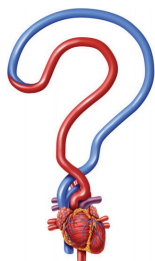


In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL



È raccomandato associare alla chirurgia della mitrale l'ablazione dell'eventuale fibrillazione atriale? Alcune evidenze dallo studio dei ricercatori CTNS

In questo numero *Stefano Benussi* e *Giosuè Mascioli* commentano lo studio dei ricercatori CTNS recentemente pubblicato sul *New England Journal of Medicine*. Lo studio ha randomizzato 260 pazienti con fibrillazione atriale persistente o persistente di lunga durata, che dovevano essere sottoposti ad intervento cardiocirurgico sulla valvola mitrale, a ricevere o meno una contemporanea procedura di ablazione dell'aritmia. I pazienti candidati ad ablazione sono poi stati ulteriormente randomizzati ad eseguire uno schema Maze biatriale oppure un semplice isolamento delle vene polmonari. L'endpoint primario era la libertà da fibrillazione atriale a 6 e 12 mesi; quelli secondari includevano un endpoint composito di eventi cardiaci e cerebrovascolari maggiori, eventuali reinterventi mitralici, la mortalità, la necessità di nuovi interventi sul ritmo, la riospedalizzazione e la qualità di vita. Lo studio ha dimostrato che la procedura ablativa è efficace nel ridurre le recidive aritmiche (63.2% di pazienti senza fibrillazione atriale nel gruppo ablazione vs 29.4% nel gruppo senza ablazione, $p < 0.001$), al prezzo di una maggiore incidenza dell'endpoint primario di sicurezza che mostra una chiara tendenza

verso la significatività ($p=0.12$), relativamente all'incidenza di scompenso cardiaco, e una reale significatività statistica relativamente alla necessità di impianto di un pacemaker ($p=0.01$). Sia Benussi che Mascioli sottolineano un dato che appare tanto critico quanto controverso: l'elevata incidenza di impianto di pacemaker. Gli autori dello studio attribuiscono questo evento avverso fondamentalmente a tre fattori: l'età media elevata dei pazienti, l'alta incidenza di intervento su altre valvole oltre la mitrale e, in parte, l'elevata percentuale di sostituzioni valvolari mitraliche. Benussi fa notare che nel conteggio dei pacemaker postoperatori, nel gruppo ablazione solo un terzo (9/26) era potenzialmente associabile all'ablazione concomitante. Nella genesi dei rimanenti disturbi di conduzione si dovrebbe piuttosto pensare ai concomitanti interventi di chirurgia tricuspide, mitralica ed aortica. Mascioli invece ritiene più plausibile che l'impianto di pacemaker fosse prevalentemente legato ad una complicità propria dell'ablazione, dato che le caratteristiche basali dei pazienti erano simili e l'incidenza di impianto di pacemaker nel gruppo non ablatato era solo dell'8%. Lo studio di Gillinov et al. è comunque uno studio estremamente interessante per il fatto di essere randomizzato e prospettico e per aver arruolato un elevato numero di pazienti. •

EDITORIALE E LINEE GUIDA

Articolo del mese

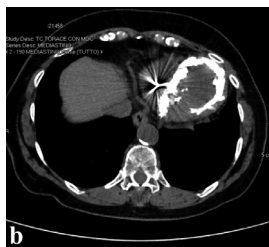


Linee guida ESC 2015 sulle aritmie ventricolari e la morte improvvisa

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine statunitense, le linee guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche". Una linea guida per la pratica clinica dovrebbe basarsi sulle migliori prove scientifiche disponibili e deve includere una dichiarazione esplicita sulla qualità delle informazioni utilizzate (livelli di evidenza) e importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (forza della

raccomandazione). Si definisce morte improvvisa la morte che sopraggiunge inaspettata, che avviene entro un'ora dall'inizio della sintomatologia acuta, in soggetti in pieno benessere o in soggetti il cui lo stato di malattia cronica non faceva prevedere un esito così repentino. Si stima che ogni anno in Italia muoiano improvvisamente circa 70 000 persone. In questo numero del *Giornale Italiano di Cardiologia* vengono riportate le ultime linee guida della Società Europea di Cardiologia relative alle aritmie ventricolari e alla prevenzione della morte improvvisa. *Maria Teresa La Rovere* ci offre un valido aiuto nella lettura di queste ultime, sottolineandone i punti innovativi e le principali modifiche rispetto alla stesura precedente. •

DAL PARTICOLARE AL GENERALE

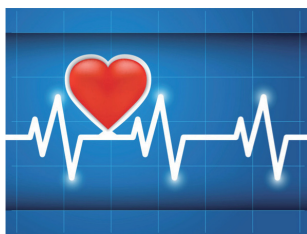


La calcificazione minaccia il cuore

La calcificazione miocardica massiva è un raro reperto clinico generalmente associato a pregresso infarto cardiaco, aneurismi ventricolari, miocarditi, fibrosi miocardica, tubercolosi e malattie sistemiche come la sarcoidosi e l'iperossaluria primitiva.

Raramente può essere associata a calcificazione dell'anulus mitralico o malattia reumatica. *Cinzia D'Angelo et al.* descrivono un caso di calcificazione miocardica massiva in assenza di noti fattori eziologici e con documentata progressione del processo patologico. •

REGISTRI



Registro Italiano Pacemaker e Defibrillatori: i dati relativi all'anno 2014

Il Registro Italiano Pacemaker (PM) e Defibrillatori (ICD) dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmiologia (AIAAC) raccoglie annualmente i principali dati demografici e clinici dei pazienti trattati con primo impianto o sostituzione di PM e ICD. In questo numero del Giornale, Alessandro Proclemer et al. presentano i dati relativi all'anno 2014 riguardanti le principali indicazioni all'impianto di PM o ICD e la

tipologia dei PM-ICD impiantati, in base ai dati provenienti dai centri italiani collaboranti. Il Registro PM ha evidenziato una stabilità nelle indicazioni clinico-elettrocardiografiche all'impianto e una netta prevalenza delle modalità di stimolazione atrio-guidate. L'uso di PM biventricolari ha riguardato invece un numero molto limitato di pazienti. Il Registro ICD ha confermato il largo utilizzo degli ICD in prevenzione primaria e un elevato utilizzo di ICD biventricolari, in accordo con le linee guida e i grandi trial. •