

Cardionews

Anno 2 Numero tre
settembre 2015

In questo numero

- Presentazione
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Nursing cardiovascolare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiochirurgia, rianimazione cardio-polmonare
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- Elettrocardiogramma
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidence that matters
- Risultati questionario sito

Direttore responsabile
Guido Francesco Guida

Editore
Giovanni Vincenzo Gaudio

- Board**
- Giuseppe Antista
 - Riccardo Asteggiano
 - Calogero Gugliotta
 - Alfredo Monteverde
 - Giuseppina Gabriella Surace
 - Maria Gabriella Vitrano

Web Master
Francesco Paolo Alesi



Cari amici e colleghi,

Fase di transizione quella di settembre prima di avviarci alla chiusura dell'anno lavorativo e societario. Bilancio 2015 quindi e progetti per il 2016. Il CFC come membro del Council for Cardiology Practice ha partecipato attivamente e con impegno al congresso ESC di Londra che da tempo è divenuto la più grossa kermesse mondiale di cardiologia. Quest'anno, infatti, sono state segnalate 32700 presenze e più di 200000 contatti sul sito ESC per l'occasione. Anche il **nostro sito www.cfcardiologia.it**, pur se nato da poco, in 2 anni e mezzo ha ricevuto circa 45000 visite e diverse sezioni sono state aggiunte con il contributo di numerosi colleghi. All'ESC 2015 l'Italia, tra i 79 Paesi partecipanti, si è classificata, per contributi scientifici approvati, al terzo posto con 361 abstract accettati subito dopo il Giappone e la Germania. È anche questo un chiaro segno dell'impegno culturale e pratico dei cardiologi italiani non solo nella ricerca, ma anche negli ospedali (in 15 anni la mortalità per infarto si è ridotta dal 13 al 2-3%) e sul territorio. Lo testimonia la riduzione delle giornate di degenza per anno rilevate attraverso l'analisi dei DRG, una migliore qualità ed aspettativa di vita dei cittadini italiani. Questo anche grazie ai Day Service, alla gestione integrata dello scompenso cardiaco, alla riabilitazione. Tutti nuovi modelli strategici ospedale-territorio che stanno anche alla base di una possibile riduzione della spesa sanitaria. Cosa certamente auspicabile in tempo di spending review. Segnaliamo anche il positivo impegno della ministra della salute nella ricerca dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica. Cosa che finalmente viene affrontata (eseguire gli esami e le cure giuste al paziente giusto), ma che pensiamo vada associata a migliori ambienti di lavoro, a rinnovata tecnologia, a giuste garanzie per ridurre il problema della responsabilità civile ed il conseguente crescente fenomeno della medicina difensiva e, soprattutto, alla **reintroduzione del merito**. Si bacchetta, ma, soprattutto, si premia chi ben lavora! Tornando al congresso ESC segnaliamo che sono stati presentati dati positivi sui nuovi farmaci ipocolesterolemizzanti inibitori delle PCSK9 (indubbia novità terapeutica - segnalata anche dall'indagine condotta nel nostro sito). In particolare i trial del programma ODYSSEY presentati a Londra hanno confermato che alirocumab garantisce tollerabilità ed efficacia nell'abbattere i livelli di colesterolemia LDL anche a lungo termine in pazienti con ipercolesterolemia familiare eterozigote, oltre ad abbassare i livelli di altri fattori aterogeni generalmente meno "considerati" e noti, ma pericolosi tanto quanto le LDL, come la lipoproteina (a). Un po' deludenti i risultati degli studi ALBATROSS e CIRCUS, mentre arrivano interessanti novità sui fattori prognostici di rimodellamento cardiaco: un ventricolo di dimensioni ridotte e con le pareti ispessite pare essere particolarmente predisposto al rimodellamento e dunque maggiormente soggetto al rischio di insufficienza cardiaca. Lo studio BELIEF, invece, propone nuove speranze per i pazienti con fibrillazione atriale persistente di difficile controllo. In occasione dell'ESC 2015 sono state **presentate cinque nuove linee guida** per la gestione di cinque importanti condizioni patologiche: la sindrome coronarica acuta NSTEMI, l'ipertensione polmonare, l'endocardite infettiva, l'aritmia ventricolare e morte cardiaca improvvisa e la pericardite. Troverete più estesamente riportate queste novità nell'appendice di Cardionews su Evidence that matter. Segnaliamo, poi, la presentazione di studi italiani e non sugli stili di vita e le abitudini alimentari che fanno bene al cuore. Anche il tema delle cardiopatie "da inquinamento" è stato ampiamente dibattuto. Ricordiamo, infine, che il prossimo appuntamento congressuale ESC sarà per la prima volta a Roma dal 27 al 31 agosto 2016. Una novità assoluta alla quale anche il CFC sarà chiamato a partecipare!

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice – ESC



MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE

La stenosi aortica severa con basso gradiente con funzione ventricolare sinistra può essere attribuita a una sottostima dell'indice di area aortica valvolare (AVAi) dovuto all'assunto che il tratto di efflusso del V.Sx (LVOT) sia circolare con l'ecocardiografia convenzionale.

L'articolo: “Low gradient severe aortic stenosis with preserved ejection fraction: reclassification of severity by fusion of Doppler and computed tomographic data”

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/31/2087.abstract?etoc>

prende in analisi 191 soggetti con AVAi < 06 cm² e normale EF, valutandoli sia con l'ecocardiografia che con la TAC del tratto di efflusso del V.Sx. Il gruppo di soggetti con flusso normale e basso gradiente sono risultati avere un AVAi e un LVOT più grande del presupposto, riclassificando i pazienti non come stenosi aortica grave, ma stenosi aortica moderata.

=====

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Argomento già trattato in passato, ma sempre più attuale per il crescente espandersi del problema: infezioni di devices.

La rassegna: “Infected cardiac-implantable electronic devices: prevention, diagnosis, and treatment” <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/37/2484.abstract?etoc>

rappresenta il più aggiornato momento di aggiornamento riguardo all'argomento, sia per la necessità di migliorare le misure di prevenzione (iniziando dalla correttezza delle indicazioni!), alla necessità di una diagnosi precoce, non sempre facile, sia in ultimo al trattamento che sta diventando una procedura relativamente routinaria.

L'uso di Pace-Maker senza catetere, sta uscendo lentamente dalla sua fase sperimentale ed entrando in quella clinica. L'articolo: Early performance of a miniaturized leadless cardiac pacemaker: the Micra Transcatheter Pacing Study

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/37/2510.abstract?etoc> ed il suo editoriale:

Leadless pacemakers: leading us into the future?

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/37/2520.extract?etoc> ci descrivono un'esperienza del Micra Transcatheter Pacing Study Group relativa all'impianto in 23 centri di 11 paesi di 140 Micra transcatheter pacing system in altrettanti pazienti

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista

Alfredo Monteverde*



Specialista in geriatria, Monreale

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo

La variabilità della risposta al Clopidogrel è associata alla disfunzione endoteliale nei pazienti con coronaropatia in trattamento con doppia antiaggregazione

La duplice terapia antiaggregante (aspirina e antagonisti del recettore P2Y₁₂ ADP) è la pietra angolare del trattamento nei soggetti sottoposti a PCI. Diversi fattori, clinici e genetici, possono essere responsabili di una risposta non ottimale al clopidogrel. In questo studio è stato valutato l'impatto della disfunzione endoteliale sulla variabilità di risposta al clopidogrel nei soggetti con malattia coronarica stabile (CAD) dopo PCI. METODI: sono stati arruolati 198 pazienti consecutivi affetti da cardiopatia ischemica cronica un mese dopo l'intervento di PCI. Tutti i pazienti ricevevano doppia terapia antiaggregante (clopidogrel 75 mg di aspirina 100 mg / die). La reattività piastrinica è stata misurata con VerifyNow P2Y₁₂ (Accumetrics, San Diego, CA). Il risultato in unità di reazione P2Y₁₂ (PRU) ha un valore di cut-off diagnostico di 230. La funzione endoteliale è stata valutata mediante dilatazione flusso-mediata (FMD). I pazienti con alta reattività piastrinica (32% della popolazione dello studio), rispetto ai soggetti con valore basso, hanno presentato ridotti valori di FMD ($4,35 \pm 2,22$ vs $5,74 \pm 3,29\%$, $p = 0,01$). Inoltre, è stata trovata un'associazione inversa tra la misura della funzione endoteliale e la reattività piastrinica ($r = -0.24$, $p = 0,001$).

COMMENTO: riteniamo interessante questo studio in quanto chiarisce come la disfunzione endoteliale sia associata alla variabilità di risposta al clopidogrel nei pazienti affetti da coronaropatia stabile, sottoposti a PCI e in trattamento con doppia terapia antiaggregante. Questi risultati svelano i meccanismi che influenzano la risposta individuale alla terapia antiaggregante piastrinica e possono spiegare l'associazione non lineare tra dose di clopidogrel, inibizione piastrinica ed outcome cardiovascolare.

Siasos G. e coll. Clopidogrel response variability is associated with endothelial dysfunction in coronary artery disease patients receiving dual antiplatelet therapy. *Atherosclerosis*. 2015 Sep. Volume 242, Issue 1, Pages 102–108 Link: <http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150%2815%2930029-0/abstract>

Impatto dell'angioplastica percutanea coronarica sulle modificazioni della ripolarizzazione indotte dallo sforzo nei pazienti con cardiopatia ischemica cronica

Recenti studi suggeriscono che l'intervallo tra il picco dell'onda T e la fine dell'onda T (TPE) e il rapporto TPE/QT sono validi indicatori di aumentato rischio aritmico nei pazienti con coronaropatia (CAD). In questo studio sono stati esaminati le modificazioni ECGrafiche indotte dall'esercizio fisico in pazienti con CAD stabile, prima e dopo intervento coronarico percutaneo (PCI). Sono stati inclusi quaranta pazienti consecutivi così suddivisi: venti con lesioni significative (restringimento del lume $\geq 75\%$), idonei per PCI, nel gruppo interventistico ($n = 20$) e venti senza significative lesioni coronariche (restringimento del lume $< 50\%$) nel gruppo controllo. I pazienti sono stati sottoposti a test ergometrico al tapis roulant il giorno precedente e 30 giorni dopo l'esame coronarografico, analizzando gli indici ECGrafici di ripolarizzazione al basale e al picco di intensità del test. Nel gruppo di controllo, l'intervallo QT, QTc (QT-corretto), l'intervallo di TPE e il rapporto TPE/QT misurati al picco dell'esercizio si erano ridotti significativamente rispetto al valore di base (rispettivamente $p = 0.001$, $p = 0.004$, $p < 0.001$ e $p = 0.017$). Al contrario, nei pazienti candidati a

PCI, prima della procedura interventistica, si è osservato un incremento nell'intervallo TPE e nel rapporto di TPE/QT durante il test ergometrico (rispettivamente $p=0,009$, $p<0,001$); solo l'intervallo QT mostrava un decremento significativo rispetto al basale ($p<0,001$). Trenta giorni dopo la PCI, tutti gli indicatori di aumentato rischio aritmico, valutati al picco di esercizio, si erano significativamente ridotti rispetto ai valori basali, mostrando lo stesso andamento rilevato nei soggetti del gruppo controllo.. In conclusione, la rivascularizzazione ha normalizzato la fase di ripolarizzazione ventricolare sotto sforzo: ciò suggerisce che la rivascularizzazione miocardica, nei soggetti ischemici, riduce il rischio aritmico.

Jukić A e coll. Impact of Percutaneous Coronary Intervention on Exercise-Induced Repolarization Changes in Patients With Stable Coronary Artery Disease. Am J Cardiol. 2015 Sep 15;116(6):853-7. Link: <http://www.ajconline.org/article/S0002-9149%2815%2901523-4/abstract>

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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



Scompenso cardiaco. Ecco la ricetta “svedese”: 20 minuti al giorno a piedi o in bicicletta. Soprattutto dopo i 60 anni. Ma senza esagerare

Basta una passeggiata al giorno o un giro in bicicletta per proteggersi dallo scompenso cardiaco dopo i 60 anni. Questo è quanto riportato in uno studio pubblicato online first su Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure che dimostra come un'attività fisica moderata diminuisca la possibilità di avere uno scompenso cardiaco.

Di questa patologia soffrono non meno di 23 milioni di persone nel mondo; il rischio di ammalarsi di scompenso nel corso della vita di ognuno è pari al 20%, tale percentuale aumenta con la progressiva e sempre maggiore longevità della popolazione.

Il suddetto studio dimostra che il rischio maggiore di scompenso cardiaco si riscontra nei maschi impegnati in livelli di attività fisica strenua (rischio del 47%) o minima (rischio del 51%), rispetto a quei soggetti che svolgono un'attività fisica moderata. Analizzando i vari tipi di attività fisica che i partecipanti allo studio praticavano, gli autori dello studio hanno evidenziato che l'attività fisica migliore per il cuore, quella cioè che si associa alla maggior riduzione di rischio di scompenso cardiaco, è camminare o andare in bicicletta 20 minuti al giorno.

Bisogna considerare infine che non solo la quantità di attività fisica svolta è importante, ma anche la tipologia di attività fisica riveste un ruolo importante ai fini della riduzione del rischio di scompenso cardiaco. Camminare e andare in bicicletta più di un'ora a settimana, sono risultate le attività più protettive; non così l'attività fisica inerente all'attività lavorativa o ai lavori domestici. Neanche essere stati dei grandi sportivi all'età di 30 anni, riesce ad proteggere dallo scompenso cardiaco nei decenni successivi.

INFERMIERE “CASE MANAGER”: DALLA CONFERENZA STATO REGIONI ARRIVA IL RICONOSCIMENTO .

Anche in Italia opererà l’infermiere “case manager” in ambito delle malattie reumatiche. Lo prevede il testo della proposta approvato nella Conferenza delle Regioni del 30 luglio - pubblicato integralmente nella sezione “Conferenze” del sito www.regioni.it .

I suddetto accordo sarà perfezionato una volta ratificato in una delle prossime riunioni della Conferenza Stato-Regioni.

Un guizzo in avanti sotto il profilo regolamentare, perché sono state superate le consuete resistenze di certa parte del mondo medico e perché l’infermiere “case manager” viene correttamente identificato come il manager dell’assistenza.

Riportiamo a seguire , più esaustivo che mai, uno stralcio del documento approvato, che connota in maniera incontrovertibile il profilo dell’infermiere “case manager”.

Intanto la Regione Veneto ha deciso , pionieristicamente, di istituire un primo percorso formativo nel proprio territorio destinato ai Medici ed agli infermieri.

Ai colleghi candidati viene richiesto il possesso del diploma di laurea in infermieristica o titolo equipollente, almeno 5 anni di anzianità di servizio nella qualifica di infermiere, esperienza di assistenza domiciliare non inferiore a 2 anni, competenze informatiche relative ai principali programmi utilizzati a supporto dell’assistenza.

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME 15/084/CR7b/C7
PROPOSTA DI ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PER LA PROMOZIONE DI PERCORSI
DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) NELLE MALATTIE REUMATICHE
INFIAMMATORIE E AUTO-IMMUNI

3.5 L’assistenza infermieristica

“ La corretta organizzazione di percorsi adeguatamente personalizzati è indispensabile per raggiungere l’obiettivo di garantire al paziente il massimo standard di qualità dell’assistenza. L’infermiere “case manager” è la figura professionale capace di garantire l’organizzazione e la gestione di questi percorsi.

Omissis

Vi è ormai un’ampia letteratura che dimostra come un infermiere esperto, adeguatamente formato, possa svolgere in piena autonomia numerose attività, quali la valutazione clinimetrica, il counselling, la patient education.

Omissis

L’attribuzione all’infermiere di compiti sempre più orientati in direzione specialistica si traduce in un netto miglioramento della qualità e della efficienza dei percorsi assistenziali.

Omissis

L'infermiere gestisce l'organizzazione delle attività che si dovessero rendere necessarie in rapporto alla comparsa di eventi avversi o di situazioni di rischio durante il trattamento con farmaci biologici, collaborando con il reumatologo nella gestione di tali circostanze. Inoltre l'infermiere concorre all'applicazione delle procedure previste dalla normativa sulla farmacovigilanza. Un efficace programma di "patient education" andrebbe sistematicamente effettuato per tutti i pazienti candidati al trattamento con farmaci biologici. Questo aspetto è da considerarsi parte integrante di un percorso di nursing reumatologico da realizzare quanto prima nel nostro Paese, sulla base di esperienze ormai ampiamente consolidate in altre nazioni.

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli



NUOVE LINEE GUIDA ESC 2015 PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ARITMIE VENTRICOLARI (AV) E LA PREVENZIONE DELLA MORTE CARDIACA

IMPROVVISA Le nuove linee guida ESC 2015 per la gestione dei pazienti con aritmie ventricolari (AV) e la prevenzione della morte cardiaca improvvisa, rappresentano un aggiornamento delle precedenti linee guida ACC/AHA/ESC 2006. Il documento è diviso in sezioni e tratta argomenti specifici.

Dopo la prima parte in cui vengono precisate definizioni, illustrata l'epidemiologia e le prospettive future, si passa alla sezione successiva in cui vengono mostrati i diversi trattamenti seconda delle differenti situazioni cliniche. E' indicata la gestione e le terapie più appropriate per le AV e per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa in caso malattia coronarica con FE conservata o depressa, cardiomiopatie, aritmie trasmesse geneticamente, aritmie pediatriche, cardiopatie congenite, infiammatorie, reumatiche e valvolari, in assenza di patologie cardiache e in situazioni cliniche particolari (patologie psichiatriche, gravidanza ecc..). La scelta della terapia è secondaria al tipo di aritmia, alle eventuali comorbidità ed al rischio di induzione di aritmie, ed al rapporto rischi-benefici di un potenziale trattamento.

Silvia G. Priori et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal, published August 29, 2015

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/early/2015/08/28/eurheartj.ehv316.full.pdf>

L'ARTERIA RADIALE: UN CONDOTTO DIMENTICATO!

Introduzione. Nel 1972, è stata utilizzata per la prima volta l'arteria radiale (AR) come condotto negli interventi chirurgici di rivascolarizzazione miocardica (coronary artery

bypass grafting, CABG). I risultati non furono soddisfacenti ed il suo uso fu presto abbandonato. Dalla sua reintroduzione, nel 1990, abbiamo ottenuto molte informazioni sulla morfometria e vasoreattività della AR, inoltre disponiamo anche di molti studi clinici e dati angiografici che dimostrano il successo di questo condotto. Nonostante ciò, la AR è usata in meno del 6% di tutte le procedure di CABG.

Materiali. Questo articolo si basa su un'analisi dei dati della letteratura, e prende in considerazione più articoli con un ampio numero di pazienti.

Risultati. In tutti gli studi il maggior determinante la pervietà dell'AR è la gravità della stenosi del vaso target. La pervietà è significativamente migliore se la stenosi è $\geq 90\%$ ($P < 0.01$); in caso contrario vi è un alto rischio di competizione di flusso con successivo spasmo del condotto arterioso. Il sito dell'anastomosi prossimale (direttamente sull'aorta o il confezionamento di un Y-graft sull'arteria mammaria interna) non influisce sulla pervietà a distanza. Molti trial clinici confrontano la AR con altri condotti venosi o arteriosi e dalle conclusioni emerge che il bypass arteria mammaria interna sinistra-arteria coronaria discendente anteriore è la pietra miliare di tutti gli interventi di CABG; la AR confrontata con la vena grande safena (VGS) si associa a migliore pervietà e potenziali maggiori benefici a medio e lungo termine; la AR rispetto all'arteria mammaria interna destra ha un minor rischio di complicanze sternali o polmonari nei pazienti a rischio (obesi, diabetici o BPCO).

Conclusioni. Da tutto ciò emerge che l'arteria radiale deve essere sempre presa in considerazione come possibile graft arterioso. Ogni condotto, venoso e/o arterioso, ha le proprie indicazioni e controindicazioni, quindi è di fondamentale importanza un'attenta pianificazione preoperatoria.

Mario Gaudino et al. The Radial Artery: A Forgotten Conduit. Ann Thorac Surg 2015;99:1479–85 [http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(14\)02209-7/fulltext](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(14)02209-7/fulltext)

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

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



Studio PRECOMBAT: qual è la strategia migliore per combattere la stenosi del tronco comune non protetto? J Am Coll Cardiol 2015;65:2198-206

I risultati del follow-up a 5 anni di un trial randomizzato di confronto fra intervento di bypass aortocoronarico e rivascolarizzazione mediante PCI per una stenosi del tronco comune non protetto sono presentati in questo lavoro di JACC. In particolare, 600 pazienti con stenosi del tronco comune non protetto sono stati randomizzati a PCI con stent a rilascio di sirolimus ($n = 300$) oppure a BPAC ($n = 300$). L'endpoint primario era un endpoint composito costituito dagli eventi

avversi maggiori cardiaci e cerebrovascolari (morte per tutte le cause, infarto miocardico, ictus o rivascolarizzazione per ischemia del vaso trattato). A 5 anni, 52 pazienti del gruppo trattato con PCI e 42 pazienti del gruppo sottoposto a BPAC hanno presentato uno degli eventi considerati nell'endpoint primario (tasso cumulativo di eventi pari a 17,5 e 14,3%, rispettivamente; hazard ratio [HR]: 1,27). I due gruppi non differivano significativamente circa il rischio di morte per tutte le cause, di IMA, ictus (8,4% e 9,6%; HR, 0,89). La rivascolarizzazione per ischemia del vaso trattato si è verificata più spesso nel gruppo trattato con la PCI rispetto al gruppo sottoposto a BPAC (11,4 e 5,5%; HR: 2,11). Gli autori concludono che non si sono verificate differenze in termini di eventi maggiori fra PCI e BPAC per la rivascolarizzazione del tronco comune non protetto, ma sottolineano anche che il loro studio ha una potenza statistica limitata e questi risultati devono quindi essere interpretati con cautela.

Le differenze di genere relative al trattamento e agli outcome nei pazienti anziani con SCA senza elevazione del tratto ST (NSTEMI). Approfondimenti dall'Italian Elderly ACS Study JACC Cardiovasc Interv. 2015 May;8(6):791-6.

L'Italian Elderly ACS study era costituito da un RCT di confronto tra una strategia aggressiva e una inizialmente conservativa in pazienti di almeno 75 anni di età con NSTEMI-ACS e da un registro parallelo di pazienti che soddisfacevano i criteri di inclusione del trial ma che avevano almeno 1 criterio di esclusione. Sono stati arruolati 645 pazienti (313 dal trial e 332 dal registro), tra cui 301 donne (47%). Le donne erano leggermente più anziane rispetto agli uomini (82,1 +/- 5,0 anni vs 81,2 +/- 4,5 anni; $p = 0,02$), avevano livelli di emoglobina inferiori (12,5 +/- 1,6 g/dl vs 13,3 +/- 1,9 g/dl; $p < 0,001$) e sono state sottoposte a un minor numero di rivascolarizzazioni coronariche durante il ricovero (37,2% vs 45,0%; $p = 0,04$). I tassi di eventi avversi intraospedalieri sono risultati simili in entrambi i sessi, così come i sanguinamenti gravi sono stati rari (0,3% vs 0%). L'endpoint primario a 1 anno (morte, infarto miocardico non fatale, ictus invalidante, riospedalizzazione cardiaca e grave emorragia) si è verificato con minore frequenza nelle donne (27,6% vs 38,7%; $p < 0,01$). Le donne non sottoposte a rivascolarizzazione hanno evidenziato una mortalità 3 volte più elevata, sia intraospedaliera (8,5% vs 2,7%; $p = 0,05$) sia a 1 anno (21,6% vs 8,1%; $p = 0,002$). Pertanto, alle donne anziane con NSTEMI-ACS non si dovrebbe negare una diagnostica e un approccio terapeutico basati sull'evidenza a causa di un presunto eccesso di mortalità intraospedaliera e gravi emorragie.

Evidence that matters

Report from ESC Congress by Guido Francesco Guida

ESC Congress 2015 has included 28 clinical Hot Line presentations, 18 Clinical Trial Updates, 20 Registry studies, five new Guidelines and 4533 abstracts being presented.

- New ESC Guidelines on ventricular arrhythmias and sudden cardiac death, infective endocarditis, pericardial diseases, pulmonary hypertension, and acute coronary syndromes without persistent ST-segment elevation
- ESC Registries on atrial fibrillation, chronic ischaemic cardiovascular disease, and cardiovascular prevention.

Durante il congresso sono state organizzate undici conferenze su temi di interesse scientifico e divulgativo. Ricordiamo:

- Coronary artery disease: the outcomes of an FFRCT diagnostic strategy versus usual care in suspected coronary artery disease will be presented in the PLATFORM trial, while the ABSORB STEMI TROFI II trial will reveal outcomes with everolimus-eluting bioresorbable vascular scaffolds versus durable polymer everolimus-eluting metallic stents.
- Acute myocardial infarction: includes the CIRCUS trial on cyclosporine in STEMI patients and the ALBATROSS trial on early aldosterone blockade in acute myocardial infarction
- Atrial fibrillation/Pacing: the effect of left atrial appendage isolation in patients with long-standing persistent atrial fibrillation undergoing catheter ablation will be revealed in BELIEF, while the efficacy of short-term antiarrhythmic drugs after catheter ablation for atrial fibrillation will be presented in the EAST-AF trial
- Diabetes mellitus/Pharmacology: features the OPTIDUAL trial comparing 12 and 48 months of clopidogrel after drug-eluting stent placement, and the SCOT trial comparing the cardiovascular safety of celecoxib versus traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs
- Hypertension: results of the PATHWAY studies on prevention and treatment of hypertension with algorithm based therapy will be presented, along with the ATTEMPT-CVD trial on telmisartan prevention of cardiovascular diseases
- Heart failure: the CUPID 2 trial will reveal the efficacy and safety of intracoronary AAV1/SERCA2a in advanced heart failure, and the results of sleep-disordered breathing treatment with adaptive servo-ventilation in chronic heart failure will be presented in SERVE-H
- Lifestyle and Hypertension: features a study on the association between watching television and mortality from pulmonary embolism
- Environment and the Heart: includes research on the effect of seasonal temperature variation on risk of STEMI
- Cardiac Arrest: Improving Outcomes: studies will be presented on cardiopulmonary resuscitation and its influence on nursing home admission, brain damage and survival
- Life Threatening Scenarios: the association between size of thrombi retrieved and neurological recovery after stroke is one of a number of studies that journalists will hear presented for the first time.
- The heart of a woman

Gli altri principali trial e temi presentati sono stati:

- PATHWAY – 2: Confirmed benefit of spironolactone for resistant hypertension
- Pollution increases cardiovascular (CVD) risk
- Use of technology allows more interaction between participants and presenters

Il presidente dell'ESC Prof Fausto Pinto ha detto "By 2030, 40% of Europeans will suffer from some form of CVD," Inoltre: "Despite improvements in mortality and morbidity, CVD remains the main killer in Europe especially for women, costing the European economy 200 billion euros every year"

Other important studies presented at ESC Congress 2015 were:

- The Leadless II trial, showing that a leadless cardiac pacemaker demonstrated to be safe and reliable
 - The BACC trial showing that patients arriving at the emergency department with chest pain suggestive of acute myocardial infarction (AMI) can be triaged more quickly and more safely using a new rapid assay with refined cut-offs, German research suggests. This confirms the recent update of ESC NSTEMI guidelines.
 - PRESERVATION I trial: An investigational material known as Bioabsorbable Cardiac Matrix (BCM) that is injected through the coronary artery to prevent cardiac remodelling in heart attack patients had no significant effect compared to a saline placebo
 - CIRCUS trial showing that cyclosporine before PCI did not improve clinical outcomes in patients with anterior STEMI
- Slides -- Press release

Some of the most popular news stories coming out of ESC Congress this year were:

- The benefits of naps - Midday naps are associated with reduced blood pressure levels and prescription of fewer antihypertensive medications
- Prolonged television watchers have a higher risk of fatal pulmonary embolism, a condition associated with long haul flight
- Pollution and CVD - studies show that particulate matter and NO₂ air pollution are associated with increased risk of severe heart attacks despite being within European recommended levels

Inoltre si è focalizzata l'attenzione sui rapporti tra l'ambiente e le malattie cardiovascolari. Il danese Prof Steen Kristensen ESC Press Committee Chair ha detto: "Not many people know about the link between pollution and CVD. The environment is not something individuals control. It is an issue that needs to be addressed by politicians and companies. Members of the public can play a role though, in lobbying for change," "This is why the ESC has launched a call to action which anyone can join by signing the ESC petition".

È possibile firmare la petizione andando al seguente indirizzo Internet:

<https://www.change.org/p/environment-and-the-heart>

Quiz cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

Quiz n.1

Quale tra le seguenti evenienze è la più frequente e influente sul buon out-come di pazienti che hanno subito una TAVI?

- a) degenerazione della protesi
- b) insufficienza aortica paravalvolare
- c) embolia della protesi
- d) occlusione coronarica da parte della protesi

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

Quiz n.2

1) In quale dei seguenti casi è controindicato l'uso della flecainide?

- a) blocco atrio-ventricolare di 1° grado
- b) blocco bifascicolare (blocco di branca destro associato a emblocco sinistro anteriore)
- c) insufficienza renale cronica
- d) cardiomiopatia ipertrofica

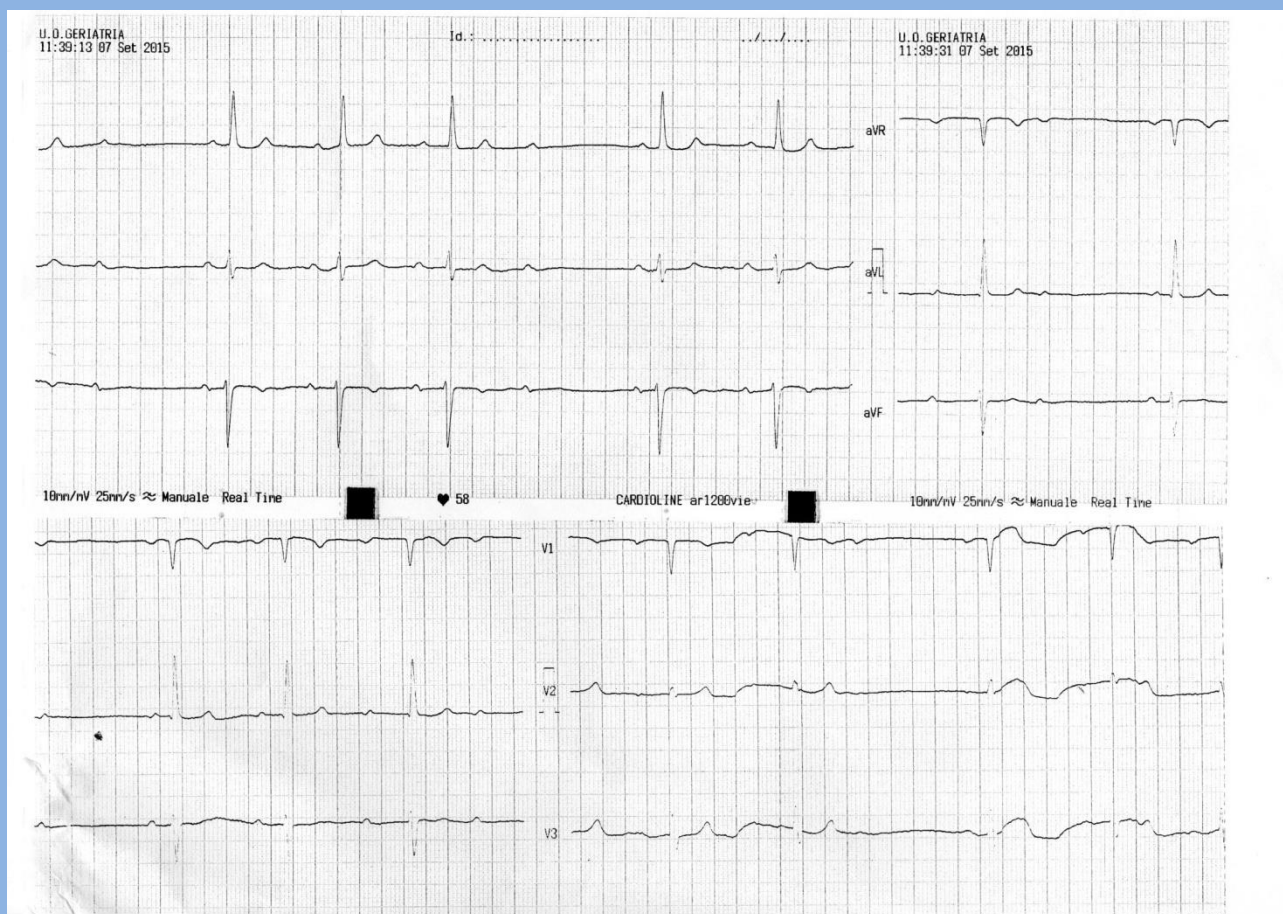
Quiz n.3

2) quale tra questi è l'effetto indesiderato più comune dopo assunzione di flecainide?

- a) leucopenia/trombocitopenia
- b) diplopia
- c) ipotensione
- d) senso di stordimento

L'elettrocardiogramma

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



ECG: Blocco atrio-ventricolare di 2° grado Mobitz I (4:3).

Trattasi di uomo di anni 71, che accede all'ambulatorio di cardiologia per "disequilibrio", vertigini persistenti ed episodio lipotimico; esibisce tracciati elettrocardiografici precedenti con evidenza soltanto di BAV di 1° grado, eseguiti durante un ricovero ospedaliero motivato dalla grave sintomatologia vertiginosa. Pur se si è in presenza di BAV di 2° grado Mobitz I, in considerazione della sintomatologia ingravescente, dopo esecuzione di ECG dinamico sec. Holter, si è deciso di avviare il soggetto ad impianto di pace-maker.

Risposte ai quiz: n.1 B, n.2 B, n.3 D

Regione Calabria, Roberto Fava

Nessuna comunicazione

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace

Nessun evento

Regione Lazio, Attilio Castellaneta

Convegno Interregionale Siculo Laziale primo semestre 2016

Regione Lombardia, Claudio Pini

Congresso Regionale CFC Lombardia" 23 ottobre 2015 –Sheraton Lake Hotel - Como

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

Ottobre-novembre 2015 Corso base di elettrocardiografia – Villa Magnisi Ordine dei medici PA

Trapani – 7 novembre Convegno provinciale organizzato CFC Trapani

Caltanissetta gennaio 2016 – Convegno provinciale organizzato CFC Caltanissetta

Convegno Interregionale Siculo Laziale primo semestre 2016

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

Regione Umbria, Isabella Tritto

Nessun evento segnalato

Comunicazione a tutti gli iscritti CFC

*dal Consiglio
Nazionale ...*

DAL 1 GENNAIO 2014 PER RISULTARE SOCI ATTIVI CFC E' NECESSARIO

1. LA COMPILAZIONE DEL MODULO PRESENTE SUL NS SITO

www.cfcardiologia.it

2. IL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa è biennale. Il suo importo viene deciso dal CD in base al numero di iscritti ed alle spese previste per la realizzazione delle iniziative che l'Assemblea dei Soci approverà per l'anno di attività. Attualmente la quota è stata fissata in € 30.00 ed è valida per due anni.

Coordinate Bancarie:

C/C N. 632110.32 INTESTATO A CFC IBAN: IT72L0103016301000063211032

Causale: quota associativa Collegio Federativo di Cardiologia

Comunicazione del Presidente Nazionale G.V. Gaudio

ASSEMBLEA DEI SOCI E CONSIGLIO DIRETTIVO CFC - GIORNO 12 DICEMBRE 2015 PRESSO HOTEL HILTON DI ROMA

Comunicazione del Coordinatore nazionale regioni Gabriella Vitrano

Cari Colleghi , come ogni anno dobbiamo organizzare una pianificazione degli eventi per l'anno successivo e ritengo sia necessario che tutti i Segretari regionali si adoperino al fine di programmare le future attività sia regionali che interregionali che possano essere una soluzione per rendere meno onerosi i nostri bilanci e più efficienti le nostre iniziative sia scientifiche che sociali

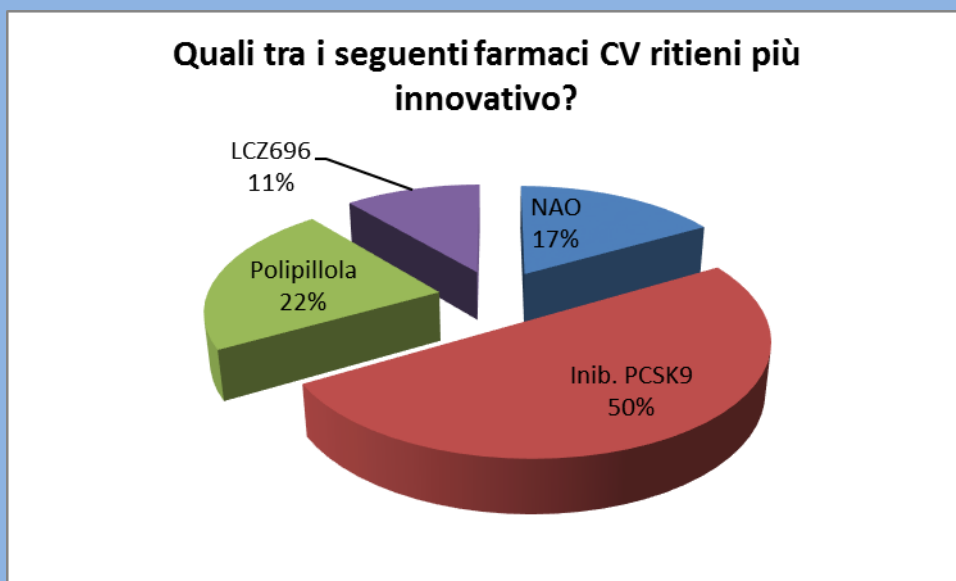
Inoltre ritengo utile proporre delle iniziative con le altre società scientifiche per potere iniziare uno scambio e una collaborazione con la possibilità di farci ulteriormente conoscere a livello scientifico ed inoltre partecipare come CFC alle iniziative sia degli Ordine dei Medici provinciali che degli Assessorati regionali

Resta prioritario comunque l'impegno di fare nuovi soci e di creare nuove sezioni regionali!

Attendo entro il 30 novembre un vostro riscontro programmatico completo di date e temi in modo da poterlo presentare alla riunione del Consiglio nazionale che si terrà a dicembre

Vi ringrazio della collaborazione

Risultato inchiesta condotta su www.cfcardiologia.it



Questo numero di Carionews è inviato a 750 lettori