



Italian Council
of
Cardiology
Practice

CARDIONEWS

In questo numero

- Lettera del Presidente
- 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
- Imaging Cardiovascolare
- Ipertensione Arteriosa
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- News dalle regioni
- Evidence that matters
- Risultati questionario sito

Direttore responsabile

Guido Francesco Guida

Editore

Collegio Federativo di Cardiologia

Board

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

Lettera del Presidente

Cari Amici e Colleghi,

vi ricordo che a Palermo si terra' dal 31 marzo al 2 aprile il Congresso Nazionale del CFC. Il programma del Congresso Nazionale sara' quest'anno ricco di novita' ed includera' numerosi importanti topics: dai nuovi progressi nella terapia dello scompenso cronico e dello scompenso end-stage alla gestione pratica dei NAO nelle procedure interventistiche ed all'impatto clinico dei loro antidoti, dalle controversie sulle nuove prospettive interventistiche e cardiocirurgiche per la valvola mitrale e quella aortica all'ottimizzazione della terapia nella cardiopatia ischemica acuta e cronica, dalle tecnologie emergenti in aritmologia interventistica al defibrillatore sottocutaneo ed alle novita' terapeutiche nella morte improvvisa aritmica e nella sindrome di Brugada. Il congresso CFC sara' caratterizzato da tanti eventi nell'evento dove uno spazio rilevante verra' riservato al simposio congiunto con ESC ; di rilievo sara' l'intervento di prestigiosi relatori di livello europeo, grazie alla presenza di membri della nostra Associazione nell'ambito del Council for Cardiology Practice della Societa' Europea di Cardiologia, che tratteranno delle nuove linee guida europee. Siete tutti invitati al Congresso CFC per proporre idee, progetti e contributi culturali per la cardiologia dei prossimi anni.



Arrivederci a Palermo.
Maria Gabriella Vitrano
Presidente CFC

Lettera del direttore

Cari Amici e Colleghi,

Si chiude con questo numero il 2016. Anno di consolidamento di tante nuove terapie e di transizione verso nuovi orizzonti farmacologici, didattici e gestionali.

Tra gli eventi scientifici di rilievo internazionali di quest'ultimo trimestre ricordiamo a novembre scorso le Scientific Sessions dell'AHA svoltesi a New Orleans (LO, USA). Nell'occasione sono state presentate le nuove linee guida sull'arteriopatia periferica e diversi trial su gli inibitori dei PCSK9 nell'ipercolesterolemia (GLAVOV trial), sulla doppia antiaggregazione con NAO nella FA dopo PCI (PIONEER AF-PCI trial), WOEST trial, ALAS ACS 2-TIMI 51 trial ed i risultati di efficacia dell'antidoto del dabigatran nel RE-VERSE AD trial. Presentato anche l'HOPE trial 3 ed il PRECISION trial, quest'ultimo uno studio prospettico multicentrico sul rischio cardiovascolare dei più comuni FANS.

Tornando al nostro Paese. Un anno italiano preso da eventi politico-istituzionali che ha messo in secondo piano i grandi problemi che riguardano sia la gestione attuale che la programmazione per un futuro non dico nel lungo, ma almeno nel breve termine. I LEA restano al palo da circa due anni, i contratti della sanità da tempo immemorabile, le opportunità di lavoro per i giovani medici sono molto risicate. Occorrerebbe prima di tutto razionalizzare secondo piani credibili ed efficienti. Garantire, in primis, i cittadini italiani, e poi scovare le ancora presenti sacche di clientela che hanno fatto disamorare i nostri pazienti che, sulla scia dell'emotività, spesso fanno di tutta l'erba un fascio. Tornare ad una visione della medicina più comunicata, partecipata ed empatica, senza troppe pastoie burocratiche. Salvaguardare gli operatori sanitari onesti e veramente efficienti, non valutare tutto secondo un metro quantitativo e definire obiettivi di salute premianti a tutti i livelli, dalla medicina di base a quella dell'alta specialità. Consentire alle società scientifiche di entrare veramente nei processi decisionali attraverso una governance di qualità. Adeguarsi, inoltre, a modelli che ci appartengono soltanto in parte ha creato, da una parte, scarsa implementazione delle famose linee guida e, dall'altra, fenomeni perversi come quello della medicina difensiva che, come anche dimostrano le survey lanciate sul nostro sito, incidono sui costi, lo spirito di iniziativa, di ricerca ed i principi di Ippocrate a cui un giorno molto lontano aderimmo. L'appropriatezza clinica, inoltre, va spesso a farsi benedire e, soprattutto noi cardiologi di prima linea, ci vediamo costretti a lavorare malavoglia consapevoli dell'inutilità del nostro operato. Ma, poiché sappiamo che il giorno della nostra laurea, sceglieremo una delle professioni più belle al mondo, anche se non lo diciamo a voce alta, continueremo imperterriti per la nostra strada fino alla fine della nostra missione. Ed in questo ci aiuteranno gli amici fidati, le nostre società scientifiche e soprattutto i nostri pazienti. Sia nella corsia della sala di emodinamica che nell'ambulatorio più sperduto dell'entroterra della nostra Italia. Poiché, anche se lo diciamo a bassa voce, la nostra voglia, benché fiaccata, non finirà mai. Dobbiamo soltanto trovare il modo di farci sentire, e lo faremo!

Vi ricordo il congresso nazionale del CFC a Palermo del 31 marzo-1 aprile 2017 e l'evento satellite del 2 aprile presso l'Orto Botanico di Palermo "Nutriti e corri per il tuo cuore" per promuovere l'attività fisica ed una corretta alimentazione: unanimemente riconosciuti capisaldi della prevenzione delle malattie cardiovascolari. Per quest'ultimo evento dall'1 gennaio 2017 sarà attivo il seguente numero telefonico **+39 3208884638**

Tutti gli operatori sanitari, pazienti e comuni cittadini potranno porre, tramite l'applicazione What'up, domande su dieta ed attività fisica.

Si prega di porre domande brevi indicando alla fine il proprio nome ed una delle seguenti fasce d'età di appartenenza: < 35 anni, 36-65 anni, > 66 anni. Una risposta verrà data, in occasione del



"Question time", a tutti coloro i quali invieranno i messaggi. Le domande contribuiranno, alla fine, a realizzare un articolo su salute, stili di vita e malattie cardiovascolari che verrà pubblicato dopo il convegno. Tutti i colleghi sono invitati a diffondere questo numero telefonico in tutta Italia ai loro pazienti in occasione della loro pratica clinica quotidiana.

Vi ricordo inoltre di visitare il nostro sito Internet: www.cfcardiologia.it e di lasciare eventuali messaggi/post su Facebook dove siamo da circa 4 anni presenti come gruppi sotto il seguente nome:

- **Collegio Federativo di Cardiologia – Regione Sicilia**
- **Collegio Federativo Cardiologia Nazionale**

Iscrivetevi e collaborate!

Nella sezione "Evidence that matters" è stato inserito il bando per partecipare alla borsa di studio "Congenital Heart Defect Research Awards" promossa dall'American Heart Association per i giovani colleghi interessati alle cardiopatie congenite. La comunicazione mi è stata inviata dall'AHA in quanto con loro accreditato.

Concludo augurando a tutti un sereno e produttivo anno 2017.

Guido Francesco Guida

Resp. nazionale comunicazione CFC

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Alfredo Monteverde*

Giuseppe Antista

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



Efficacia antianginosa dell'associazione ivabradina/metoprololo in pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica

E' noto come il trattamento farmacologico rappresenti la principale strategia clinica per il controllo dei pazienti con angina stabile cronica, e anche per il miglioramento della qualità di vita (QoL). Questo studio dimostra come la combinazione ivabradina e metoprololo riduca i sintomi di angina e migliori la qualità di vita nei pazienti con angina stabile e malattia coronarica (CAD). E' stata eseguita un'analisi post hoc su 636 soggetti trattati con l'associazione ivabradina e metoprololo, inclusi in uno studio prospettico, non interventistico, che ha osservato 2403 pazienti con coronaropatia e angina stabile. I dati sono stati registrati al basale e al follow up di 4 mesi. La qualità di vita è stata valutata utilizzando il questionario EQ-5D.

RISULTATI: la somministrazione di ivabradina associata alla migliore posologia di metoprololo ha determinato una riduzione della frequenza cardiaca da $80,8 \pm 9,6$ a $64,2 \pm 6,2$ bpm ($p < 0.001$); il numero medio di attacchi di angina è diminuito da $2,0 \pm 2,0$ / settimana a $0,2 \pm 0,6$ / sett ($p < 0.001$), mentre il consumo di nitroglicerina è diminuito da $1,4 \pm 1,9$ volte / sett a $0,1 \pm 0,4$ volte / settimana ($p < 0.001$).

La percentuale di pazienti che si trovavano in classe III-IV della classificazione "Canadian Cardiovascular Society" si è ridotta dal 15,4% all' 1,9% ($P < 0,001$). Il miglioramento dei sintomi e

della classe di angina ha portato ad un significativo incremento di ben 14,7 punti nel punteggio del questionario sulla qualità di vita EQ-5D ($P < 0.001$). I pazienti con più alta frequenza cardiaca hanno mostrato un miglioramento più marcato ($P < 0,001$). L'aderenza al trattamento durante l'intero studio è stata piuttosto alta (98%). I benefici osservati con il trattamento combinato spiegano l'alto tasso di aderenza (compliance).

Zarifis J. et al. Antianginal Efficacy of Ivabradine/Metoprolol Combination in Patients With Stable Angina. *Clin Cardiol.* 2016 Nov 23

Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27880009>

Effetti del trattamento con acidi grassi polinsaturi sugli outcome post-dimissione dopo infarto miocardico acuto

Non sempre gli studi clinici hanno mostrato risultati concordanti sull'efficacia degli acidi grassi polinsaturi n-3 in termini di riduzione di eventi avversi dopo IMA. Questo studio, retrospettivo, osservazionale, di coorte, è stato effettuato su pazienti afferenti a 5 ASL italiane, dimessi con diagnosi primaria di IMA nel biennio 2010-2011. I soggetti sono stati seguiti per un periodo di 12 mesi dopo la dimissione. Sono state confrontate caratteristiche dei pazienti ed esposizione al rischio di mortalità per tutte le cause e di IMA ricorrente in funzione della prescrizione con PUFA n-3 ad una dose di 1g/die. Sono state correlate le informazioni sui pazienti da banche dati, prescrizioni farmacologiche e anche decessi. 11269 soggetti hanno soddisfatto i criteri di inclusione e 2425 di questi (21,5 %) hanno avuto la prescrizione di PUFA n-3 durante il follow-up. I soggetti trattati con PUFA n-3 erano più giovani, di sesso maschile e con diagnosi di diabete; avevano maggiori probabilità di ricevere la terapia medica post-IMA raccomandata dalle linee guida, compresi beta-bloccanti, ace-inibitori, sartani, statine, antiaggreganti piastrinici ($p < 0,001$ per tutte le classi di farmaci). Dopo correzione per le caratteristiche dei pazienti e per le terapie concomitanti, il trattamento con PUFA n-3 è risultato associato a riduzione di mortalità per tutte le cause (HR 0,76, IC al 95% 0,59-0,97) e di IMA ricorrente (HR 0,65, IC al 95% 0,49-0,97) per l'intero periodo del follow-up.

Conclusioni: l'uso dei PUFA N-3 è risultato indipendentemente associato ad una consistente riduzione di mortalità per tutte le cause e di IMA ricorrente; questi dati confermano la necessità di ulteriori studi clinici randomizzati controllati per valutare tale terapia nel setting post-IMA.

Greene et al; Effects of Polyunsaturated Fatty Acid Treatment on Postdischarge Outcomes After Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol.* 2016 Feb 1;117(3):340-6. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26708689>

ARITMIE CARDIACHE, MORTE
IMPROVVISA, VALVULOPATIE



Asteggiano Riccardo

Chairman Council for Cardiology Practice –ESC

MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE

Nella valutazione di pazienti con stenosi aortica talora si osservano soggetti con basso gradiente. L'articolo "stenosi aortica a basso gradiente", analizza sistematicamente i vari aspetti di questa condizione cercando di guidare il cardiologo clinico verso una corretta valutazione del paziente e di conseguenza verso una corretta scelta terapeutica, soprattutto in era TAVI.

Low-gradient aortic stenosis - Marie-Annick Clavel et Al.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/34/2645.abstract?etoc>

L'articolo "sostituzione aortica con protesi meccanica o biologica in pazienti con età inferiore a 69 anni" analizza i dati relativi a tutti i 4545 soggetti di 50-69 anni che in Svezia dal 1997 al 2013 sono stati sottoposti a sostituzione valvolare aortica (60% con protesi meccanica e 40% con protesi biologica. La mortalità è stata del 16% nel primo vs. 20% nel secondo gruppo. La sopravvivenza è stata nel gruppo protesi meccanica del 92, 79, e 59% a 5, 10, e 15 anni vs 89, 75, e 50% nel gruppo protesi biologica. Non si sono verificate differenze nell'incidenza di stroke, mentre il re-intervento è stato più alto per le protesi biologiche (sHR 2.36; 95% CI 1.42–3.94, P = 0.001)

Aortic valve replacement with mechanical vs. biological prostheses in patients aged 50-69 years - Natalie Glaser and Coll.<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/34/2658.abstract?etoc>

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Il registro svedese "Ablazione della fibrillazione atriale: minore incidenza di stroke e morte" descrive i dati di 361913 soggetti cui è stata diagnosticata una FA in un periodo di 7 anni. 4278 sono stati sottoposti ad una o più ablazioni; questo gruppo era composto di soggetti più giovani e "sani". Sono state identificate e quindi paragonate due coorti di caratteristiche cliniche simili di 2836 soggetti: la frequenza annuale di stroke è risultata minore nei soggetti sottoposti ad ablazione (0.70 vs. 1.0%, P = 0.013), analogamente la mortalità annuale (0.77 vs. 1.62%, P < 0.001).

Catheter ablation for atrial fibrillation is associated with lower incidence of stroke and death: data from Swedish health registries - Leif Friberg and Coll.
<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/31/2478.abstract?etoc>

Accompagna l'articolo un editoriale di approfondimento dal titolo Does catheter ablation reduce mortality and stroke in patients with atrial fibrillation? Patient selection or causality? - Jens Cosedis Nielsen e Coll.<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/31/2488.extract?etoc>

IMAGING CARDIOVASCOLARE

Antonella Cecchetto

Dirigente Medico

Ospedale Classificato Equiparato Sacro Cuore – Don Calabria – Presidio
Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto



1. Position Paper dell'ESC 2016 sui trattamenti oncologici e sulla tossicità cardiovascolare. Grazie ai miglioramenti nell'ambito della terapia oncologica, la sopravvivenza dei pazienti è migliorata, con tuttavia un aumento della morbilità e mortalità dovute agli effetti collaterali del trattamento stesso. Uno dei più frequenti di questi effetti collaterali è la malattia cardiovascolare, come risultato della cardiotossicità. Quest'ultima produce effetti sulla funzione e struttura cardiaca o potrebbe accelerare lo sviluppo di una malattia cardiovascolare, specialmente in pazienti che già presentano tradizionali fattori di rischio cardiovascolare. In questo Position Paper vengono elencati i principali chemioterapici e il tipo di danno che possono provocare. Particolare attenzione viene prestata alla prevenzione, allo screening, al trattamento delle complicanze cardiovascolari ed al follow-up dei pazienti oncologici. COMMENTO: nell'ambito della gestione della cardiotossicità, viene svolto un ruolo fondamentale dalle metodiche di imaging cardiovascolare. Le strategie di prevenzione e screening della cardiotossicità sfruttano l'ecocardiografia, la risonanza magnetica cardiaca e la medicina nucleare. Per esempio, per i pazienti trattati con antracicline, utile è una valutazione della funzione di pompa ventricolare sinistra e della deformazione miocardica (strain longitudinale globale) in condizione di base, durante ed al termine del trattamento, per riconoscere i pazienti a rischio, modulare la terapia oncologica ed instaurare una terapia dello scompenso cardiaco. Jose Louis Zamorano et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatment and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC)European. Heart Journal (2016) 37, 2768–2801
2. La severa disfunzione miocardica all'ecocardiografia da stress non predice la presenza di cicatrice transmurale nella malattia coronarica cronica.

Nell'ambito della gestione di pazienti affetti da coronaropatia cronica, in particolare se è documentata una occlusione coronarica cronica, fondamentale è la valutazione della vitalità miocardica. E' stato condotto uno studio il cui scopo era investigare l'abilità dello strain longitudinale di picco e delle variazioni della cinetica in corso di ecostress dobutamina per individuare la presenza e l'estensione di una cicatrice in pazienti coronaropatici con normale frazione di eiezione, utilizzando come parametro di confronto la risonanza magnetica cardiaca. Prima di un intervento di by pass aorto-coronarico, 57 pazienti furono sottoposti a risonanza magnetica cardiaca ed ecocardiografia a riposo e dopo stress farmacologico con dobutamina. Il riscontro di normali "wall motion score" e strain longitudinale di picco, identificava segmenti privi di LGE transmurale nelle sequenze post contrastografiche tardive alla risonanza; invece, il riscontro di acinesia durante ecostress non necessariamente correlava con la presenza di una cicatrice transmurale. COMMENTO: da questo studio emergerebbe che, se l'acinesia in corso di

ecostress dobutamina condotto secondo protocollo per vitalità non è in grado di predire la presenza di una cicatrice transmurale nel territorio di una stenosi coronarica critica o di una occlusione coronarica, ulteriori valutazioni con RM cardiaca con gadolinio per LGE risultano essere necessarie. Utile potrebbe essere l'abbinamento, in corso di RM cardiaca, dello studio di vitalità con infusione di dobutamina con l'acquisizione delle sequenze post contrastografiche tardive per la valutazione dell'estensione delle cicatrici. Assami Rosner et al. Severe regional myocardial dysfunction by stress echocardiography does not predict the presence of transmural scarring in chronic coronary artery disease. *European Heart Journal – Cardiovascular Imaging* (2015) 16, 1074–1081.

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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



Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (pdta) del paziente con scompenso cardiaco

Lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) rappresenta l'esito ultimo di ogni cardiopatia primitiva o secondaria; nei paesi industrializzati si caratterizza per una prevalenza del 2-3% che aumenta esponenzialmente con l'età (età media dei ricoverati in Italia: 77 anni). Lo SCC ha un'elevata mortalità a 5 anni (>50% dei casi) e determina importanti ricadute in termini di qualità di vita dei pazienti affetti, frequenza di ospedalizzazione, costi economici (circa il 2% della spesa sanitaria europea).

Secondo le Linee Guida sullo SCC della Società Europea di Cardiologia un sistema organizzato di cura dei pazienti con SCC migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni e la mortalità; il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sottogruppi di pazienti (ad esempio gravità dello scompenso, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da SCC.

Obiettivi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) del paziente con SCC sono ritardare la progressione della cardiopatia, prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri, migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e l'accessibilità ai servizi, garantire assistenza specifica al paziente con cardiopatia complessa, con polipatologie ed all'anziano fragile e di tipo palliativo nelle fasi avanzate e/o terminali della malattia. Il servizio infermieristico ambulatoriale e domiciliare, si propone di migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali o a domicilio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente, accertati tramite una valutazione tecnica multidimensionale.

(per approfondimenti: www.escardio.org/)

Nuovo Codice deontologico: prima stesura all'esame dei Collegi

Il denominatore e l'obiettivo comune dei 40 articoli che compongono il nuovo testo sono il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti, privacy compresa e della sua famiglia. Come specificato fin dai primi articoli infatti: "L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività". Non solo: "L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere".

Tra le maggiori novità del codice, quelle che riflettono il nuovo ruolo professionale sia a livello di management che clinico, assunto dagli infermieri all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte".

Il nuovo Codice già inquadra la crescita professionale in vista con il nuovo contratto e prevede che l'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere inoltre ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

(per approfondimenti www.ipasvi.it)

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Emilio Nardi

Professore associato di Medicina Interna – Università di Palermo



Iperensione arteriosa e diabete mellito: quando trattare e quali farmaci usare?

Argomento abbastanza controverso; le linee guida europee sull'ipertensione del 2012, hanno ridimensionato il concetto secondo cui il paziente iperteso diabetico avrebbe tratto benefici in termini prognostici dal raggiungimento di valori pressori al di sotto di 130/80 mmHg.

In questa review vengono riesaminati i dati dei più importanti trial che si sono occupati dell'argomento.

L'analisi dei dati evidenzia che se la pressione arteriosa sistolica iniziale era maggiore di 140 mmHg, il trattamento riduceva la mortalità per tutte le cause e cardiovascolare, l'incidenza di eventi cardiovascolari, stroke, infarto miocardico e scompenso cardiaco.

Se invece venivano trattati pazienti con una pressione sistolica iniziale al di sotto di 140 mmHg, il trattamento produceva un incremento del rischio di mortalità cardiovascolare.

Per quanto riguarda la scelta della classe farmacologica più efficace, non furono evidenziate sostanziali differenze tra ACE-inibitori, ARBs, beta-bloccanti, calcio-antagonisti e diuretici nella prevenzione della mortalità (cardiovascolare e per tutte le cause), Malattie cardiovascolari, cardiopatia ischemica e insufficienza renale terminale; piccole differenze furono trovate per stroke ed insufficienza cardiaca.

Le conclusioni di questa review sono di trattare i pazienti ipertesi diabetici quando i valori di pressione sistolica sono maggiori di 140 mmHg e, a tal fine, è possibile utilizzare qualsiasi classe farmacologica tra quelle consigliate nelle linee-guida europee.

Commento: ultimo capitolo di un problema controverso, peraltro riguardante una enorme quota della popolazione diabetica? Ho qualche dubbio.

Articolo recensito:

Brunstrom M. et al.

Blood pressure treatment levels and choice of antihypertensive agent in people with diabetes mellitus: an overview of systematic reviews.

J Hypertens (2016); 34

DOI:10.1097/HJH.0000000000001183

Ipertensione arteriosa nei neri.

Il problema dell'ipertensione arteriosa nei neri d'africa è epidemiologicamente rilevante, in relazione all'incremento del flusso migratorio registratosi negli ultimi anni. Nell'ambulatorio di ipertensione dove svolgo la mia attività abbiamo registrato, negli anni 2015-2016 in confronto agli anni 2009-2010, un incremento degli accessi di pazienti neri africani di circa il 40%. Il problema non è di scarsa rilevanza, soprattutto perché tali pazienti necessitano di un approccio diverso in relazione alle cause ed alle complicanze. Le caratteristiche più frequenti sono la soppressione della renina plasmatica, una spiccata sodio-sensibilità, valori pressori più elevati rispetto ai bianchi, e una tendenza a sviluppare severo danno d'organo più frequentemente. In questa review gli autori mettono a fuoco l'argomento evidenziando i possibili meccanismi patogenetici alla base di queste differenze che ovviamente hanno importanti ripercussioni sul trattamento e sulla prognosi. La scelta da me operata nel selezionare questo articolo, è dettata anche dall'osservazione diretta nei nostri ambulatori, di pazienti neri trattati frequentemente con ACE-inibitori o bloccanti dei recettori per l'angiotensina II con deludenti risultati.

Da non trascurare anche il fatto che questi pazienti arrivano frequentemente alla nostra osservazione con ipertensione misconosciuta e importante danno d'organo.

Nello schema sotto riportato, probabile ipotesi che spiegherebbe l'elevata sodio-sensibilità di tali pazienti.

Articolo recensito:

Brian L. Rayner and J. David Spence

Hypertension in blacks: insights from Africa

J Hypertens 2016; 34

DOI:10.1097/HJH.0000000000001171

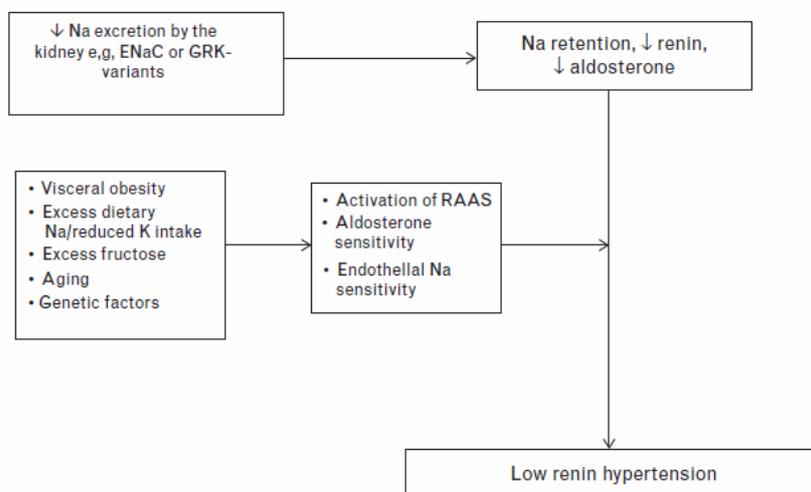


FIGURE 1 Putative pathogenesis of salt-sensitive hypertension in blacks. ENaC, epithelial sodium channel; GRK, G protein-coupled receptor kinase; Na, sodium; RAAS, renin-angiotensin-aldosterone system.

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE



Giuseppina Gabriella Surace

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

La chirurgia robotica per la rivascularizzazione miocardica: outcome a lungo termine

Introduzione. I vantaggi della tecnologia robotica durante interventi di rivascularizzazione miocardica rispetto alla chirurgia convenzionale in sternotomia consistono soprattutto in un minore trauma chirurgico e in una riduzione della degenza. Lo scopo di questo articolo è di valutare se gli outcome delle procedure robotico-assistite sono paragonabili a quelli raggiunti dalla chirurgia convenzionale.

Materiali e Metodi. E' stata eseguita una revisione della letteratura. Gli studi presi in considerazione riguardano procedure totalmente endoscopiche (TECAB, totally endoscopic coronary artery bypass) e procedure robotico-assistite eseguite in minitoracotomia (MIDCAB, minimally invasive direct coronary artery bypass). Gli outcome valutati sono la sopravvivenza a lungo termine, la pervietà dei graft, la libertà da angina, da reintervento e da eventi maggiori cardiaci e cerebrovascolari.

Risultati. Negli studi valutati, la sopravvivenza a 5 anni, la pervietà dell'IMA (arteria mammaria interna), la libertà da angina e da reintervento e da eventi maggiori da sono stati rispettivamente maggiori del 90%, 88-97%, 85-100% e maggiori del 75%.

Conclusioni. Dai dati presenti in letteratura si può affermare che gli outcome a lungo termine delle procedure TECAB e MIDCAD sono comparabili a quelli ottenuti dalla chirurgia convenzionale in sternotomia.

Johannes Bonatti et al. Ann Cardiothoracic Surg. 2016 Nov; 5 (6): 556-562.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135552/pdf/acs-05-06-556.pdf>

Sostituzione valvolare aortica: Convenzionale o mininvasiva?

Introduzione. La chirurgia rappresenta il trattamento gold standard in caso di stenosi aortica significativa sintomatica. Negli ultimi decenni, nel tentativo di ridurre il trauma chirurgico, si sono sviluppati e sono sempre più utilizzati, diversi approcci mininvasivi per la sostituzione della valvola aortica (MI-AVS). In assenza di controindicazioni, le tecniche di MI-AVS maggiormente utilizzate sono la minitoracotomia anteriore destra e la ministernotomia superiore.

Materiali. Recenti studi hanno dimostrato che la MI-AVS è una tecnica sicura come la sternotomia convenzionale, inoltre è associata ad un miglioramento di alcuni outcome post-operatori come la riduzione della durata del ricovero, sanguinamento post-operatorio, il tempo intubazione, deiscenze sternali e un aumento della sopravvivenza. Nonostante questo, la MI-AVS si associa a tempi di clampaggio aortico e bypass cardiopolmonare più lunghi. Ma questo limite può essere superato con l'uso delle valvole suturless a rapido rilascio, come mostrato dalla letteratura.

Conclusioni. L'evidenza suggerisce che la MI-AVS è associata a ottimi risultati, sia a breve che a lungo termine, paragonabili alla chirurgia convenzionale e rappresenta una valida alternativa anche per i pazienti ad alto rischio chirurgico.

Sebastiano Castrovinci et al. Minimally invasive aortic valve surgery. J Geriatr Cardiol. 2016 Sep; 13(6): 499-503.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987418/pdf/jgc-13-06-499.pdf>

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

Effetti dell’allenamento intervallato ad alta intensità (HIT) sull’emodinamica centrale e sull’ossigenazione dei muscoli scheletrici nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica.

Materiale - metodi: sono stati arruolati 26 pazienti consecutivi con insufficienza cardiaca cronica (CHF) stabile (≥ 3 mesi) secondaria a cardiomiopatia ischemica o dilatativa in classe funzionale NYHA II-III, frazione di eiezione ventricolare sinistra $\leq 40\%$ e trattamento medico ottimizzato. I criteri di esclusione erano: infarto miocardico recente; angina instabile (≤ 3 mesi); malattia valvolare significativa; partecipazione ad un programma di allenamento (di durata ≥ 2 settimane) nell’ultimo anno; malattia polmonare cronica ostruttiva ($FEV1/FVC < 60\%$); condizioni ortopediche o neuromuscolari che limitano l’abilità ad eseguire l’esercizio fisico. I pazienti sono stati randomizzati, con un criterio 1:1, al gruppo di allenamento HIT o al gruppo controllo. Il programma di allenamento HIT al cicloergometro, eseguito in ospedale sotto il controllo di fisioterapisti, di 12 settimane prevedeva 3 sedute settimanali. La seduta iniziava con una fase di riscaldamento di 5 minuti. Successivamente il paziente eseguiva 4 periodi di esercizio di 4 minuti ad un’intensità corrispondente all’85–95% del VO_2 di picco ottenuto al test da sforzo massimale. I periodi di esercizio erano seguiti da 3 minuti di recupero attivo. Alla fine della sessione intervallata veniva eseguita un defaticamento di 5 minuti. Il gruppo controllo veniva invitato a rimanere fisicamente attivo secondo le raccomandazioni delle linee guida sull’attività fisica della WHO. I pazienti hanno eseguito test da sforzo massimale e sottomassimale con misurazione contemporanea dei determinanti centrali e periferici del VO_2 . I contributi cardiaco e periferico sono stati misurati indirettamente mediante, rispettivamente, l’analisi dell’onda di pressione dell’arteria radiale (sistema LiDCO) e la spettroscopia funzionale nel vicino all’infrarosso utilizzando l’indice di saturazione tissutale (TSI).

Risultati: l’allenamento HIT induce un miglioramento nella capacità massima di esercizio senza un significativo aumento del picco di VO_2 . Il miglioramento della della fase di recupero dopo esercizio sottomassimale dipende dalla riduzione della deossigenazione del muscolo scheletrico e non da variazioni della cinetica della gittata cardiaca. Questo dato indica che l’effetto dell’allenamento HIT nei pazienti con CHF dipende dal miglioramento della relazione tra liberazione e utilizzazione dell’ossigeno microvascolare.

Commento personale: è stato dimostrato che l’allenamento di intensità moderata e continuo (MCT) determina effetti favorevoli nei pazienti con CFC. Questo studio indica che l’allenamento HIT può offrire dei vantaggi rispetto all’allenamento tradizionale MCT migliorando l’ossigenazione muscolare senza necessità di significativi miglioramenti della funzione cardiaca.

Articolo recensito: Effects of high-intensity interval training on central haemodynamics and skeletal muscle oxygenation during exercise in patients with chronic heart failure. Spee R. F. e coll. European Journal of Preventive Cardiology 2016, Vol. 23(18) 1943–1952. doi: 10.1177/2047487316661615.

<http://cpr.sagepub.com/content/23/18/1943.full.pdf+html>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

Dirigente medico, responsabile reparto degenza donne, UOC Cardiologia Ospedale
Ingrassia, ASP Palermo**Prevenzione dei sanguinamenti in pazienti con fibrillazione atriale sottoposti a PCI**

November 14, 2016 DOI: /NEJM C. Michael Gibson.

Nei pazienti con fibrillazione atriale sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI) con posizionamento di stent, l' anticoagulazione con un antagonista della vitamina K più la duplice terapia antiplastrinica (DAPT) con un inibitore P2Y12 e aspirina riduce il rischio di trombosi e ictus, ma aumenta il rischio di sanguinamento. L'efficacia e la sicurezza della terapia anticoagulante con rivaroxaban più uno o due antiaggreganti piastrinici sono incerte. Sono stati randomizzati 2124 partecipanti con fibrillazione atriale non valvolare che sono stati sottoposti a PCI con impianto di stent a ricevere, in un rapporto 1: 1: 1, rivaroxaban a basso dosaggio (15 mg una volta al giorno) più un inibitore P2Y12 per 12 mesi (gruppo 1), un dosaggio molto-basso di rivaroxaban (2,5 mg due volte al giorno) più DAPT per 1, 6 o 12 mesi (gruppo 2), o la terapia standard con un antagonista della vitamina K a dose aggiustata (una volta al giorno) più DAPT per 1, 6, o 12 mesi (gruppo 3). L'outcome primario di sicurezza era il sanguinamento clinicamente significativo. I tassi di sanguinamento clinicamente significativo sono stati inferiori nei due gruppi che hanno ricevuto rivaroxaban rispetto al gruppo trattato con terapia standard (16,8% nel gruppo 1, 18,0% nel gruppo 2, e del 26,7% nel gruppo 3; hazard ratio per il gruppo 1 vs gruppo 3, 0,59; 95% intervallo di confidenza [IC], 0,47-0,76; $P < 0.001$; hazard ratio per il gruppo il gruppo 2 vs. 3, 0,63; 95% CI, 0,50-0,80; $P < 0.001$). I tassi di morte per causa cardiovascolare, infarto miocardico, o ictus sono risultati simili nei tre gruppi (la stima di Kaplan Meier, 6,5% nel gruppo 1, del 5,6% nel gruppo 2, e il 6,0% nel gruppo 3; valori di P per tutti i confronti erano non significativi). In conclusione, in partecipanti con fibrillazione atriale sottoposti a PCI con posizionamento di stent, la somministrazione di rivaroxaban sia a basso dosaggio associato ad un inibitore P2Y12 per 12 mesi sia a dosaggio molto-basso in aggiunta a DAPT per 1, 6 o 12 mesi, è stata associata ad un tasso più basso di sanguinamento clinicamente significativo di quanto non fosse la terapia standard con antagonista della vitamina K più DAPT per 1, 6 o 12 mesi. I tre gruppi avevano simili tassi di efficacia, anche se gli intervalli di confidenza ampi osservati diminuiscono la certezza di conclusioni per quanto riguarda l'efficacia.

Mortalità a lungo termine dopo rivascolarizzazione coronarica nei pazienti non diabetici con malattia multivasale

Mineok Chang, MD - J Am Coll Cardiol. 2016;68(1):29-36.

Il presente studio è una metanalisi di dati per singolo paziente degli studi SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) e BEST (Randomized Comparison of Coronary Artery Bypass Surgery and Everolimus-Eluting Stent Implantation in the Treatment of Patients with Multivessel Coronary Artery Disease), che ha come endpoint primario la mortalità per tutte le cause: in pratica, gli autori hanno effettuato un confronto in termini di prognosi fra interventi di bypass aortocoronarico (BPAC) e procedure coronariche interventistiche (PCI) in 1275 pazienti non diabetici con malattia coronarica (MC) multivasale, posto che nei pazienti diabetici multivasali è già ben noto che il BPAC presenta un beneficio di sopravvivenza rispetto alle PCI. A una mediana di follow-up di 61 mesi è emerso che il rischio di morte per tutte le cause era significativamente

inferiore nel gruppo dei pazienti trattati con il BPAC rispetto al gruppo dei pazienti trattati con la PCI (hazard ratio [HR]: 0,65). Risultati sovrapponibili sono stati documentati per il rischio di morte da cause cardiache. La superiorità del BPAC rispetto alle PCI era riproducibile nei sottogruppi clinici principali. Il tasso di infarto miocardico era notevolmente inferiore dopo il BPAC piuttosto che dopo la PCI (HR: 0,40) ed il tasso di ictus non differiva fra i due gruppi. Infine, la necessità di una ripetizione della procedura di rivascolarizzazione era significativamente inferiore nel gruppo trattato con il BPAC rispetto al gruppo trattato con la PCI (HR: 0,55). In sintesi, tali dati documentano che il BPAC, rispetto alla PCI con stent medicato, ha ridotto in maniera significativa il rischio di mortalità a lungo termine in pazienti non diabetici con MC multivasale.

PIONEER AF-PCI trial: più opzioni per la terapia anticoagulante e antiplastrinica nei pazienti con fibrillazione atriale sottoposti a PCI con impianto di stent

Congresso AHA 2016 - American Heart Association - New Orleans US.

Lo studio open-label ha valutato un anticoagulante antagonista della vitamina K più la duplice terapia antiaggregante (DAPT) con un inibitore della P2Y12 più aspirina per 1, 6 o 12 mesi rispetto a rivaroxaban a basso dosaggio con un inibitore P2Y12 per 12 mesi o rispetto a un molto-basso dosaggio di rivaroxaban più DAPT per 1, 6 o 12 mesi. Entrambi gli approcci sono stati associati con un tasso più basso di sanguinamento vs terapia standard, ed i tre gruppi avevano tassi di efficacia simili, anche se i ricercatori sottolineano che "gli intervalli di confidenza ampi osservati diminuiscono la garanzia di eventuali conclusioni per quanto riguarda l'efficacia". C. Michael Gibson principal investigator dello studio ha affermato che questo risultato è positivo per i pazienti, in particolare sul versante della sicurezza. Da un punto di vista sanitario-economica, il rischio di riospedalizzazione è stato ridotto in modo marcato. Si stima che circa un quarto dei pazienti con fibrillazione atriale ad un certo punto debbano sottoporsi a PCI e la FA richiede l'anticoagulazione e lo stenting richiede la DAPT, e fino ad oggi la strategia è stata quella di sommare le terapie con il risultato che la triplice terapia è associata con sanguinamento eccessivo. Nello studio sono state confrontate due strategie basate sul rivaroxaban con la terapia standard nei pazienti con FA non valvolare parossistica, persistente o permanente sottoposti a PCI con impianto di stent. Lo studio ha incluso 2124 pazienti. Prima della randomizzazione, è stata selezionato la durata del trattamento a 1, 6 o 12 mesi e quale inibitore del P2Y12 si intendeva usare. La prima strategia, fondata sul Woest trial, era rivaroxaban a basso dosaggio (15 mg una volta al giorno) più un inibitore P2Y12, scelto tra clopidogrel 75 mg una volta al giorno, ticagrelor 90 mg due volte al giorno, o prasugrel 10 mg una volta al giorno per 12 mesi (gruppo 1). La seconda strategia, basata sull'ATLAS ACS 2-TIMI 51 trial, era una dose molto bassa di rivaroxaban (2,5 mg due volte al giorno) più DAPT tra cui aspirina a basso dosaggio e la scelta del medico delle stesse dosi di clopidogrel, ticagrelor o prasugrel, per 1, 6, o 12 mesi (gruppo 2). Questi regimi sono stati confrontati con la terapia con warfarin somministrato ad un INR di 2,0-3,0, più DAPT con aspirina a basso dosaggio e un inibitore P2Y12, per 1, 6, o 12 mesi (gruppo 3). L'outcome primario di sicurezza era il sanguinamento clinicamente significativo. L'end point secondario era la morte cardiovascolare, infarto miocardico e ictus, sia ischemico, emorragico o di origine incerta. Al termine dello studio è risultato che il sanguinamento è stato significativamente ridotto con entrambi i regimi di rivaroxaban rispetto al warfarin. Gli end point clinici erano simili tra i due gruppi, ma c'erano così pochi eventi di efficacia che questo è un dato molto poco potente. Il tasso di morte per cause cardiovascolari, infarto miocardico o ictus è stato del 6,5% nel gruppo 1, del 5,6% nel gruppo 2, e il 6,0% nel gruppo 3 (p = non significativo per tutti). Entrambi i gruppi di rivaroxaban avevano tassi più bassi di re-ricovero in ospedale. Il "PIONEER AF-PCI è uno dei pochissimi studi prospettici, randomizzati per affrontare la questione ed è l'unico ad affrontare la questione con i nuovi anticoagulanti.

I due regimi di rivaroxaban in combinazione doppia terapia antiaggregante hanno ridotto i sanguinamenti confrontati con una combinazione di antagonisti della vitamina K e doppia terapia antiaggregante, e questo è un risultato rilevante. Tuttavia, tre punti devono essere tenuti in considerazione quando si interpretano i risultati: uno, le dosi di rivaroxaban sono state ridotte, dosi che non sono state formalmente indagate o approvate. Due, la dose di rivaroxaban è stata ridotta, ma non l'obiettivo dell'INR con la terapia con warfarin. Infine, il sanguinamento più basso con dosi inferiori di anticoagulante in realtà non è una sorpresa ma solleva la questione se la sicurezza della terapia anticoagulante con dosi inferiori di rivaroxaban è stato chiaramente stabilito in termini di prevenzione ictus, che è l'altra grande sfida della terapia di combinazione in questo trial.

Quiz Cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

QUIZ n. 1 (soluzioni a pag. 20)

In quale di questi gruppi di pazienti NON è indicata la profilassi dell'endocardite batterica secondo le L.G. ESC del 2015?

- 1) Prolasso mitralico con insufficienza mitralica
- 2) Protesi valvolare sia meccanica che biologica che TAVI
- 3) Pregressa endocardite infettiva
- 4) Cardiopatia congenita cianogena o riparata con protesi

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

QUIZ n. 1 (soluzioni a pag. 20)

Quando va effettuata la rivascolarizzazione percutanea delle arterie renali?

- a) funzione renale stabile
- b) regime terapeutico soddisfacente
- c) malattia parenchimale bilaterale (alto IR nel rene controlaterale)

in caso di stenosi significativa associata a ipertensione severa resistente alla terapia

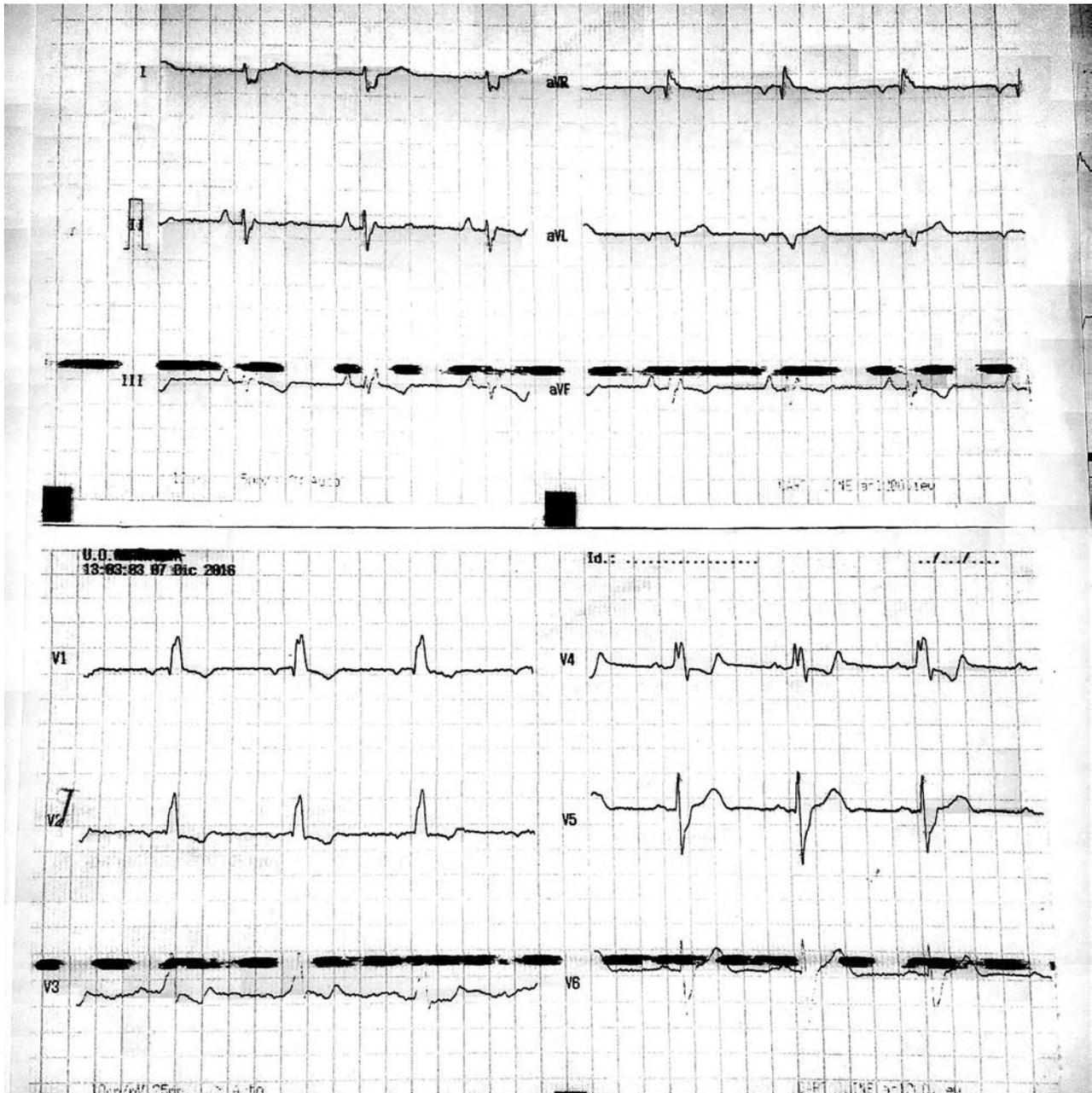
QUIZ n. 2 (soluzioni a pag. 20)

In quale caso bisogna considerare l'esecuzione del monitoraggio pressorio delle 24 ore secondo le linee guida ESH/ESC 2007?

- a) variabilità pressoria dei valori ambulatoriali in più occasioni
- b) elevati valori pressori in pazienti con rischio cardiovascolare basso
- c) sospetto di ipertensione resistente al trattamento
- d) sospetto di ipertensione da "camice bianco"

tutte le precedenti

ECG A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde

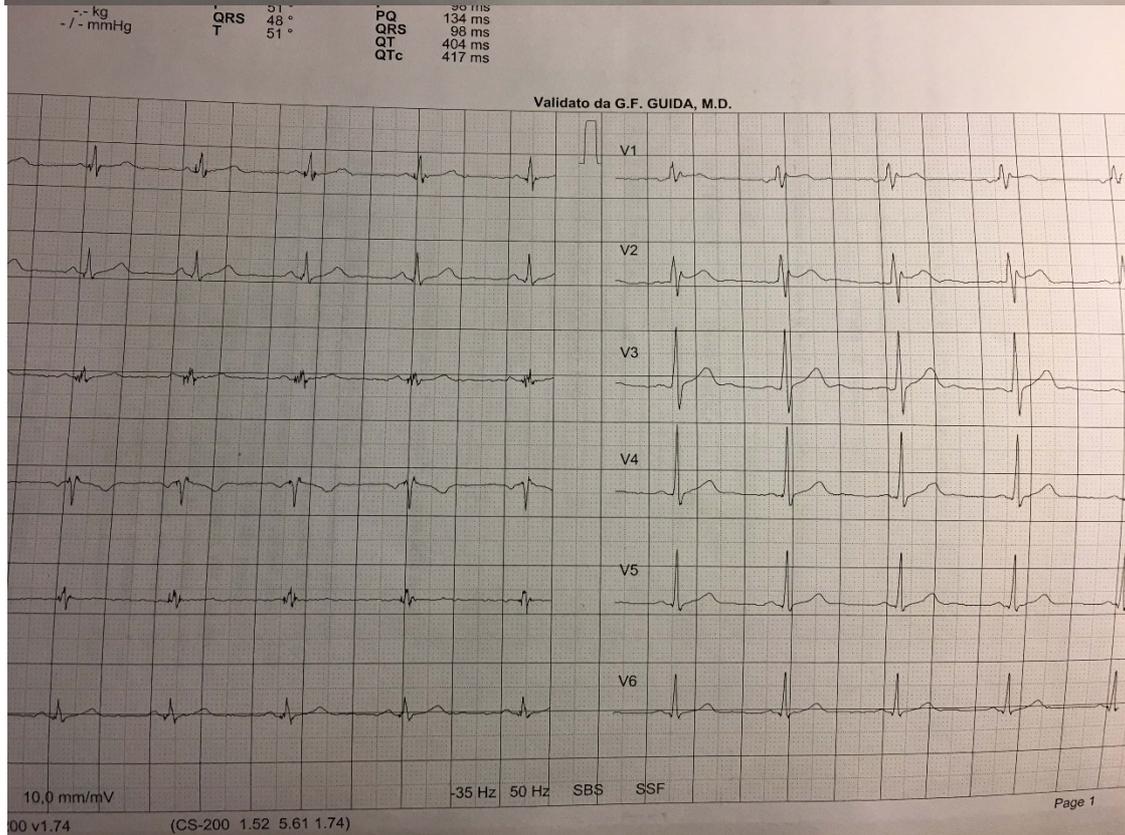
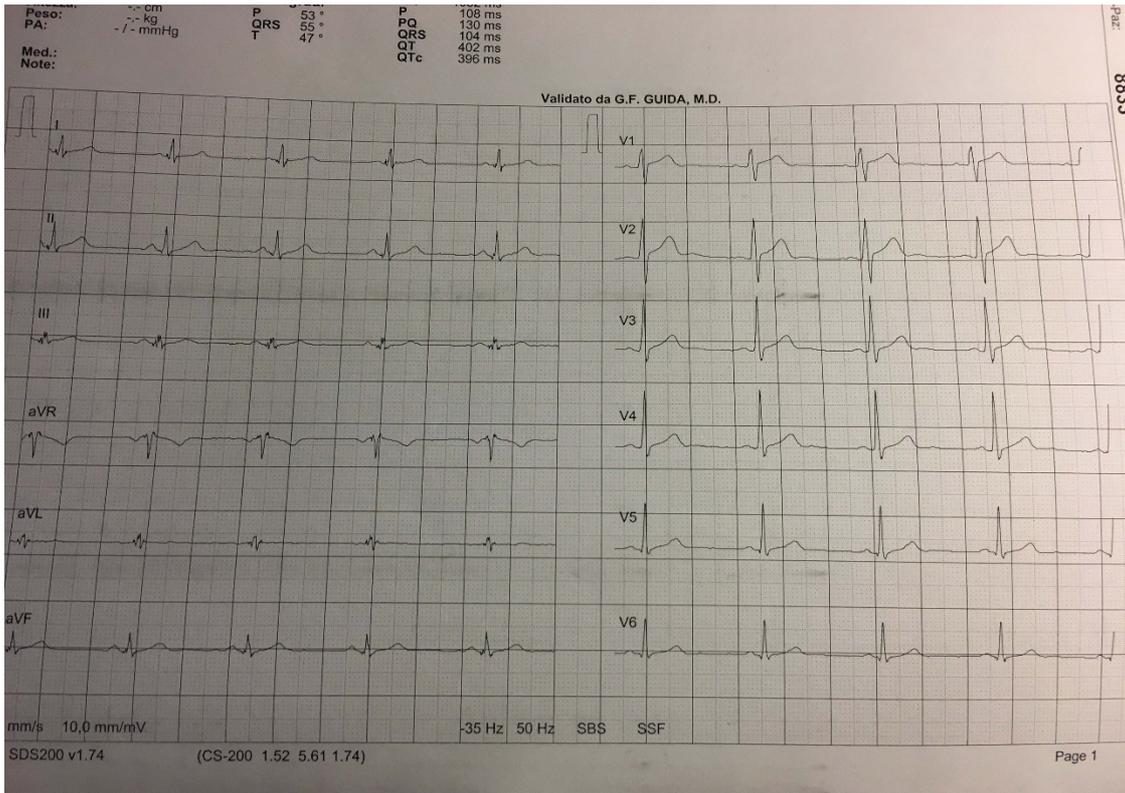


Commento: ECG: Ritmo sinusale (FC=60); asse elettrico non precisabile; anomalia bi-atriale; bassi voltaggi periferici; blocco di branca destra; verosimile ipertrofia ventricolare destra; alterazioni della fase terminale in sede inferiore e anteriore.

Commento: l'elettrocardiogramma si riferisce ad un paziente ambulatoriale di anni 71, affetto da ipertensione arteriosa, bpcg grave, ipertensione polmonare e OSAS.

L'ipertrofia ventricolare destra è stata confermata ad un esame ecovision

ECG a cura di Guido Francesco Guida



Commento: maschio di 48 anni con familiarità positiva per morte improvvisa. Circa tre mesi prima una crisi sincope. obiettività negativa. Il secondo tracciato è stato fatto ponendo le precordiali V1 e V2 sul secondo spazio intercostale in parasternale. Il paziente è stato inviato in centro di aritmologia per eseguire anche un test alla flecainide.

Evidence that matter

I livelli di FT4 più elevati sono associati ad un aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa anche nei partecipanti eutiroidei **Fonte: Loyal Chaker - Circulation**
<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020789>.

La fibrillazione atriale è associata ad un aumentato rischio di morte e ad un aumento del rischio di malattie cardiovascolari e renali **Fonte: Ayodele Odutayo - BMJ 2016; 354** doi:
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4482> (Published 06 September 2016)

Eeguire una coronarografia ed eventualmente una PCI nei pazienti che hanno avuto un arresto cardiaco aumenta la sopravvivenza anche se una percentuale significativa di pazienti non sono sottoposti a coronarografia **Fonte: Nish Patel - JAMA Cardiol. 2016** doi:
10.1001/jamacardio.2016.2860

Episodi di flutter o fibrillazione atriale trattati con cardioversione elettrica in pazienti sottoposti ad intervento di Fontan: quale rischio tromboembolico? **Fonte: Jiuann-Huey I. Lin - Pediatric Cardiology, October 2016, Volume 37, Issue 7, pp 1351–1360.**

Sindrome congenita del QT lungo tipo III e Ranolazina: si accorcia il QTc... provare per credere! **Fonte: Ehud Chorin -** <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCEP.116.004370> - **Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. 2016;9:e004370**

Troponina T cardiaca ad alta sensibilità (hs-cTnT) come fattore predittivo di diabete incidente **Fonte: Diabetes Care 2016 Nov; dc161541.** <http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1541>.

JPAD at 10 Years: No Aspirin CV Primary Prevention in Diabetics published online in the *Journal of the American Medical Association* and presented here today at the **American Heart Association 2008**

No Added Value to Spironolactone in Acute HF: ATHENA-HF

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02235077?term=ATHENA-HF&rank=1>

Early-Pregnancy Glucose May Best OGTT as Congenital HD Predictor Helle E, Biegley PS, Knowles JW, et al. First trimester elevated serum glucose values are associated with congenital heart disease in the offspring. American Heart Association 2016 Scientific Sessions; November 14, 2016; New Orleans, LA. [Abstract 661](#)

Popular Heartburn Medication Linked to Increased Stroke The Danish nationwide observational study, presented at the recent American Heart Association (AHA) 2016 Scientific Sessions, showed a dose-related increased risk for ischemic stroke with all four PPIs investigated, but no increased risk with histamine-2 (H₂) blockers, which are used for similar indications.

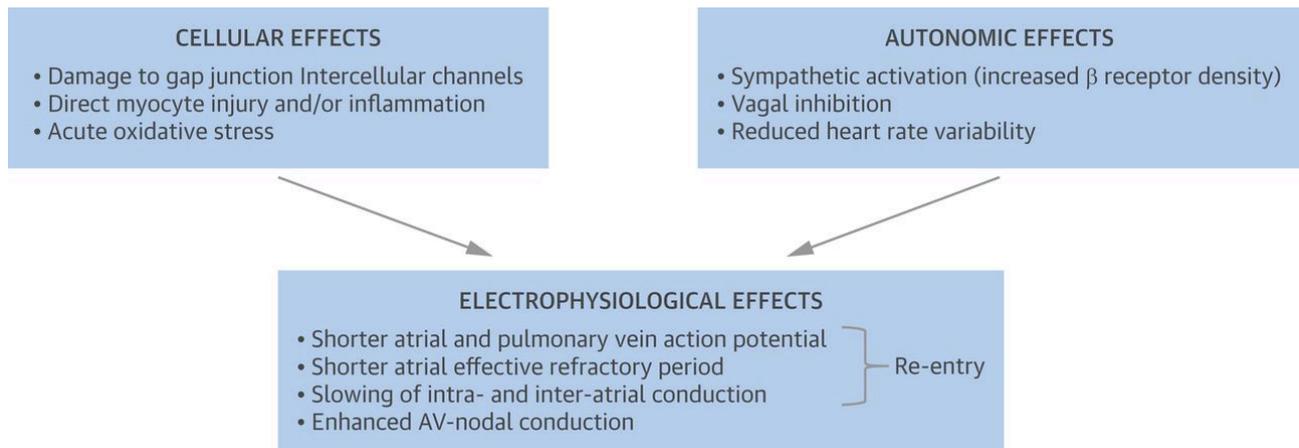
Fewer Admissions Using Stress Echo for Chest Pain Triage Radiological Society of North America (RSNA) 2016 Annual Meeting. Presented November 28, 2016

Steeper Climb in STEMI Risk Seen for Younger vs Older Smokers Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, et al. Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers. *Heart* 2016; DOI:10.1136/heartjnl-2016-310687. [Abstract](#)

MIDDLE OR OLDER AGE AT THE TIME OF BARIATRIC SURGERY FOR MORBID OBESITY IS ASSOCIATED WITH A HIGHER RISK FOR CARDIOVASCULAR EVENTS
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=2509875&resultClick=3>

Alcohol and Atrial Fibrillation - Journal of the American College of Cardiology - Volume 68, Issue 23, December 2016> DOI: 10.1016/j.jacc.2016.08.074

Atrial fibrillation (AF) following an alcohol binge or the “holiday heart syndrome” is well characterized. However, more modest levels of alcohol intake on a regular basis may also increase the risk of AF.



About the Congenital Heart Defect Research Awards

The Children’s Heart Foundation (CHF) has partnered with the American Heart Association (AHA) to establish the AHA/CHF Congenital Heart Defect Research Awards. A total of \$22.5 million will be awarded from July 2014 through June 2021 to provide support for investigators who are actively conducting basic, clinical, population or translational research directly related to congenital heart defects (CHD).

How to Apply for the Congenital Heart Defect Research Awards

- [Submit an online application](#) through Grants@Heart to any AHA investigator-initiated program offered by the local AHA affiliate or the Association-wide Research Program.
- If you are a new user, please register by clicking on the “Applicants” option on the left side of the screen. Returning users may use their existing log-in.
- Follow all steps for submitting an application online.
- Once the application is complete and has been submitted, please send an email to promo@heart.org notifying the AHA Research Administration that you have submitted an application relevant to congenital heart defects.
- Please note – there is not a “Congenital Heart Defect Award” program. Applicants can apply to any program, and as long as the research is related to Congenital Heart Defects, it will be considered for the award. Sending an email to the address above ensures that your submission will be reviewed for this award

If you have additional questions or inquiries regarding the grant program, call (214) 360-6107 or email apply@heart.org.

If you have questions about The Children’s Heart Foundation’s independent grant process, please visit [CHF’s For Scientists page](#).

Congenital heart defects are serious and common conditions that have a significant impact on morbidity, mortality and healthcare costs in children and adults. Congenital heart defects are among the most common birth defects and the leading killer of infants with birth defects in the U.S. Roughly 40,000 children are born in the U.S with a heart defect each year. Congenital heart defect-related mortality rates vary by age, with infants having the highest mortality rates. Though the incident rate of congenital heart defects has not decreased over time, more infants with congenital heart defects survive to adulthood thanks to advancements made through research. Collaborations like the one between the American Heart Association and The Children’s Heart Foundation are vital to the continuation of these advancements.

Dalle Regioni

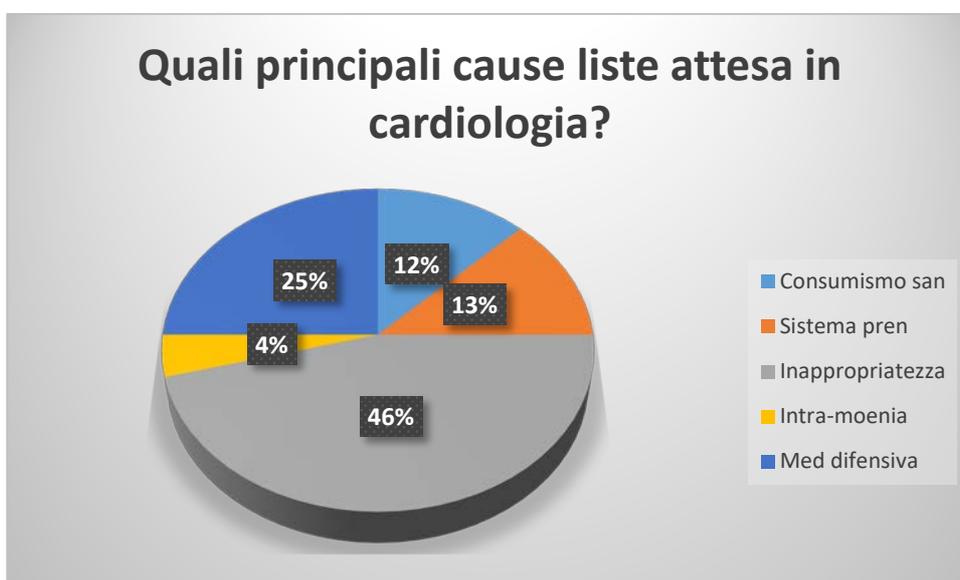
Non sono pervenuti contributi dalle regioni.

Nuovo segretario regione Lombardia: Giuseppe De Rosa

Responsabile incaricata segreteria regione Toscana: Angelica Moretti

Risultato dell’ultimo sondaggio proposto nel sito nazionale

<http://www.cfcardiologia.it>



Soluzioni Quiz Cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

QUIZ n. 1 – corretta **1)** Non deve essere fatta profilassi per E.I. in valvulopatie o cardiopatie congenite non cianogene o senza riparazione protesica.

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

QUIZ n. 1 – Risposta esatta: d.

QUIZ n. 2 – Risposta esatta: e.

Ricordiamo a tutti i colleghi e soprattutto ai nostri soci CFC di visitare periodicamente il nostro sito <http://www.cfcardiologia.it> e di partecipare attivamente ai sondaggi!

Questo numero di Cardionews è stato inviato a 727 persone