

LE NOVITÀ DI «VENICE ARRHYTHMIAS» 2011

Quando il cuore perde il ritmo

Gestione e trattamento della fibrillazione atriale, terapia elettrica dell'insufficienza cardiaca, monitoraggio remoto delle aritmie cardiache, sincope, sport e aritmie, sindromi ereditarie aritmogene, aggiornamento sui trial clinici in aritmologia, rivisitazione dell'anatomia del cuore in funzione delle procedure di elettrofisiologia interventistica e trattamento chirurgico delle aritmie cardiache. Sono stati questi i temi principali della 12esima edizione del congresso internazionale Venice Arrhythmias, che si è svolto dal 9 al 12 ottobre 2011 a Venezia presso la Fondazione Giorgio Cini sull'isola di San Giorgio. Al congresso, che si tiene ogni due anni nella città lagunare sin dal 1989, hanno partecipato 400 relatori leader a livello mondiale nel campo dell'aritmologia e più di 2.500 delegati provenienti da oltre 60 Nazioni. Durante i quattro giorni dell'evento nelle 150 sessioni lavorative previste sono state presentate le maggiori novità nel campo della diagnosi e terapia delle aritmie cardiache.

In campo diagnostico si è parlato a fondo dei nuovi sistemi per il controllo remoto del funzionamento dei device impiantabili (pacemaker o defibrillatori) e per il monitoraggio a distanza dei vari tipi di aritmie e soprattutto della fibrillazione atriale. Quest'ultima aritmia, come è noto, è molto comune (solo in Italia ne soffrono da mezzo milione a 1 milione di persone con 60-120.000 nuovi casi ogni anno), è associata a sintomi a volte invalidanti (palpitazioni, dispnea, scarsa tolleranza allo sforzo, vertigini ecc.) e comporta

un rischio non indifferente di ictus cerebrale, scompenso cardiaco e morte.

Pur essendo spesso avvertita dal paziente, la fibrillazione atriale non raramente (nel 50% dei casi) è silente. Ciò vuol dire che i soggetti affetti non hanno disturbi soggettivi. Non per questo, però, rischiano di meno, anzi, mancando il campanello d'allarme rappresentato dai sintomi, spesso non vanno dal medico e quindi non mettono in atto le misure preventive per ridurre le complicanze associate all'aritmia, in primo luogo l'ictus cerebrale (l'incidenza di ictus nei pazienti con fibrillazione atriale è del 4-5% in media ogni anno che passa). Di qui la necessità di diagnosticare l'aritmia anche quando è silente. Questo è oggi possibile per mezzo di apparecchi (event recorder) che, appoggiati sul torace, permettono di registrare l'elettrocardiogramma a domicilio in qualsiasi momento e di trasmetterlo poi per via telefonica a un centro di riferimento. In alternativa si può impiantare sotto cute un apparecchio (loop recorder) che consente di registrare senza interruzione l'attività elettrica cardiaca tenendo in memoria solo i pezzi corrispondenti ad aritmie cardiache. In tal modo è possibile scoprire episodi asintomatici di fibrillazione atriale e trattare a tempo il paziente.

In campo terapeutico le novità riguardano la terapia antitrombotica e l'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale, un defibrillatore completamente sottocutaneo per la prevenzione della morte improvvisa e un apparecchio per la modulazione della contrattilità cardiaca da usare in pazienti con scompenso cardiaco.

Circa la terapia antitrombotica, abbiamo due importanti novità: i nuovi farmaci anticoagulanti orali e i sistemi di chiusura dell'auricola sinistra. I nuovi anticoagulanti (dabigatran, rivaroxaban e apixaban) differiscono da quelli tradizionali perché la loro azione è più stabile e meno influenzata da fattori come cibo, alcol e altri medicinali. Essi, pertanto, non richiedono un monitoraggio continuo della coagulazione per decidere la dose di farmaco da somministrare. In tal senso sono di più facile impiego, più maneggevoli e più graditi dai pazienti. Inoltre, si sono dimostrati altrettanto se non più

efficaci e sicuri degli anticoagulanti tradizionali.

I sistemi di chiusura dell'auricola sinistra sono dei device che, introdotti per mezzo di cateteri o per via chirurgica, permettono di escludere dal circolo quella propaggine dell'atrio sinistro chiamata auricola che, a causa di un flusso rallentato del sangue nel suo interno, rappresenta nel 90% dei casi con fibrillazione atriale la sede in cui si formano i trombi che poi, staccandosi, danno luogo a embolia cerebrale. Questi device si sono dimostrati in grado di ridurre il rischio trombo-embolico in pazienti in cui gli anticoagulanti orali erano controindicati o inefficaci.

L'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale consiste essenzialmente nell'isolamento elettrico delle vene polmonari ottenendo eseguendo delle lesioni circolari punto dopo punto attorno allo sbocco delle vene nell'atrio di sinistra. Il razionale è quello di non permettere più il passaggio degli impulsi elettrici che nascono nella parete delle vene all'atrio e quindi di evitare lo scatenamento della fibrillazione atriale. Ciò si consegue abitualmente per mezzo di un catetere introdotto nell'atrio sinistro che permette di erogare energia a radiofrequenza che riscalda la punta del catetere brucia il tessuto muscolare. Questa procedura comunque è molto complessa e richiede grande esperienza. Per tale motivo recentemente sono stati ideati nuovi cateteri a pallone che utilizzano fonti di energia alternative rispetto alla radiofrequenza, come il freddo e il laser, e che rendono la procedura più semplice ed eseguibile anche in centri con esperienza più limitata. I primi risultati con questi nuovi cateteri sembrano dimostrare l'efficacia e la sicurezza.

I defibrillatori sono degli apparecchi impiantabili in grado di rilevare l'attività elettrica cardiaca e in caso di aritmie minacciose per la vita di inviare una scarica elettrica al cuore che interrompe l'aritmia salvando la vita al paziente. Finora questi apparecchi hanno avuto bisogno per il loro funzionamento di cateteri introdotti nelle cavità cardiache, che inevitabilmente con il passare del tempo tendono a deteriorarsi e/o infettarsi creando una serie di complicanze e rischi per

il paziente. Da poco è stato reso commerciabile un nuovo defibrillatore che è in grado di funzionare con l'impiego di un unico catetere collocato sotto la pelle a livello della regione precordiale. Questo defibrillatore completamente sottocutaneo può essere utilizzato per la prevenzione primaria della morte improvvisa in soggetti che non hanno ancora avuto delle aritmie gravi, ma che sono potenzialmente a rischio di averle. Il suo impiego sembra associato oltre che a un minor rischio di malfunzionamento del sistema o di infezioni, anche a una minore incidenza di shock inappropriati.

Infine, un'altra novità importante presentata a Venezia è un apparecchio impiantabile simile a un pacemaker che, a differenza di questo, permette di inviare impulsi elettrici al cuore nel periodo in cui il cuore non è eccitabile. Ciò permette una modulazione della contrattilità cardiaca in grado di rendere la contrazione del cuore più intensa. Questo apparecchio serve per il trattamento dello scompenso cardiaco grave in pazienti non candidabili alla terapia di resincronizzazione cardiaca. I primi risultati sembrano dimostrare il beneficio clinico.

Antonio Raviele

Presidente del congresso

Venice Arrhythmias

Direttore del Dipartimento

cardiovascolare

Ospedale dell'Angelo di Mestre

Presidente di Alfa (Alleanza

per la lotta alla fibrillazione

atriale)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

