

■ CARDIOLOGIA

Congresso ESC 2015: cosa c'è di nuovo in cardiologia?

Dal 29 agosto al 2 settembre 2015 si è tenuta a Londra l'edizione 2015 del congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC). Anche quest'anno si è trattato di un'occasione importante per mettere a confronto le conoscenze finora acquisite in ambito cardiologico. In aggiunta a diversi argomenti di pertinenza strettamente specialistica, sono state riportate alcune questioni di respiro più ampio, come in particolare l'influenza dell'ambiente sul rischio di eventi cardiovascolari, le strategie per ridurre la mortalità e la morbilità associata a infarto miocardico in ambiente extra-ospedaliero, oltre alla presentazione di ben 5 nuove linee guida.

► Ambiente e rischio cardiovascolare

Al ruolo dell'ambiente sulla salute cardiologica è stata dedicata un'apposita sessione.

Uno studio di Bryniarski et al. (Abs 2022) ha mostrato chiaramente come, per gli adolescenti e i giovani adulti, vivere in un ambiente cittadino inquinato si associ a livelli di marker infiammatori (come proteina C reattiva, omocisteina e fibrino-

geno) superiori a quelli registrati tra coloro che risiedono in un luogo con traffico meno intenso e minore inquinamento dell'aria.

Un altro studio (Argacha et al. Abs 4195) ha confermato la correlazione tra inquinanti ambientali, in particolare il particolato e l' NO_2 , e aumento del rischio di infarto: l'incremento di 10 mcg/m^3 di materiale particolato (PM) è risultato associato all'aumento del 2.8% di STEMI, mentre un aumento di 10 mcg/m^3 di NO_2 si traduceva in un aumento del 5.1% del rischio CV negli uomini. Lo studio si è basato sui dati ambientali ottenuti dall'Agenzia dell'Ambiente Belga valutando l'esposizione agli agenti inquinanti in ogni parte del Paese aggiustata per la densità della popolazione e la correlazione tra inquinamento e malattia CV è risultata evidente nonostante i livelli di inquinamento fossero nei limiti europei sulla qualità dell'aria.

► Infarto extraospedaliero

Come illustra **Maddalena Lettino**, Responsabile UO Cardiologia dello Scompenso dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI): "Si è discusso tanto di arresto cardiaco

extra-ospedaliero, dell'utilizzo di alcuni dosaggi di laboratorio che ci aiutano a decidere nel più breve tempo possibile se il paziente che arriva con un dolore toracico ha un infarto o no...".

Secondo uno studio presentato da Dirk Westermann (Neumann et al. Oral presentation) i pazienti che arrivano al PS con dolore toracico suggestivo di IMA possono beneficiare di un triage più rapido e sicuro utilizzando un test rapido che ridefinisce i cut-off di troponina I. Per i pazienti con sospetto IMA, le attuali linee guida raccomandano infatti di valutare la troponina I cardiaca, un marker della necrosi dei miociti, alla presentazione al PS e poi dopo 3 ore, per determinare se è necessario il ricovero o le dimissioni. Un nuovo test più sensibile per questo marker è in grado di fornire risultati più rapidamente e identificare più piccole elevazioni di troponina che possono essere importanti per la valutazione del rischio CV. Sulla base dei risultati dello studio, è emerso che il cut-off dei livelli di troponina I che possono far escludere la presenza di IMA è 6 ng/L , ben più basso di quello comunemente utilizzato. Il nuovo algoritmo è in grado di ridurre la mortalità e di accorciare in maniera consistente i tempi del triage.

In caso di arresto cardiaco in ambiente extraospedaliero la decisione riguardante quando porre termine alle manovre di rianimazione cardiopolmonare (CPR) è una questione chiaramente delicatissima per il personale medico di emergenza. Uno studio di Goto et al (Abs 1321) ha

mostrato che le probabilità di sopravvivenza si riducono ogni minuto di CPR, ma che il 99.1% dei sopravvissuti e il 99.2% dei sopravvissuti con outcome neurologici favorevoli raggiunge il ritorno della circolazione spontanea entro 35 minuti dall'inizio delle CPR. Per questo i ricercatori concludono che le manovre di rianimazione andrebbero continuate per almeno 35 minuti.

► 5 nuove linee guida

In occasione del congresso sono state anche presentate cinque nuove linee guida pratiche. Sviluppate da task force di esperti mondiali riguardano diagnosi e trattamento dell'ipertensione polmonare, aritmie ventricolari e morte cardiaca improvvisa, sindromi coronariche acute-NSTE, malattie pericardiche e pericarditi infettive.

Diagnosi e trattamento dell'ipertensione polmonare - Il nuovo algoritmo per l'ipertensione polmonare, stilato da un gruppo condotto da Nazareno Galiè (Università di Bologna), fornisce un protocollo che intende dare al paziente la migliore possibilità di un outcome ottimale quando la severità della prognosi comporta importanti limitazioni nelle modalità con le quali affrontare la malattia. Questa nuova edizione delle linee guida introduce un nuovo algoritmo di trattamento, sottolinea quando utilizzare i nuovi farmaci e basa le strategie terapeutiche sul profilo di rischio del paziente.

Aritmie ventricolari e morte cardiaca improvvisa - Per la prima volta queste linee guida hanno incluso il concetto proposto da alcuni documenti di consenso relativo all'analisi del DNA, che dovrebbe essere una componente fondamentale di valutazione post-mortem a giovani vittime di morte improvvisa. L'analisi molecolare aiuta a identificare la presenza di malattie genetiche che possono verificarsi in un cuore strutturalmente normale; l'identificazione di una causa genetica come substrato per una morte improvvisa facilita la diagnosi precoce di parenti affetti e può aiutare a proteggerli grazie a un approccio personalizzato. Una delle raccomandazioni più importanti è quella di identificare i pazienti con cardiopatia ischemica che sono ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa e che possono beneficiare di un defibrillatore impiantabile (*implantable cardioverter defibrillator*, ICD).

Sindromi coronariche acute-NSTE - In questa edizione aggiornata viene introdotta una nuova e più breve procedura per la diagnosi in pazienti con sospetto infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI). Quando disponibile il test ad alta sensibilità per troponina, l'esame del sangue può essere fatto al momento della presentazione e dopo 1 ora invece di attendere, come da prassi attuale, 3 ore.

Malattie pericardiche - Le malattie del pericardio comprendono diverse presentazioni cliniche e varia

eziologia, che richiedono una gestione adeguata. Il documento include nuovi specifici criteri diagnostici per la pericardite acuta, che ora viene identificata quando i pazienti presentano due dei seguenti segni/sintomi: dolore toracico pericarditico, sfregamenti pericardici, nuova elevazione diffusa del tratto ST o depressione del tratto PR o effusione pericardica (di nuova insorgenza o peggioramento). Vengono introdotte nuove strategie diagnostiche per il triage dei pazienti con pericardite e versamento pericardico, che permettono la selezione di pazienti ad alto rischio per il trattamento, specificando quando e come ulteriori indagini diagnostiche dovrebbero essere eseguite.

Pericarditi infettive - Le nuove linee guida sottolineano la necessità di un approccio di imaging multimodale per la diagnosi di endocardite; mentre la precedente edizione era focalizzata sullo studio ecocardiografico, le linee guida 2015 mostrano l'importante ruolo delle altre tecniche di imaging (come la PET-CT). Viene ampiamente sottolineata la necessità di una combinazione di diagnosi precoce, terapia antibiotica precoce e chirurgia precoce.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Maddalena Lettino