

Giornate Aritmologiche

Centesi 2008

Nei giorni 9 e 10 ottobre si è tenuto il IX Simposio internazionale "Giornate Aritmologiche Centesi", che si svolge con cadenza biennale e ha visto la partecipazione di 250 cardiologi e medici internisti. I grossi titoli del Simposio erano la sincope, le nuove modalità di pacing, l'ablazione transcateretere, le tachiaritmie sopraventricolari e le aritmie ventricolari. Come nelle edizioni precedenti è stato chiesto ai relatori il punto clinico e sono stati loro posti per tempo alcuni quesiti, proiettati in diapositiva all'inizio di ciascuna presentazione.

Sincope

Il Dott. Thijs (Amsterdam) si è soffermato sulle nuove acquisizioni sulla fisiopatologia della sincope vasovagale (SVV), concludendo che mentre sono ben note le vie efferenti del circuito riflesso, rappresentate da un'inibizione transitoria del sistema simpatico e da un'attivazione di quello vagale, sappiamo ancora pochissimo sulle vie afferenti e sul "central processing". Dinelli ha focalizzato due tipi di sincope neuromediata descritti solo recentemente: la "sleep syncope" e

la sincope in corso di risata. La prima è caratterizzata da una perdita di coscienza durante le normali ore di riposo a letto, in soggetti senza segni clinici e strumentali di epilessia o patologia cardiovascolare. Il sonno viene interrotto da dolori addominali, necessità impellente di defecare e nausea, sintomi seguiti da perdita transitoria della coscienza che si può verificare in posizione supina o mentre il paziente si reca in bagno. La sincope in corso di risata finora è stata diagnosticata come una manifestazione della cataplessia e, verosimilmente, è più frequente di quanto finora ritenuto. La genesi non è chiara, ma appare in rapporto a una manovra di Valsalva che si può verificare in corso di una risata intensa e può essere responsabile di una reazione vasovagale.

Serra ha trattato la diagnosi differenziale fra sincope neuromediata ed epilessia; è emerso che nella quasi totalità dei casi, utilizzando eventualmente il tilt test e l'EEG, è possibile differenziare le due affezioni. Vi sono tuttavia alcuni accessi epilettici a insorgenza nel lobo temporale che possono innescare una

reazione vasovagale caratterizzata da ipotensione e bradicardia. Nei casi in cui le due affezioni coesistono può essere di utilità il tilt test eseguito in associazione alla registrazione EEG.

Andresen (Berlino) ha trattato il ruolo diagnostico del loop recorder impiantabile nei pazienti con sincope di origine indeterminata. È emersa l'utilità del device nei pazienti con sincope indeterminata ma con cardiopatia e, pertanto, con possibile origine cardiaca della sincope, mentre rappresenta ancora oggetto di discussione l'utilizzo del loop recorder nei soggetti senza segni di cardiopatia.

Alboni ha presentato i risultati di un recente studio, condotto in collaborazione con uno zoologo e un biologo evolucionista, nel quale sono state indagate l'origine e l'evoluzione della SVV classica (emozionale e ortostatica). È emerso che il riflesso vagale è presente in tutti i vertebrati, inclusi i pesci, e pertanto ha avuto origine 300-400 milioni di anni fa ed è stato fissato geneticamente. Se tale riflesso è persistito per milioni di anni attraverso un lunghissimo percorso evolutivo

si può ragionevolmente sostenere che rappresenta (o ha rappresentato in passato) una funzione selezionata positivamente e dunque utile. Poiché il riflesso vasovagale interviene solo sporadicamente non può che rappresentare un meccanismo di difesa, verosimilmente per il cuore. Infatti in corso di stress emozionale od ortostatismo il cuore lavora in condizioni svantaggiose, con un'alta richiesta di O_2 , e uno "stacco" indotto da tale riflesso non può che avere un effetto benefico.

Cardiac pacing

Biffi ha esposto un'esautiva messa a punto sulla migliore modalità di utilizzo dei vari algoritmi di stimolazione nelle più svariate situazioni cliniche. L'argomento più discusso della sessione è stato tuttavia la resincronizzazione ventricolare (CRT) nei pazienti con scompenso cardiaco.

Maggi ha portato svariati dati a favore dell'utilità della CRT anche in pazienti senza attività atriale, e cioè in fibrillazione atriale (FA), purché sottoposti a procedura ablate and pace. Dati preliminari sem-

brano suggerire che la CRT, se utilizzata "on top" a questa procedura, può essere utile anche in pazienti con QRS stretto e/o FE >35%.

Toselli ha focalizzato le difficoltà nel predire una buona risposta clinico-strumentale alla CRT sulla base dei parametri ecocardiografici, dopo la pubblicazione dello studio PROSPECT.

In un momento in cui, nonostante la mole di lavori scientifici, non è stato ancora chiarito quale sia il parametro strumentale più affidabile per programmare al meglio la CRT, Gianfranchi ha proposto una nuova modalità di programmazione, estremamente semplice, che utilizza fondamentalmente la sola stimolazione ventricolare sinistra. Nei pazienti in ritmo sinusale la stimolazione ventricolare sinistra è temporizzata in base all'intervallo AV programmabile, mentre l'attivazione del ventricolo destro e del setto interventricolare dipende dalla conduzione spontanea attraverso la branca destra. La depolarizzazione del cuore ottenuta con questa modalità è condizionata dalla "fusione" tra la conduzione spontanea attraverso la branca destra e la sti-

molazione elettrica prematura della parete laterale del ventricolo sinistro. La "fusione" nei suoi vari gradi è facilmente individuabile dalla morfologia del tracciato di superficie, soprattutto in V_1 - V_2 . In ciascun paziente, per ogni intervallo AV compreso nella banda di fusione, si osserva un miglioramento dei principali parametri ecocardiografici, che permane anche durante attività fisica.

Ablazione transcateretere

Bottoni ha discusso i più recenti contributi sull'ablazione del flutter atriale isolato istmo-dipendente; sono emersi ottimi risultati sulle recidive di tale tachiaritmia, ma a distanza di 4-5 anni una percentuale molto alta di pazienti sviluppa una FA, quale dimostrazione che il flutter atriale isolato rientra nel contesto di un'affezione atriale che ha carattere evolutivo.

Vi è stata un'ampia discussione sull'ablazione della FA. Bonso ha riportato buoni risultati della procedura su un'ampia casistica del suo Centro e di altri Centri per follow-up di circa 2 anni. Tuttavia è stata segnalata da Hindricks (Leipzig)



un'alta incidenza di episodi di FA asintomatici post-procedura. Caputo ha riportato i risultati di un recente survey sulle complicanze dell'ablazione della FA. L'incidenza di complicanze maggiori è stata simile a quella riportata in un simile survey condotto cinque anni fa (circa 6%); tuttavia il relatore ha sottolineato che nell'ultimo survey sono stati inclusi soggetti più anziani e con maggior compromissione cardiovascolare.

Il dottor Wright (Bordeaux) ha presentato una procedura ancora in fase sperimentale proposta dal suo Centro, e cioè l'ablazione della fibrillazione ventricolare. Il target è rappresentato dai battiti prematuri ventricolari e dai potenziali delle fibre di Purkinje, trigger potenzialmente responsabili della tachiaritmia ventricolare. I risultati preliminari appaiono promettenti, tuttavia occorrono follow-up a lungo termine.

Salerno ha riportato buoni risultati dell'ablazione delle tachicardie ventricolari su un'ampia casistica del suo Centro, rappresentata da pazienti portatori di ICD con una storia di numerosi shock appropriati.

Tachiaritmie sopraventricolari

Monteforte ha trattato i determinanti genetici della FA, che sono eterogenei e vanno da mutazioni dei canali ionici cardiaci a difetti elettrici di accoppiamento cellula-cellula. Al momento le varie mutazioni geniche non sono riconducibili a quadri clinici specifici.

Calò ha discusso i risultati ottenuti con le statine e gli omega-3 nel-

la prevenzione della FA ricorrente. Buoni risultati sono stati riportati con entrambi i farmaci nella prevenzione della FA postintervento cardiocirurgico. Il possibile utilizzo di questi farmaci a scopo antiaritmico in altre situazioni cliniche necessita di ulteriori approfondimenti. Quintarelli ha presentato i risultati, non ancora pubblicati, dello studio GISSI-AF, nel quale è stata indagata l'efficacia del valsartan nella prevenzione della FA ricorrente. Tale farmaco non ha evidenziato alcuna differenza sugli endpoint principali (tempo alla prima recidiva di FA, numero di pazienti con più di una recidiva di FA) rispetto al placebo. Wijffels (Leiden) ha fatto un'interessante revisione dei dati offerti dalla letteratura sull'utilizzo dei farmaci antiaritmici nel trattamento della FA, ribadendo che tali farmaci rappresentano ancora il trattamento di prima scelta, somministrati sia in profilassi sia per l'interruzione dell'accesso tachiaritmico al di fuori dell'ospedale ("pill-in-the-pocket"). La scelta del farmaco antiaritmico si deve basare principalmente sulle caratteristiche cliniche del paziente.

Botto ha focalizzato l'utilità del pre-trattamento con farmaci antiaritmici nei soggetti da sottoporre a DC-shock per la cardioversione della FA. Soprattutto se la FA è di lunga durata, i farmaci delle classi IC e III riducono drasticamente le recidive tachiaritmiche, in particolare quelle precoci.

Lunati ha discusso il trattamento della FA ricorrente nei pazienti con scompenso cardiaco. Il recente studio AF-CHF, condotto su pazienti con scompenso e FA ricorrente, nel

quale sono state randomizzate con un disegno simile a quello dell'AFFIRM le strategie "rhythm-control" e "rate-control", non ha evidenziato differenze in termini di mortalità fra le due strategie. Tuttavia il ritmo sinusale è naturalmente migliore della FA in quanto consente un migliore controllo della frequenza cardiaca, un migliore assetto emodinamico e una migliore percezione di benessere.

Capucci ha presentato i risultati di alcuni studi sul dronedarone, un farmaco con caratteristiche simili all'amiodarone ma privo di iodio. Tale farmaco sembra avere un'efficacia leggermente inferiore all'amiodarone nella prevenzione della FA, ma si associa a una più bassa incidenza di effetti collaterali. Nello studio ATHENA, condotto in pazienti >70 anni con FA, il dronedarone ha indotto una riduzione della mortalità e dei ricoveri ospedalieri.

Van Hemel (Odiijk) ha discusso l'utilizzo dei farmaci antiaritmici nei soggetti anziani, nei quali tali farmaci dovrebbero essere somministrati a un dosaggio ridotto di circa il 50% rispetto ai soggetti giovani per la diminuita clearance epatica e renale. Non è mai stato chiaramente indagato se l'efficacia dei farmaci antiaritmici sia diversa nei soggetti anziani e in quelli giovani.

Di Pasquale ha trattato l'utilizzo dei farmaci antitrombotici nei pazienti con FA sottoposti ad angioplastica coronarica con applicazione di stent. Mentre nei soggetti a rischio tromboembolico basso-intermedio il warfarin può essere ragionevolmente sostituito dalla singola o duplice (aspirina e clopidogrel)

antiaggregazione piastrinica, in quelli a rischio tromboembolico elevato la gestione del trattamento antitrombotico risulta problematica.

Infatti il rapporto rischio/beneficio della triplice terapia, come anche della combinazione di warfarin e singolo antiaggregante, non è a tutt'oggi chiaramente definito relativamente all'incidenza di emorragie maggiori rispetto alla prevenzione di eventi trombotici e tromboembolici.

Baldi ha fatto il punto sul trattamento delle tachiaritmie sopraventricolari in gravidanza. In caso di tachicardia parossistica sopraventricolare reciprocante il trattamento di prima scelta è rappresentato dalle manovre vagali o dall'adenosina per via endovenosa. In caso di FA parossistica può essere utilizzato il DC-shock, mentre devono essere usati con estrema cautela i farmaci antiaritmici. Se si impone un trattamento antitrombotico, è indicata l'eparina a basso peso mole-

colare nel primo e nell'ultimo trimestre di gravidanza, mentre il warfarin può essere utilizzato nel secondo trimestre.

La Dott.ssa Sette ha riportato buoni risultati con l'ivabradina, un inibitore selettivo dei canali I_{ν} in giovani soggetti affetti da tachicardia sinusale inappropriata.

Aritmie ventricolari

Delise ha trattato le aritmie ventricolari in soggetti senza segni di cardiopatia. I dati a disposizione suggeriscono che i battiti prematuri ventricolari, pur se molto frequenti, hanno una buona prognosi in soggetti senza sottostante cardiopatia, sia sedentari sia atleti. Permane tuttavia qualche dubbio in quanto le casistiche finora pubblicate sono piuttosto limitate.

Sassone ha discusso il trattamento della sindrome di Brugada ed è emerso che i soggetti asintomatici con pattern ECG evidente solo dopo test farmacologico hanno una buona prognosi. Rimane invece anco-

ra dubbia l'utilità dello studio elettrofisiologico in soggetti asintomatici con pattern ECG spontaneo.

Di Biase ha trattato la terapia delle tachicardie ventricolari nei pazienti con cardiopatia ischemica. È emerso che tali pazienti devono essere sottoposti a coronarografia per valutare la possibilità di una rivascolarizzazione. L'ICD è decisamente indicato nei pazienti con FE <35%, mentre permane una zona d'ombra in quelli con FE più alta. Pedaci ha fatto il punto sulle aritmie ventricolari indotte dalla cocaina. Non sono disponibili, per ovvi motivi, dati epidemiologici precisi, ma tale sostanza facilita la comparsa di tachiaritmie ventricolari per un effetto simpaticomimetico, un effetto sui canali del Na^+ e del K^+ e per un aumento del Ca^{++} intracellulare, responsabile di aritmie da postpotenziali. Un dato certo è che le tachiaritmie ventricolari sono frequenti nei consumatori di cocaina che si presentano al Pronto Soccorso per dolore toracico.