

Up to date dalla cardiologia europea

Al congresso dell'European Society of Cardiology presentate ben quattro linee guida. L'ascolto e la centralità del paziente nel processo di diagnosi e cura e l'approccio multidisciplinare accomunano tutte le nuove raccomandazioni in ambito cardiovascolare

Fibrillazione atriale, al centro il paziente

La complessità della FA richiede il coinvolgimento attivo dei pazienti, utilizzando un approccio multiforme, olistico e multidisciplinare. Razionalizzare la cura nella pratica clinica quotidiana è un requisito impegnativo ma essenziale per una gestione efficace della FA. Sono queste le fondamenta delle nuove indicazioni europee. Gli esperti raccomandano che i risultati riferiti dai pazienti siano raccolti di routine per misurare il successo del trattamento e per migliorare le cure.

La prima nuova raccomandazione riguarda la diagnosi, sottolineando che la documentazione da una registrazione ECG standard a 12 derivazioni o da un tracciato ECG a derivazione singola di ≥ 30 secondi è necessaria per stabilire la diagnosi.

Un altro messaggio chiave è che mentre nuovi strumenti e tecnologie per lo screening e il rilevamento della FA come i microimpianti e i dispositivi indossabili aumentano sostanzialmente le opportunità diagnostiche nei pazienti a rischio, i percorsi gestionali non sono ancora ben definiti.

Dopo la diagnosi dovrebbe essere presa in considerazione la caratterizzazione strutturata della FA in tutti i pazienti. Ciò include la valutazione clinica del rischio di ictus, lo stato dei sintomi, il carico di FA e la valutazione del substrato. Viene raccomandato l'uso del percorso olistico "Better Care ABC" (**A** Anticoagulazione/Evita l'ictus - **B** Migliore gestione dei sintomi - **C** Ottimizzazione cardiovascolare e comorbidità).

Sono state apportate revisioni per il controllo del ritmo/ablazione transcatteter. Ad esempio, l'ablazione transcatteter per l'isolamento della vena polmonare è ora raccomandata per il controllo del ritmo dopo un farmaco antiaritmico di classe I o III fallito o intollerante in pazienti con FA parossistica o FA persistente con o senza fattori di rischio maggiori.

Nel complesso, c'è anche una maggiore enfasi sulla necessità di modifiche dello stile di vita e di una terapia mirata di condizioni intercorrenti per ridurre il carico di FA e migliorare i risultati.

• *Hindricks G et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa612*

Attività fisica nelle malattie cardiovascolari

Un cardiologo italiano è il primo firmatario delle nuove LG: Antonio Pelliccia Istituto di Medicina e Scienza dello Sport di Roma. Come per gli individui sani, viene indicato che l'esercizio aerobico a intensità moderata per almeno 150 minuti/settimana (o 75 minuti/settimana di esercizio a intensità vigorosa), nella maggior parte dei giorni, dovrebbe

essere promosso in tutti gli individui con malattia CV. Considerazioni speciali sono dettagliate nell'obesità, ipertensione ben controllata, dislipidemia o diabete, che includono l'aggiunta di un allenamento di resistenza ≥ 3 volte a settimana all'esercizio aerobico moderato o intenso.

Vengono fornite raccomandazioni sull'esercizio in un'ampia gamma di

condizioni, tra cui sindromi coronariche acute o croniche, insufficienza cardiaca, cardiopatia valvolare, aortopatia, cardiomiopatie, miocardite e pericardite, cardiopatia congenita degli adulti, aritmie, canalopatie cardiache, malattia arteriosa periferica e in soggetti con dispositivi elettronici cardiaci impiantabili o dispositivi di assistenza ventricolare. Per alcune di queste condizioni, viene promosso attivamente l'esercizio di un'intensità specifica, ma per altre

si raccomanda una valutazione completa e regolare e un processo decisionale condiviso. Ci sono alcuni casi in cui la partecipazione a qualsiasi sport competitivo o sport/

esercizio ricreativo di intensità moderata o alta non è raccomandata, come quelli con grave cardiopatia valvolare o cardiomiopatia aritmogena o miopericardite attiva.

• *Pelliccia A et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa605*

Gestione dell'infarto non-ST

Il dolore toracico è il sintomo più comune, insieme al dolore che si irradia a una o entrambe le braccia, al collo o alla mascella. Chiunque soffra di questi sintomi dovrebbe chiamare immediatamente un'ambulanza. Per la prima volta, le LG raccomandano l'imaging per identificare altre cause.

Per quanto riguarda la diagnosi, non vi è alcun cambiamento distintivo sull'ECG, che può risultare con un profilo normale. Il passaggio chiave è invece la misurazione dei livelli ematici di troponina. Se i livelli sono normali, la misurazione deve essere ripetuta un'ora dopo per escludere la diagnosi. Se elevato, si racco-

manda il ricovero per valutare ulteriormente la gravità della malattia e decidere la strategia di trattamento. Dato che la causa principale è legata all'aterosclerosi, esiste un alto rischio di recidiva, non di rado fatale che giustifica la prescrizione di antiaggreganti e ipolipemizzanti. Altrettanto importante è uno stile di vita sano (cessazione del fumo, esercizio fisico, dieta che enfatizzi verdura, frutta e cereali integrali limitando i grassi saturi e l'alcol). Il cambiamento comportamentale e l'aderenza ai farmaci si ottengono più facilmente quando i pazienti sono supportati da un team multidisciplinare (cardiologi, MMG, in-

fermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi e farmacisti).

Viene raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, soprattutto per i pazienti di età ≥ 65 anni.

Un altro punto enfatizzato è la necessità che anche per le pazienti di sesso femminile di ricevere parità nell'accesso alle cure, una diagnosi tempestiva e trattamenti alla stessa velocità e intensità degli uomini.

• *Collet JP et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting patchy persistent ST-segment elevation The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the ESC. Eur Heart J 2020; doi:10.1093/eurheartj/ehaa575*

Cardiopatia congenita dell'adulto

Da quando le precedenti linee guida sulla gestione della malattia coronarica negli adulti sono state pubblicate nel 2010, si sono accumulate nuove evidenze, in particolare sulle tecniche interventistiche transcateretere e sulla stratificazione del rischio per quanto riguarda i tempi dell'intervento chirurgico e del catetere, nonché il trattamento medico. Le LG aggiornate forniscono raccomandazioni dettagliate sulle aritmie. Vi è maggiore enfasi sull'importanza di comprendere la causa e il meccanismo dell'aritmia e

l'anatomia della malattia coronarica sottostante. Per una gestione ottimale dell'aritmia cronica, l'invio a un centro con un team multidisciplinare ed esperienza nelle aritmie correlate alla cardiopatia congenita dell'adulto è considerato obbligatorio.

Si riportano le categorie di gravidanze ad alto rischio e si raccomanda di sconsigliare la gravidanza alle donne con malattia coronarica e ipertensione polmonare precapillare confermata. Vengono inoltre fornite raccomandazioni più specifiche e adeguate per il trattamento dell'i-

pertensione arteriosa polmonare stessa e vengono affrontati altri aspetti specifici del trattamento medico, come l'insufficienza cardiaca e l'anticoagulazione.

Per oltre 15 diversi tipi di lesioni CHD specifiche, le nuove LG descrivono in dettaglio il work-up diagnostico ottimale e le indicazioni per il trattamento interventistico chirurgico/catetere e forniscono raccomandazioni di follow-up e considerazioni aggiuntive.

• *Baumgartner H et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. Eur Heart J 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa554*