

COMMENTO: questo studio ribadisce le differenze di genere nei soggetti con coronaropatia stabile; le donne escono vincitrici rispetto agli uomini se alla terapia ottimale aggiungono l'intervento di angioplastica.

Subroto Acharjee e coll. *Optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention in women with stable coronary disease: A pre-specified subset analysis of the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive druG Evaluation (COURAGE) trial. American Heart Journal March 2016 Volume 173, Pages 108–117. Link:*
[http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703\(15\)00460-3/pdf](http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703(15)00460-3/pdf)

ARITMIE CARDIACHE, MORTE
 IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Riccardo Asteggiano

Vice chairman Council for Cardiology Practice –ESC

MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE

Rimandiamo al prossimo numero articoli sulle malattie valvolari cardiache per motivi di spazio



=====

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

L'intero Volume 37 N° 20 dello European Heart Journal recentemente pubblicato è dedicato interamente all'aggiornamento sulla fibrillazione atriale. Tutti gli articoli sono meritevoli di essere letti. Tra questi ricordiamo i seguenti.

“Il ruolo dell'obesità nella Fibrillazione Atriale” analizza il rapporto casuale di obesità e fibrillazione atriale, e conferma un incremento di incidenza, prevalenza, gravità, severità dell'associazione e la riduzione del burden e delle ricorrenze aritmiche ottenuta con il calo ponderale.

Chrishan Joseph Nalliah et al.

The role of obesity in atrial fibrillation

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/20/1565.abstract?etoc>

Per introdurre nella valutazione del rischio tromboembolico secondario alla fibrillazione atriale i markers biologici (NTproBNP e Troponina, che sarebbero molto importanti in una migliore precisazione di tale rischio) i ricercatori degli studi ARISTOTLE e STABILITY nell'articolo “Lo score ABC (Età, BIOMarkers e storia clinica) di rischio di stroke” hanno proposto e validato un nuovo score di rischio denominato ABC (Age, Biomarkers, Clinical history). Tale score è risultato superiore con c-indices migliori del CHA2DS2-VASc score sia nella coorte di derivazione degli studi (0.68 vs. 0.62, $P < 0.001$) sia nella coorte di validazione esterna (0.66 vs. 0.58, $P < 0.001$), sia in diversi sottogruppi di popolazione. E' già ora di pensionare il CHA2DS2-VASc score?

Ziad Hijazi et al.

The ABC (age, biomarkers, clinical history) stroke risk score: a biomarker-based risk score for predicting stroke in atrial fibrillation

La metanalisi “Impatto del tipo di fibrillazione atriale nel rischio di stroke” gli autori hanno analizzato i dati relativi a quasi 100.000 pazienti provenienti da 12 studi della recente letteratura, hanno osservato nei soggetti con FA non parossistica verso i soggetti con FA parossistica un hazard ratio corretto (HR) per tromboembolia di 1.384 (95% CI: 1.191–1.608, $P < 0.001$) ed un HR corretto per mortalità da tutte le cause di 1.217 (95% CI: 1.085–1.365, $P < 0.001$). Nuovo impulso nella ricerca del mantenimento del ritmo e nel rallentamento dell'evoluzione verso la FA permanente

Anand N. Ganesan et al.

The impact of atrial fibrillation type on the risk of thromboembolism, mortality, and bleeding: a systematic review and meta-analysis

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/20/1591.abstract?etoc>

La metanalisi “Impatto del tipo di fibrillazione atriale nel rischio di stroke” gli autori hanno analizzato i dati relativi a quasi 100.000 pazienti provenienti da 12 studi della recente letteratura, hanno osservato nei soggetti con FA non parossistica verso i soggetti con FA parossistica un hazard ratio corretto (HR) per tromboembolia di 1.384 (95% CI: 1.191–1.608, $P < 0.001$) ed un HR corretto per mortalità da tutte le cause di 1.217 (95% CI: 1.085–1.365, $P < 0.001$). Nuovo impulso nella ricerca del mantenimento del ritmo e nel rallentamento dell'evoluzione verso la FA permanente

Anand N. Ganesan et al.

The impact of atrial fibrillation type on the risk of thromboembolism, mortality, and bleeding: a systematic review and meta-analysis

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/20/1591.abstract?etoc>

CARDIOPATIA ISCHEMICA, INTERVENTISTICA

Tommaso Cipolla

Responsabile dell'U.O.C di Cardiologia della Fondazione G. Giglio di Cafalù.



La Società Europea di Cardiologia (ESC) ha pubblicato recentemente le Linee Guida Europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica.

Il documento, liberamente consultabile e scaricabile sul sito dell'ESC (come tutte le altre linee guida), è di fondamentale importanza perché affronta approfonditamente tutti gli aspetti della prevenzione cardiovascolare, tenendo conto delle più recenti evidenze scientifiche.

Viene ribadita l'utilità del calcolo del rischio cardio-vascolare, anche questa volta suddiviso in quattro fasce ("molto alto", "alto", "moderato" e "basso"), e come sempre identificabili in base ai parametri inclusi nelle carte del rischio (sesso, età, fumo, diabete, pressione e colesterolo) e in base alla presenza di particolari contesti clinici (figura 1). Pur confermando i target di LDL già noti, da raggiungere in ogni fascia di rischio (in particolare <70 mg/dl per il rischio "molto alto" e <100 mg/dl per il rischio "alto"), per la prima volta viene indicato che, se il valore basale di LDL è compreso fra 70 e 135 mg/dl nel paziente a rischio "molto alto" o tra 100 e 200 nel paziente a rischio "alto", il target, per così dire, *diventa più severo*, cioè non valori inferiori a 70 e 100 mg/dl rispettivamente, bensì una riduzione di almeno il 50% del valore basale (indicazione I-B). Ad esempio un paziente a rischio "alto" che abbia un valore basale di 140 mg/dl deve avere come target <70 mg/dl di LDL, come nel rischio "molto alto", e non il target standard precedentemente utilizzato di 100 mg/dl (figura 2).

Viene quindi ribadito il concetto di "lower is better", emerso dagli ultimi studi (soprattutto il trial IMPROVE-IT), per il quale è bene mantenere il soggetto ad alto o altissimo rischio cardio-vascolare con valori di LDL colesterolo i più bassi possibili.

Very high-risk	<p>Subjects with any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documented CVD, clinical or unequivocal on imaging. Documented clinical CVD includes previous AMI, ACS, coronary revascularization and other arterial revascularization procedures, stroke and TIA, aortic aneurysm and PAD. Unequivocally documented CVD on imaging includes significant plaque on coronary angiography or carotid ultrasound. It does NOT include some increase in continuous imaging parameters such as intima-media thickness of the carotid artery. • DM with target organ damage such as proteinuria or with a major risk factor such as smoking or marked hypercholesterolaemia or marked hypertension. • Severe CKD (GFR <30 mL/min/1.73 m²). • A calculated SCORE ≥10%.
High-risk	<p>Subjects with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markedly elevated single risk factors, in particular cholesterol >8 mmol/L (>310 mg/dL) (e.g. in familial hypercholesterolaemia) or BP ≥180/110 mmHg. • Most other people with DM (with the exception of young people with type 1 DM and without major risk factors that may be at low or moderate risk). • Moderate CKD (GFR 30–59 mL/min/1.73 m²). • A calculated SCORE ≥5% and <10%.
Moderate risk	SCORE is ≥1% and <5% at 10 years. Many middle-aged subjects belong to this category.
Low-risk	SCORE <1%.

ACS = acute coronary syndrome; AMI = acute myocardial infarction; BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; DM = diabetes mellitus; GFR = glomerular filtration rate; PAD = peripheral artery disease; SCORE = systematic coronary risk estimation; TIA = transient ischaemic attack.

Figura 1
 da 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
 2016 EHI doi/10.1093/eurheartj/ehw106

Recommendations for lipid control

Recommendations ^{d,e}	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
In patients at VERY HIGH CV risk, an LDL-C goal <1.8 mmol/L (<70 mg/dL), or a reduction of at least 50% if the baseline is between 1.8 and 3.5 mmol/L (70 and 135 mg/dL) is recommended. ^f	I	B	350-353
In patients at HIGH CV risk, an LDL-C goal <2.6 mmol/L (<100 mg/dL), or a reduction of at least 50% if the baseline is between 2.6 and 5.1 mmol/L (100 and 200 mg/dL) is recommended.	I	B	350-353
In the remaining patients on LDL-C lowering treatment, an LDL-C goal <3.0 mmol/L (<115 mg/dL) should be considered.	IIa	C	350-353

CV = cardiovascular; HDL-C = high-density lipoprotein cholesterol; LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol.

Figura 2
da 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
2016 EHJ doi/10.1093/eurheartj/ehw106

Articolo recensito

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
2016 EHJ doi/10.1093/eurheartj/ehw106

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

Coordinatore infermieristico Modulo Dipartimentale n. 6, ASP Palermo
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche



Che fine hanno fatto i tanto sbandierati concorsi nella sanità siciliana?

Abbiamo tutti saputo dei tanti proclami, fatti sia dai politici che dai Direttori Generali delle ASP ed A.O siciliane. Alla fine dello scorso anno si parlava di 5.000 posti. E adesso a che punto siamo? Roma ha rifatto i conti tra Siciliani che si curano in Sicilia e Siciliani che si curano in altre Regioni italiane e all'estero.

Sono state inviate delle **richieste, dagli organi di governo, che portano la firma del direttore generale della programmazione sanitaria Renato Botti**. E sono state inviate, a intervalli di pochi mesi l'una dall'altra, all'assessore Baldo Gucciardi. La prima chiede di rimettere mano alle linee guida di atti aziendali e piante organiche. La seconda aggiunge delle cifre che rischiano di mettere sottosopra la Sanità siciliana: per il Ministero della Salute la Sicilia dovrà tagliare circa 560 posti letto.

Nelle tabelle allegate ad una nota, viene dichiarato il numero esatto della popolazione sulla quale calcolare i parametri relativi ai posti letto. Le norme nazionali parlano di una percentuale di 2,94 posti per mille abitanti.

Se la suddetta percentuale viene applicata sul numero della popolazione siciliana, essa si traduce in 14.306 posti letto per acuti. La recente rimodulazione della rete ospedaliera siciliana, prevede invece 14.871 posti letto per acuti. **I nostri tecnici hanno previsto 565 posti letto in più.**

Ma il reale problema, per tornare ai concorsi, è **che sul numero di posti letto della rete ospedaliera (i 565 in più)** sono stati elaborati gli atti aziendali e le relative piante organiche delle aziende sanitarie e ospedaliere. Il timore avvertito da più di un manager della Sanità siciliana, è di dover rimettere mano ad atti aziendali e dotazioni organiche. E di conseguenza, rimettere a punto, sfortunatamente, l'intera macchina dei concorsi e delle assunzioni.

Infermiere di Famiglia: a che punto siamo?

Qualche mese fa mi sono soffermato sulla necessità che, anche nel nostro paese, vengano elaborati e tradotti in realtà, dei modelli organizzativi che tengano conto delle attività previste per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Il miglioramento delle condizioni di vita e sociali realizzato negli ultimi decenni ha prodotto mutamenti demografici ed epidemiologici che hanno accentuato l'insorgenza di fragilità, comorbilità, cronicità e l'aumento della non autosufficienza.

Questo scenario richiede un ripensamento ulteriore dell'organizzazione sanitaria, socio-sanitaria e assistenziale al fine di promuovere la tutela della salute e il benessere dei cittadini.

Tra gli obiettivi da raggiungere c'è quello di realizzare un sistema meno "ospedalocentrico".

Bisogna restituire centralità alla persona e dei suoi bisogni, tanto nell'ospedale quanto nella comunità e nel domicilio.

Il territorio deve farsi carico dell'assistenza al paziente cronico o non autosufficiente, sviluppando protocolli di collaborazione per assicurare la continuità assistenziale.

Qui si rende necessaria l'attività dell'Infermiere di Famiglia e dell'Infermiere di Comunità.

Le regioni italiane in cui sono previste le suddette figure professionali, sono Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia e Toscana.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Emilio Nardi

Professore aggregato di Medicina Interna – Università di Palermo



Pazienti a rischio cardiovascolare intermedio: come e chi trattare? Evidenze dal trial HOPE-3.

I risultati dello studio Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) -3 sono riportati in tre articoli pubblicati su NEJM del 26 maggio.

HOPE-3 è uno studio in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, in cui 12.705 a rischio intermedio (uomini ≥ 55 anni e donne ≥ 60 anni) che non avevano mai avuto eventi cardiovascolari, erano assegnati in modo casuale a ricevere rosuvastatina alla dose di 10 mg al giorno o placebo e candesartan alla dose di 16 mg + idroclorotiazide alla dose di 12,5 mg al giorno o placebo per una media di 5,6 anni.

Il trattamento con rosuvastatina ha determinato una riduzione del 24% di eventi cardiovascolari rispetto al placebo, ma la terapia antipertensiva non ha comportato alcuna riduzione del rischio cardiovascolare.

Lo studio HOPE-3 rafforza alcuni concetti attuali e influenza futuri orientamenti.

Il trattamento ipocolesterolemizzante del trial1 ha prodotto risultati coerenti con una metanalisi di studi randomizzati che ha mostrato che una riduzione di 1 mmol per litro di LDL si associa ad un

rischio più basso del 25% di malattie cardiovascolari. I risultati aggiungono prove a sostegno sull'utilizzo di statine in prevenzione primaria.

Il trattamento antiipertensivo nel trial² non ha mostrato alcun beneficio significativo nel ridurre il rischio di eventi cardiovascolari. Tuttavia è necessario fare alcune considerazioni; la differenza di pressione arteriosa osservata tra il gruppo trattamento-attivo e il gruppo placebo era lieve (6.0 / 3.0 mm Hg) e non è escluso, sulla base di altri studi, che un trattamento più aggressivo con una riduzione più marcata dei valori pressori avrebbe potuto modificare il rischio cardiovascolare.

Infatti, non vi sono studi in letteratura che evidenziano benefici in termini di riduzione del rischio, con dosaggi così bassi come quelli utilizzati in questo trial. Inoltre, la popolazione di questo trial aveva un rischio cardiovascolare abbastanza basso, soprattutto in confronto ad altri trial che hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antiipertensivo nel ridurre il rischio cardiovascolare. Ad esempio nel recente studio SPRINT che comprendeva pazienti con pressione sistolica >130 mmHg e con rischio cardiovascolare un leggermente più elevato, il trattamento farmacologico ha determinato una riduzione dei valori pressori doppia rispetto all'HOPE-3 e si è avuta una riduzione significativa del rischio cardiovascolare.

Un'altra considerazione da fare è che in un sottogruppo dell'HOPE-3 caratterizzato da una PAS >143,5 mmHg, il trattamento antiipertensivo ha determinato una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari pari al 27%. Questo dato potrebbe significare che ridurre la pressione al di sotto di 140 mmHg in popolazioni non a rischio elevato non produce variazioni del rischio cardiovascolare.

In conclusione i dati di questo trial ci forniscono senz'altro dati interessanti: efficacia del trattamento con rosuvastatina in prevenzione primaria, dubbi sul trattamento antiipertensivo in popolazioni a rischio basso-intermedio. Sono indispensabili ulteriori trial (a mio parere anche meglio disegnati) per meglio comprendere le divergenze derivanti dai trial finora eseguiti.

Articoli recensiti:

S. Yusuf et al.

Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease

www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600176

Eva M. Lonn et al.

Blood-Pressure Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease

www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600175

S. Yusuf et al.

Blood-Pressure and Cholesterol Lowering

in Persons without Cardiovascular Disease

www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600177

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardio-chirurgia AOC Federico II, Dip. Cardiocirurgia Adulti e pediatrica, Napoli



Fibrillazione atriale dopo bypass aortocoronarico: Amiodarone vs Propafenone

Introduzione. La fibrillazione atriale (FA) è una delle complicanze più comuni dopo chirurgia cardiaca e si associa ad un aumento della morbilità e mortalità. Dopo un intervento di bypass aortocoronarico (BPAC) ha un'incidenza del 27-33%. La cardioversione elettrica è considerata il trattamento gold standard per la FA di recente insorgenza, ma l'uso di farmaci antiaritmici, sia endovenosi che per via orale, sono più semplici da gestire e si associano a minori complicanze.

Materiali e metodi. Si tratta di uno studio randomizzato, in doppio cieco e controllato. Sono stati inclusi nello studio i pazienti che hanno sviluppato fibrillazione atriale dopo una chirurgia elettiva di BPAC on-pump, per cardiopatia ischemica diagnosticata in seguito a coronarografia (n=122 pazienti). Tali pazienti sono stati divisi in due gruppi: un gruppo (n=55) associato al Propafenone che ha ricevuto una dose di carico di 600 mg di Propafenone per via orale (os), seguita da una dose di 150 mg ogni otto ore per dieci giorni; il secondo gruppo (n=67), associato all'amiodarone, ha ricevuto una dose di carico di 300 mg di Amiodarone per via endovenosa (ev) seguita da una infusione ev continua di 600 mg per oltre 12-24 ore dopo l'insorgenza della FA.

Risultati. Tra i due gruppi non c'è stata differenza statisticamente significativa per quanto riguarda la durata della terapia, la durata degli episodi di FA, la necessità di cardioversione, lo sviluppo di recidive e la necessità di ripetere la somministrazione del farmaco.

Conclusioni. Entrambi i farmaci sono stati ben tollerati dai pazienti. Solo i pazienti che hanno assunto alte dosi di Amiodarone hanno sviluppato alcuni effetti collaterali dose-dipendenti. Si può concludere che sia l'amiodarone ev che il propafenone per os sono ugualmente efficaci e sicuri per il trattamento della fibrillazione atriale dopo BPAC e quindi quest'ultimo può essere un'alternativa sicura per il trattamento di routine della fibrillazione atriale dopo interventi di bypass aortocoronarico, riducendo così le complicanze dovute alla somministrazione endovenosa.

Nemati MH et al. Amiodarone Versus Propafenone to Treat Atrial Fibrillation after Coronary Artery Bypass Grafting: A Randomized Double Blind Controlled Trial. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2016;49:177-184. <file:///C:/Users/Giusy%20Surace/Downloads/kjtcv-49-177.pdf>

Chirurgia mitralica mini-invasiva: 10 anni di esperienza.

Introduzione. Negli ultimi decenni la chirurgia mini-invasiva della valvola mitrale si è affermata come valida alternativa alla chirurgia convenzionale, mantenendo la stessa sicurezza ed efficacia.

Materiali e metodi. Nella decade settembre 2003-dicembre 2013, 1604 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia della valvola mitrale attraverso una minitoracotomia destra (5-7cm di incisione cutanea al 3°-4° spazio intercostale). I principali outcomes indagati sono stati la mortalità precoce e tardiva, l'insorgenza di complicanze postoperatorie e la libertà da insufficienza mitralica residua e reintervento.

Risultati. La riparazione della valvola è stata effettuata nel 71% dei pazienti mentre nel 29% è stata effettuata una sostituzione valvolare. La mortalità ospedaliera è stata del 1,1%. Una conversione a sternotomia si è resa necessaria nel 2,1% dei pazienti a causa di sanguinamento, tenaci aderenze, dissezione aortica causata dall'endoclamp. L'incidenza di ictus, attacco ischemico transitorio e insufficienza renale acuta con successiva dialisi è stata rispettivamente del 2%, 0,25% e 1,3%. Nel 1,4% si è verificato un infarto miocardico perioperatorio, il 2,5% dei pazienti ha avuto complicanze polmonari e il tasso di impianto di pacemaker è stata del 3,3%. Su 1210 candidati per la riparazione della valvola, 1137 sono stati efficacemente riparati (94%), mentre 73 (6%) hanno richiesto la sostituzione dopo un tentativo di riparazione. Tra i 1137 pazienti con valvola efficacemente riparata nell'immediato post-operatorio, l'insufficienza mitralica residua era minima nel 73%, lieve nel 23% e moderata nel 3% (n=1 paziente), mentre nel 2,5% dei casi si è dovuto procedere ad un nuovo intervento per l'evidenza, all'ecocardiografia pre-dimissioni di significativa insufficienza mitralica. Nel complesso, a 1, 5 e 10 anni, la sopravvivenza è stata rispettivamente del 96%, 89%, e 85%, la libertà da reintervento è stata del 99%, 95%, e 91% rispettivamente e la libertà da ricorrente insufficienza mitralica è stata del 99% a 1 anno, il 95% a 5 anni e il 87% a 10 anni.

Conclusioni. La chirurgia mini-invasiva della valvola mitrale si è dimostrata essere una procedura sicura, con ottimi risultati postoperatori, a breve e a lungo termine, ed alta probabilità di successo dei trattamenti riparativi e libertà da reintervento.

Glauber M et al. Early and long-term outcomes of minimally invasive mitral valve surgery through right minithoracotomy: a 10-year experience in 1604 patients. *Journal of Cardiothoracic Surgery*

(2015) 10:181. <http://cardiothoracicsurgery.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13019-015-0390-y>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E
RIABILITAZIONE



Marcello Traina

Prof. Ordinario Scienze Motorie Università Studi Palermo – Coordinatore del laboratorio di valutazione funzionale “DISMOT” dell’Università di Palermo

L’obesità e la fibrillazione atriale (FA) frequentemente coesistono. La perdita di peso riduce il rischio di FA, ma non è conosciuto se questo effetto è “dose-risposta”, dipende dal mantenimento della riduzione di peso o se è influenzato dalle variazioni del peso nel tempo. I dati dello studio LEGACY (Long-Term Effect of Goal directed weight management on Atrial Fibrillation Cohort: a 5 Year follow-up) indicano che, nei soggetti in sovrappeso o obesi, la perdita di peso, **persistente nel tempo, si associa ad una riduzione del rischio di FA e al mantenimento del ritmo sinusale.**

Materiale - metodi: In questo studio vengono riportati i risultati relativi ad una serie consecutiva di 1415 pazienti che erano stati inviati per il trattamento di FA sintomatica, parossistica o persistente, al “Centre for Heart Rhythm Disorders” dell’Università di Adelaide - Australia. Sono stati arruolati 825 i pazienti con indice di massa corporea (BMI) ≥ 27 kg/m². I criteri di esclusione erano: FA permanente, anamnesi di infarto miocardico o chirurgia cardiaca nei 12 mesi precedenti, valvulopatia cardiaca o disfunzione ventricolare di rilievo, neoplasie attive, malattie autoimmunitarie o infiammatorie sistemiche, insufficienza severa renale o epatica e follow-up minore di 24 mesi. Dopo lo screening per i criteri di esclusione, sono stati inclusi nell’analisi dello studio 355 pazienti. Per la riduzione di peso è stato adottato un programma strutturato motivazionale e con obiettivi utilizzando il rapporto diretto con un esperto. I pazienti venivano rivalutati ogni 3 mesi nelle fasi iniziali, in cui la riduzione di peso veniva ottenuta con una prescrizione dietetica (i pasti prevedevano alimenti con calorie controllate ad alto apporto proteico e basso indice glicemico) e con modificazioni dello stile di vita. Se i pazienti perdevano dopo tre mesi <3% del peso, venivano prescritte bustine a contenuto calorico molto basso (Prima Health Solutions o Nestle Health Science) sostitutive da 1 a 2 pasti al giorno; dopo che i pazienti raggiungevano l’obiettivo iniziale (riduzione del peso del 10%) i pasti sostituiti venivano nuovamente cambiati con alimenti con calorie controllate ad alto apporto proteico e basso indice glicemico per ottenere un BMI target ≤ 25 kg/m². Inizialmente è stato prescritto un esercizio di intensità bassa per 20 min tre volte/settimana, aumentando progressivamente intensità e durata per ottenere 200 min per settimana di esercizio di intensità moderata. Per determinare la dose-risposta della riduzione di peso, i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base alla perdita di peso: gruppo 1 ($\geq 10\%$), gruppo 2 (da 3% a 9%) e gruppo 3 (<3%). Il trend dell’andamento del peso (percentuale di cambiamento del peso annuale nel corso dello studio) è stato definito come trend a riduzione lineare (perdita continua di peso alle valutazioni annuali $\geq 1\%$), e con fluttuazioni (variazioni di peso, aumento o perdita, $\geq 1\%$ tra 2 follow-up annuali consecutivi). In base alle variazioni annuali del peso i pazienti sono stati suddivisi in soggetti con ampie variazioni (>5%), con variazioni di media entità (dal 2% al 5%) o stabili (<2%). La scelta della strategia di controllo della frequenza o del ritmo è stata a discrezione del medico responsabile; i farmaci utilizzati per il controllo del ritmo sono stati il sotalolo e la flecainide; l’ablazione è stata utilizzata nei casi che rimanevano sintomatici con il trattamento antiaritmico. Gli effetti della perdita di peso sono stati

valutati i sintomi mediante la scala di severità (AFSS) e il monitoraggio elettrocardiografico ambulatoriale di 7 giorni.

Risultati: Il rischio di FA e la severità dei sintomi si riduce maggiormente nel gruppo 1 rispetto ai gruppi 2 e 3 ($p < 0.001$ in entrambi i confronti). L'assenza (senza ablazione o uso di farmaci) di FA alla fine dello studio era del 45,5% nel gruppo 1, 22% nei gruppi 2 e 13,4% nel gruppo 3 ($p < 0.001$ in entrambi i confronti). Nell'analisi statistica multivariata la perdita di peso e la fluttuazione del peso si sono dimostrati predittori indipendenti di rischio di FA ($p < 0.001$ per entrambi). Una perdita di peso $\geq 10\%$ si associa ad una probabilità di sopravvivenza senza aritmia maggiore di sei volte rispetto agli altri due gruppi (limiti di confidenza al 95%: 3.4 - 10.3; $p < 0.001$). Una fluttuazione del peso ai controlli annuali $>5\%$ annulla parzialmente questi benefici con un aumento di due volte del rischio di recidiva aritmica (limiti di confidenza al 95%: 1.0 - 4.3; $p = 0.02$).

Commento personale: I dati dello studio LEGACY sono di grande rilievo clinico in quanto indicano che gli interventi sullo stile di vita devono essere adottati, in analogia alla cardiopatia ischemica, anche nei pazienti con fibrillazione atriale. Lo studio è di rilievo clinico per la metodologia adottata, per la cura nell'identificazione degli obiettivi per la riduzione/controllo del peso e per la valutazione dei pazienti con FA.

Articolo recensito: Long-Term Effect of Goal-Directed Weight Management in an Atrial Fibrillation Cohort: a Long-Term Follow-Up Study (LEGACY). Rajeev K. Pathak, e coll. J Am Coll Cardiol 2015;65:2159–69. doi: 10.1016/j.jacc.2015.03.002.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25792361>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

Dirigente medico, responsabile reparto degenza donne, UOC Cardiologia Ospedale Ingrassia, ASP Palermo



Caratteristiche della placca coronarica: non esistono differenze tra uomini e donne! American College of Cardiology (ACC) 2016 Scientific Sessions. Lo studio, condotto da Aditya S. Bharadwaj, ha retrospettivamente analizzato i dati di 383 pazienti - 268 uomini e 115 donne - con cardiopatia ischemica stabile che sono stati sottoposti ad angiografia coronarica con valutazione della placca mediante IVUS e a tomografia a coerenza ottica (OCT). Dopo aggiustamento per età, indice di massa corporea, anamnesi positiva per PCI, ipertensione, trattamento insulinico, fattori di rischio clinico e colesterolo totale, il sesso non è risultato un predittore indipendente per la gravità della placca. Nel corso degli ultimi due decenni la prevalenza di cardiopatia ischemica è aumentata tra le donne di mezza età mentre è diminuita negli uomini loro coetanei. Sono state valutate le differenze nella morfologia della placca tra gli uomini e le donne con cardiopatia ischemica stabile utilizzando un approccio multimodale con IVUS, OCT, e le tecniche di spettroscopia a raggi infrarossi (NIRS). Dei 383 pazienti analizzati, 133 sono stati sottoposti anche ad imaging IVUS / NIRS. Le donne arruolate nello studio tendevano ad essere più anziane (66 anni di età rispetto a 62 anni di età per gli uomini) e avevano più patologie concomitanti come il diabete, l'ipertensione e una più bassa velocità di filtrazione glomerulare stimata. Non c'era nessuna variazione significativa tra i due gruppi per quanto riguarda il fumo, precedente infarto miocardico o l'uso di statine. I dati di imaging OCT non hanno mostrato alcuna differenza significativa in riferimento al lume della placca, al suo lume minimo o all'area di stenosi. Inoltre,

nessuna differenza è stata osservata nella morfologia della placca tra uomini e donne. I dati di imaging IVUS / NIRS non hanno mostrato alcuna differenza significativa tra membrana elastica esterna della placca e il suo lume, sia a livello della stenosi che nel segmento di riferimento. Tuttavia, vi è stato un aumento statisticamente significativo della gravità della placca tra gli uomini rispetto alle donne nel segmento di riferimento. Gli autori affermano che le implicazioni cliniche dei risultati dello studio devono essere considerate nel contesto della crescente incidenza di cardiopatia ischemica tra le donne: più anziane e con più comorbidità, e che le donne hanno una prognosi peggiore rispetto agli uomini. Le misure preventive e il trattamento spesso si concentrano sulle differenze di gravità della placca tra uomini e donne. Poiché i dati di imaging multimodale non mostrano differenti caratteristiche della placca tra donne e uomini, misure altrettanto aggressive di prevenzione primaria e secondaria devono essere intraprese a prescindere dal sesso

Aliskiren, enalapril, o combinazione di aliskiren ed enalapril nello scompenso cardiaco.. N Engl J Med 2016; 374:1521-1532 - April 21, 2016 -- John J.V. McMurray, M.D.

Tra i pazienti con insufficienza cardiaca cronica, gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina-(ACE) riducono la mortalità e il numero di ospedalizzazioni, ma non è noto il ruolo di un inibitore della renina in tali pazienti. Sono state confrontate l' enalapril con l'aliskiren (inibitore della renina), al fine di testarne la superiorità o almeno la non inferiorità e la combinazione dei due trattamenti (per testare la superiorità) in pazienti con insufficienza cardiaca e ridotta frazione di eiezione. Dopo un periodo in singolo cieco sono state assegnati i pazienti, in doppio cieco, a uno dei tre gruppi: 2336 pazienti (gruppo enalapril alla dose di 5 o 10 mg due volte al giorno), 2340 (gruppo aliskiren a una dose di 300 mg una volta al giorno) 2340 (gruppo con entrambi i trattamenti :terapia di associazione). L' endpoint primario composito era rappresentato da morte per cause cardiovascolari o ospedalizzazione per insufficienza cardiaca. Dopo un follow-up mediano di 36,6 mesi, il raggiungimento dell'endpoint primario si è osservato in 770 pazienti (32.9%) nel gruppo in terapia di combinazione e in 808 (34.6%) nel gruppo enalapril. L'outcome primario si è verificato in 791 pazienti (33,8%) nel gruppo aliskiren (hazard ratio vs. enalapril, 0,99; 95% CI, 0,90-1,10); il test pre-specificato di non inferiorità non è stato raggiunto. C'era un più alto rischio di sintomi ipotensivi nel gruppo con terapia di combinazione rispetto al gruppo enalapril (13,8% vs 11,0%, p = 0,005), così come più alti rischi di un elevato livello di creatinina sierica (4,1% vs. 2,7% , P = 0,009) ed elevati livelli di potassio (17,1% vs 12,5%, p < 0.001). Nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica, l'associazione di aliskiren ed enalapril ha portato a più eventi avversi senza evidenza di benefici.

Dispositivi di assistenza ventricolare nell'infarto miocardico acuto Fonte: J Am Coll Cardiol 2016;67:1871-1880 - Acharya D.

Quando l'infarto miocardico acuto (IMA) si complica con uno scompenso cardiaco acuto o uno shock cardiogeno, il trattamento convenzionale si associa con una mortalità elevata. Acharya e colleghi hanno valutato l'impianto di un dispositivo di assistenza ventricolare (DAV) in questi pazienti, mettendo a confronto la prognosi dei pazienti sottoposti a impianto di DAV nel contesto di un IMA con la prognosi dei pazienti sottoposti a impianto di DAV al di fuori di questa indicazione nell'ambito del registro INTERMACS (Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support). In totale, gli autori hanno individuato 502 pazienti trattati con un DAV per un IMA con scompenso cardiaco acuto o shock cardiogeno: di essi, 443 erano portatori di un dispositivo di assistenza ventricolare sinistra; 33 di dispositivi di assistenza biventricolare; e 26 di cuori artificiali totali. La mediana dell'età di tali pazienti era di 58,3 anni e il 77,1% di loro era di sesso maschile. Al momento dell'impianto, il 66% era in classe INTERMACS 1. Una maggiore proporzione di

pazienti con IMA, rispetto ai pazienti senza IMA, aveva una storia di posizionamento di contropulsatore aortico (57,6 vs. 25,3%), di intubazione (58 vs. 8,3%), di ossigenazione tramite membrana extracorporea (17,9 vs. 1,7%), di arresto cardiaco (33,5 vs. 3,3%) e di classe INTERMACS più avanzata prima dell'intervento. A 1 mese dall'impianto del DAV, il 91,8% dei pazienti con IMA era in vita e proseguiva il supporto con il DAV, il 7,2% era deceduto mentre era ancora in supporto con il DAV e l'1% era stato sottoposto a trapianto cardiaco. A 1 anno dall'impianto del DAV, il 52% dei pazienti con IMA era in vita e proseguiva il supporto con il DAV, il 25,7% era stato sottoposto a trapianto cardiaco, l'1,6% era stato sottoposto a espianto per recupero e il 20,7% era deceduto in corso di supporto con il dispositivo. Il gruppo dei pazienti con IMA presentava un più elevato rischio non aggiustato nella fase precoce (hazard ratio [HR]: 1,24) e un ridotto rischio di morte in fase tardiva (HR: 0,57), rispetto al gruppo dei pazienti senza IMA. Dopo aggiustamento dei dati per i fattori di rischio noti, il gruppo dei pazienti con IMA non presentava più un elevato rischio precoce (HR: 0,89), mentre persisteva il dato di un ridotto rischio tardivo (HR: 0,55). Gli autori concludono che i pazienti con IMA trattati con un DAV hanno una prognosi sovrapponibile a quella delle altre popolazioni di pazienti sottoposte a impianto di un DAV, nonostante presentino una patologia più critica al momento dell'impianto, e che dunque la terapia con il DAV costituisce una strategia efficace per i pazienti con IMA e con scompenso cardiaco acuto o shock in cui la terapia medica è fallimentare.

Quiz Cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

Quiz N. 1

Quali di queste variabili NON è inclusa nell'ABC score presentato nell'articolo "The ABC (age, biomarkers, clinical history) stroke risk score: a biomarker-based risk score for predicting stroke in atrial fibrillation" ?

- 1) Età
- 2) Sesso
- 3) Troponina
- 4) NTproBNP

A cura di Alfredo Monteverde e Giuseppe Antista

QUIZ n. 2

In presenza di marcata ipokaliemia l'intervallo Q T corretto:

1. Rimane invariato
2. Si accorcia
3. Ha un comportamento variabile in funzione della frequenza cardiaca
4. Si allunga
5. Ha un comportamento variabile in funzione dell'età del paziente

Risposta esatta n. 4

QUIZ n. 3

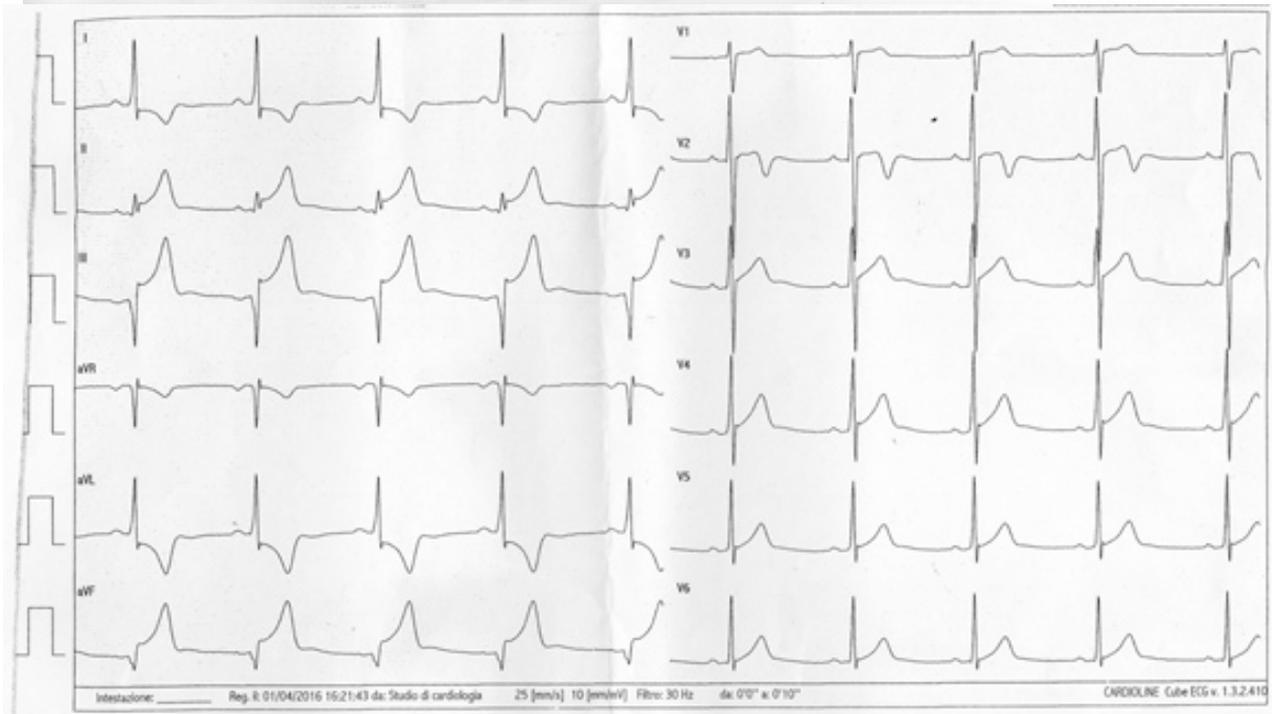
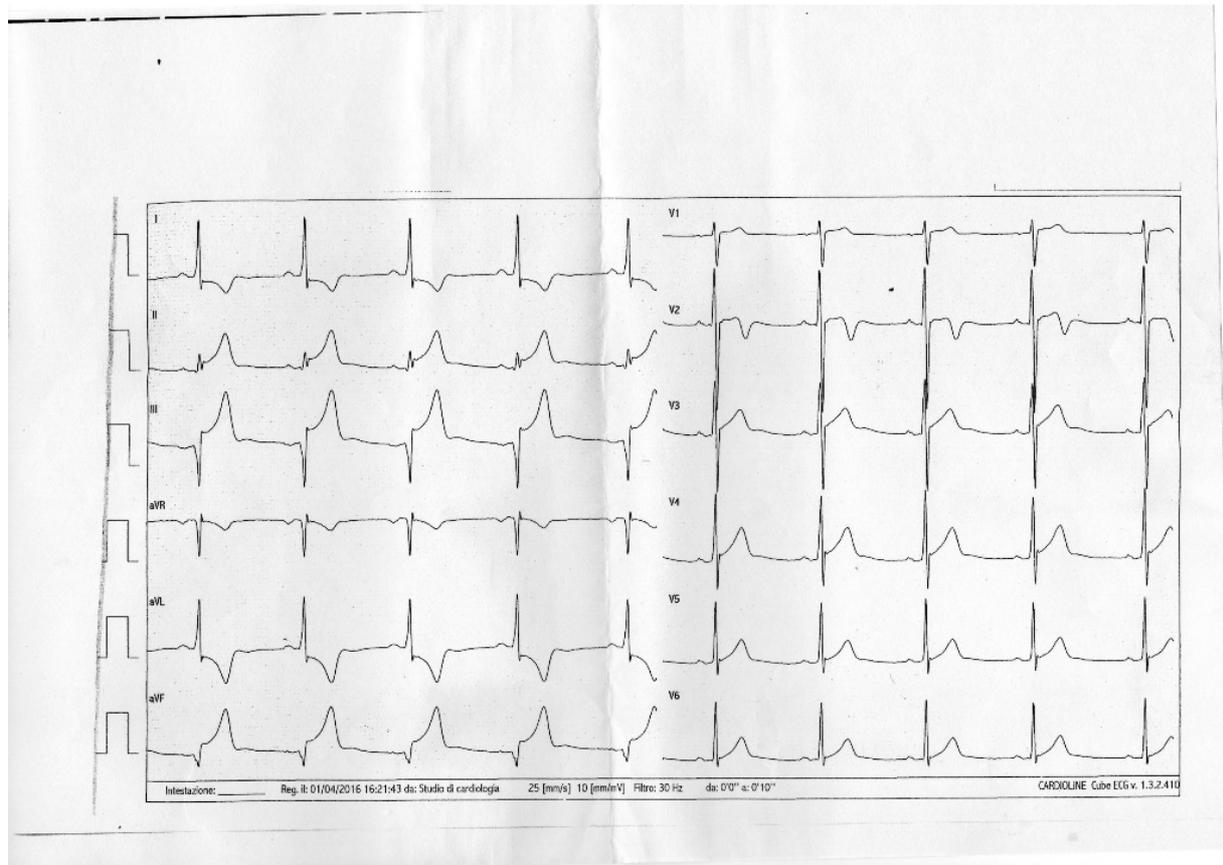
L'incidenza dello scompenso cardiaco nei soggetti sopra i 65 anni è stata stimata:

1. 10 su 1000 abitanti
2. 1 su 1000 abitanti
3. 1 su 100.000 abitanti
4. nessuna delle stime indicate

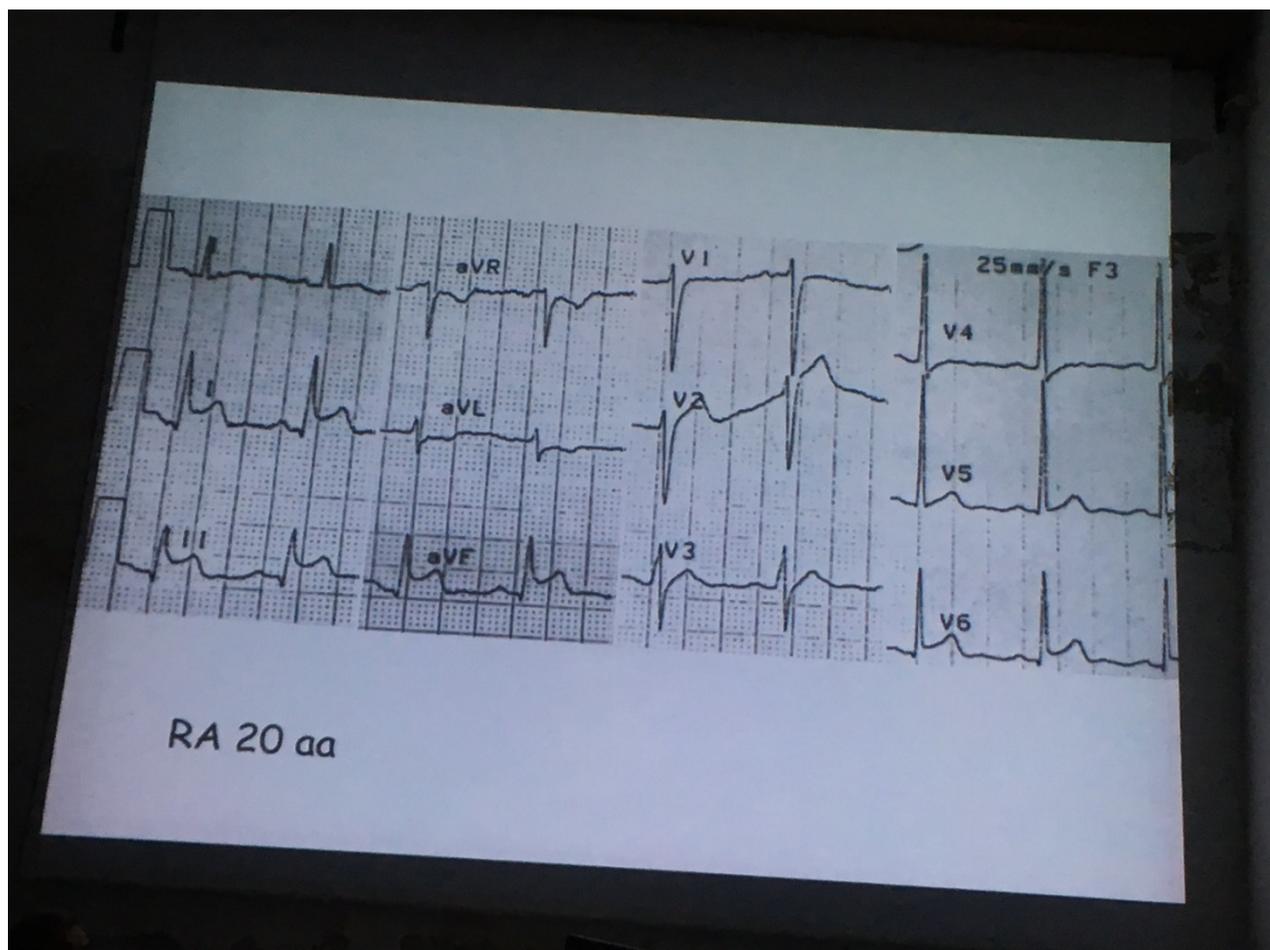
1 su 1.000.000 abitanti

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde

L'elettrocardiogramma del N. 1



Per spiegazioni relative ai traccati contattare
alfredomonteverde14@gmail.com
giuseppe.antista@virgilio.it o gantist@gmail.com



Per gentile concessione del prof. Gianfranco Sinagra, università di Trieste.
Maschio, 20 anni, da tre giorni astenia faticabilità, precordialgie. Troponina I positiva al P.S.

Evidence that matter

Linee guida europee sull'insufficienza cardiaca: come da recenti studi (in particolare i trial FAIR-HF e CONFIRM-HF) trattare la carenza di ferro con ferro carbossimaltano ev migliora la capacità funzionale e la qualità della vita nei pazienti sintomatici per HF e ridotta FE

ESC Heart Failure 2016.

Cost-effectiveness Analysis of Sacubitril/Valsartan vs Enalapril in Patients With Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

Thomas A. Gaziano, MD, MSc and coll.

JAMA Cardiol. Published online June 22, 2016. doi:10.1001/jamacardio.2016.1747

La FA parossistica e quella permanente hanno lo stesso rischio embolico?

sono stati presi in esame 12 ampi studi, tra registri e trial, con gli inibitori della vitamina K e i NAO, che hanno coinvolto circa 100.000 pazienti. La fibrillazione atriale non parossistica si associa ad un rischio relativo significativamente aumentato di stroke (RR 1.35) rispetto alla

fibrillazione atriale parossistica, rischio che nei pazienti non scoagulati è ancora più elevato (RR 1.69), e anche ad un rischio aumentato di mortalità per tutte le cause (RR 1.46).

Polyunsaturated or saturated fats? Old data, but new conclusions. G. F. Guida

<https://www.facebook.com/sicilymagazine.it/videos/1141934982525813/>

Myocardial fibrosis identified as a new therapeutic target in obstructive sleep apnea. G. F.

Guida <https://www.facebook.com/sicilymagazine.it/posts/1159299217456056>

Fonte: Gavesan AN et al. Eur Heart J 2016; 37: 1591-1602.

Le strutture urbanistiche che favoriscono l'attività fisica si associano a minor prevalenza di obesità e più bassa incidenza di diabete. Fonte: JAMA. 2016 May 24-31;315(20):2211-20. doi: 10.1001/jama.2016.5898 -

L'assunzione serale dei farmaci antipertensivi riduce il rischio del insorgenza del diabete di tipo 2: uno studio randomizzato e controllato Fonte: Hermida RC - Diabetologia (2016)

59:255–265 DOI 10.1007/s00125-015-3749-7

Servizio sanitario italiano: eccellenza o mediocrità? G.F. Guida

<https://www.facebook.com/sicilymagazine.it/posts/1176771685708809:0/>

Aspirin Use in Anticoagulation-Eligible AF Patients

What are the patient and practice-level factors associated with use of aspirin alone as compared to oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation at intermediate or high risk of stroke?

Hsu JC, Maddox TM, Kennedy K, et al.

J Am Coll Cardiol 2016;67:2913-2923.

Cardiovascular Care of College Student-Athletes

The National Collegiate Athletic Association (NCAA) convened a multidisciplinary task force in 2014 to discuss and evaluate cardiovascular concerns in collegiate student athletes, and to develop an interassociation consensus statement and recommendations. The primary focus was on sudden cardiac death (SCD) and the utility of screening with or without an electrocardiogram

Hainline B, Drezner JA, Baggish A, et al.

J Am Coll Cardiol 2016;67:2981-2995

ESC Guidelines for Acute and Chronic Heart Failure

Ponikowski P, Voors AA, Andker SD, et al.

Eur Heart J 2016;May 20:[Epub ahead of print].

Chemotherapy for AL Amyloidosis in Heart Failure

What is the effect of bortezomib, dexamethasone, and an alkylating agent (BDex+AA) as a first-line treatment strategy on mortality in patients with symptomatic heart failure from light-chain amyloidosis (AL) cardiac amyloidosis?

Sperry BW, Ikram A, Hachamovitch R, et al.

J Am Coll Cardiol 2016;67:2941-2948.

Post-PCI Bivalirudin Infusion and Acute Stent Thrombosis

What is the efficacy of various doses of post-primary percutaneous coronary intervention (PCI) bivalirudin infusion to prevent acute stent thrombosis?

Shah R, Rogers KC, Ahmed AJ, King BJ, Rao SV.

JACC Cardiovasc Interv 2016;Jun 15:[Epub ahead of print].

Echocardiographic Predictors of Aortic Stenosis Outcomes

Are echocardiographic parameters of aortic stenosis (AS) severity and left ventricular (LV) systolic function useful predictors of mortality?

Capoulade R, Le Ven F, Clavel MA, et al.

Heart 2016;102:934-942.

Reasons for Carotid Imaging Older Asymptomatic Patients

What are common reasons for asymptomatic patients to undergo carotid imagin

Keyhani S, Cheng EM, Naseri A, et al.

JAMA Intern Med 2016;176:626-633.

Risposta ai Quiz

Quiz N. 1 – Risposta esatta: N. 2 (Sesso)

Quiz N. 2 Risposta esatta n. 4 (Si allunga)

Quiz N. 3 Risposta esatta n. 1 (1 su Su 1.000.000 di abitanti)

Risposta: all'ecg n.2: miocardio-pericardite

Dalle Regioni

Regione Calabria: *nessun evento segnalato*

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace:

Regione Lazio, *nessun evento segnalato*

Regione Lombardia, *nessun evento segnalato*

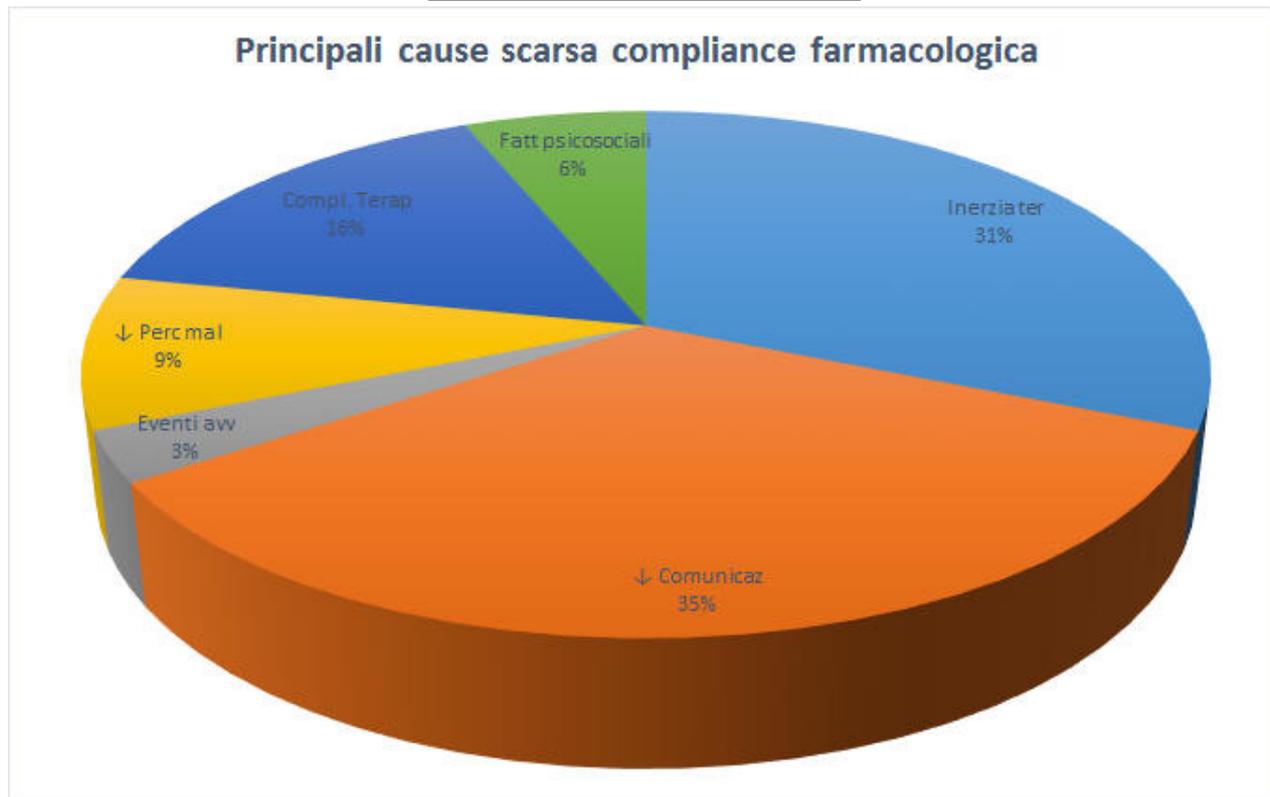
Regione Sicilia, Saverio Foti Congresso Regione Sicilia CFC, Messina novembre 2016

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

Dal Consiglio Nazionale

Risultato dell'ultimo sondaggio proposto nel sito nazionale
Inserire grafico

<http://www.cfcardiologia.it>



Questo numero di Cardionews è stato inviato a 727 persone