

## In questo numero

### PROCESSO AI GRANDI TRIAL *To die, to sleep*



I disturbi respiratori del sonno, che sembrano avere un'altissima prevalenza nello scompenso cardiaco, negli ultimi anni sono diventati oggetto di molte attenzioni da parte anche dei cardiologi. Sono due i principali tipi di disturbo respiratorio del sonno con cui dobbiamo confrontarci: la sindrome delle apnee del sonno di tipo ostruttivo (la cosiddetta OSAS, *obstructive sleep apnea syndrome*) e la sindrome delle apnee del sonno di tipo centrale con respiro periodico o di Cheyne-Stokes. Entrambe le condizioni causano ipossia, risvegli improvvisi, iperattivazione simpatica e variazioni emodinamiche, che contribuiscono al peggioramento dei sintomi e della prognosi dello scompenso. Per quanto riguarda le apnee centrali, la ventilazione meccanica non invasiva è stata proposta come possibile trattamento, anche se già nel 2005 uno studio randomizzato multicentrico, il CANPAP (Canadian Continuous Positive Airway Pressure for Patients with Central Sleep Apnea and Heart Failure), non aveva dimostrato benefici in

termini di prognosi con l'utilizzo della CPAP (*continuous positive airway pressure*). Recentemente, sono stati pubblicati i dati del trial SERVE-HF, in cui un'altra modalità di ventilazione non invasiva – la ventilazione servo-adattiva – non solo non ha dimostrato alcun beneficio di sopravvivenza, ma addirittura ha evidenziato un aumento del rischio di morte nei pazienti trattati. In questo numero, il trial SERVE-HF viene messo sotto la lente d'ingrandimento da *Maria Vittoria Matassini e Giuseppe Schillaci*, per riaprire la discussione su quali siano i principi fisiopatologici alla base di questi risultati. Le apnee centrali sono un meccanismo compensatorio dello scompenso cardiaco, o fanno parte invece delle cause dello scompenso stesso? I risultati negativi sono legati alla selezione della popolazione di studio, alla scarsa compliance, o al tipo specifico di dispositivo e algoritmo di ventilazione? Sicuramente il trial SERVE-HF non può chiudere il dibattito né la ricerca clinica sulla ventilazione nello scompenso cardiaco e sul legame fra respirazione, sonno e cuore. •

### LA COSA PUBBLICA



#### **Etica della ricerca nei malati critici**

Il principio della piena informazione e consapevolezza del paziente nel partecipare a una sperimentazione clinica è caposaldo irrinunciabile della moderna etica di ricerca. Tuttavia, la spiegazione della sperimentazione e la firma del documento di consenso informato sono atti difficilmente attuabili in un paziente che si trova in condizioni critiche, incapace di comprendere o anche soltanto di riflettere sul rapporto rischio/beneficio della proposta sperimentale fatta dal medico e sulle sue possibili opzioni alternative. Il nuovo Regolamento UE n. 536/2014 definisce che in simili condizioni il clinico esperto e i Comitati Etici, sulla base di un rigoroso

protocollo sperimentale, sono in condizioni di poter prendere una decisione appropriata. Tale decisione andrà successivamente confermata (consenso differito) dal paziente, se torna in condizioni idonee, o dai parenti o dal tutore legale, ai fini dell'utilizzo dei dati sperimentali. Questo nuovo Regolamento europeo porrà fine a un lungo periodo di disomogeneità legislativa tra gli Stati membri. Di tutto questo ci parlano *Stefano Savonitto et al.* con dovizia di esempi in Italia e all'estero. Una previsione non confortante degli autori: è probabile che per problematiche burocratiche e organizzative, il Regolamento europeo non troverà una piena attuazione prima del 2018. •

### POINT BREAK



#### **Pressione arteriosa: in medio stat virtus?**

L'ipertensione arteriosa rappresenta una delle più importanti cause di morte ed invalidità. Nonostante negli anni si siano susseguiti numerosi studi per stabilire quali siano i valori di pressione ottimali nelle varie categorie di soggetti, questo quesito rimane aperto. Lo studio SPRINT, promosso nel 2009 dal National Heart, Lung and Blood Institute per provare a dare una risposta a questo interrogativo, è uno studio multicentrico, randomizzato, che ha coinvolto 102 centri clinici negli Stati Uniti. L'ipotesi da testare era se un trattamento

più aggressivo della pressione arteriosa sistolica (al di sotto dei 120 mmHg) determinasse una minore incidenza di eventi cardiovascolari maggiori rispetto ai pazienti randomizzati ad un trattamento meno aggressivo (al di sotto dei 140 mmHg). Nel settembre 2015 lo studio è stato interrotto anticipatamente per un eccesso di beneficio nel gruppo di trattamento più intensivo rispetto a quello meno intensivo. *Paolo Verdecchia e Damiano Parretti* ci offrono un'analisi sia di questo studio che in generale degli ultimi megatrials sull'ipertensione arteriosa, da due

IN QUESTO NUMERO

>POINT BREAK

prospettive diverse. Il dibattito sull'esistenza o meno del fenomeno della curva J rimane aperto e attuale, soprattutto quando andiamo ad analizzare i vari sottogruppi delle popolazioni di studio e i diversi outcome. La difficoltà di applicare uno stesso cut-off a pazienti diversi, il rischio di un trattamento aggressivo nel paziente

molto anziano e fragile, le conseguenze potenzialmente deleterie dell'ipotensione ortostatica, in termini di mortalità, decadimento cognitivo, cadute e fratture, rimangono dei quesiti aperti, anche se i dati dello SPRINT sembrano molto convincenti e validi su una popolazione piuttosto eterogenea per età, sesso ed etnia. •

AL FONDO DEL CUORE



Cardiopatie in un mondo globale

«Quello che non si cerca difficilmente si trova» affermano *Luis Briceno* e *Walter Mosca* dell'Institute of Biomedicine della Central University del Venezuela, e in effetti non è frequente per noi cardiologi europei sospettare la malattia di Chagas in un paziente cardiopatico. Con circa 400 000 immigrati latino-americani presenti in Italia questa opzione però non è così remota, ed è cruciale un'anamnesi geografica, che raramente includiamo in una visita di routine. Il problema principale è la forte diffusione dell'infezione da *Trypanosoma cruzi*. Alcuni studi hanno stimato una prevalenza di *T. cruzi* in soggetti residenti in Italia ma provenienti da zone endemiche dal 3% all'8%, con picchi del 17% se provenienti dalla Bolivia. Ovviamente la

presenza di infezione non implica la malattia, ma impone comunque una serie di problematiche nella gestione del paziente positivo e del suo follow-up. La patogenesi della malattia è infatti complessa, con molti aspetti ancora non chiariti, che vengono ampiamente discussi in questa rassegna. L'interesse per questa patologia e per il suo trattamento è evidenziato anche dalla recente pubblicazione di un trial multicentrico, il BENEFIT (Benznidazole Evaluation for Interrupting Trypanosomiasis), condotto su 2854 pazienti in 49 centri in Brasile, Argentina, Bolivia, Colombia ed El Salvador. I pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco a ricevere benznidazolo o placebo. I risultati dello studio sono discussi e commentati, anche alla luce dell'esperienza personale degli autori. •

RASSEGNE



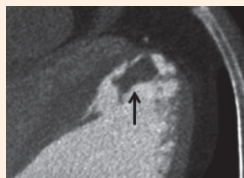
Tutto quello che avreste voluto sapere sul sesso ma non avete mai osato chiedere

Nonostante sia universalmente riconosciuto che la sessualità è una parte rilevante della qualità della vita, molti pazienti cardiopatici hanno una ridotta o insoddisfatta vita sessuale, non solo per limitazioni fisiche o psicologiche legate alla malattia, ma talvolta anche per colpa di noi cardiologi, che non poniamo abbastanza attenzione a questo aspetto. Quante volte includiamo delle domande specifiche sulla funzione sessuale durante l'anamnesi? Quante volte diamo adeguate informazioni sulla possibilità e sicurezza della ripresa dei rapporti sessuali dopo un evento cardiaco acuto o un intervento di cardiocirurgia? La stessa frequente reticenza del cardiologo possiamo ritrovarla nel paziente: pochissimi pazienti, sia uomini che donne, chiedono informazioni esplicite sull'argomento, con il

risultato che molti di loro cessano qualsiasi attività sessuale anche quando non sarebbe necessario. Molte informazioni poi non vengono fornite perché il cardiologo stesso le ignora. Sappiamo ad esempio quale sia la spesa metabolica media in termini di MET durante vari tipi di rapporto sessuale? Su questo numero, l'argomento è ampiamente trattato dai contributi di *Sabino Scardi*, sulla salute sessuale del paziente cardiopatico, e di *Giorgio Gandaglia et al.*, che affrontano in modo più specifico la problematica della disfunzione erettile. Quest'ultima, ormai da anni, è noto che possa essere considerata un segno precoce di cardiopatia ischemica, dal momento che le due condizioni condividono almeno in parte lo stesso meccanismo fisiopatologico e i fattori di rischio. La speranza è che in un futuro molto prossimo, includere l'aspetto della vita sessuale e dell'intimità nella valutazione globale del paziente diventi del tutto routinario, in pazienti cardiopatici e non. •

STUDI OSSERVAZIONALI

Articolo del mese



Incidentalomi e dintorni

Il problema degli "incidental findings" sta diventando sempre più consistente ed è destinato ad assumere dimensioni anche maggiori con il miglioramento delle tecniche diagnostiche, soprattutto di imaging, e l'aumento della loro risoluzione e definizione. In questo lavoro, *Massimo Magnacca et al.* dell'Ospedale Versilia hanno analizzato il

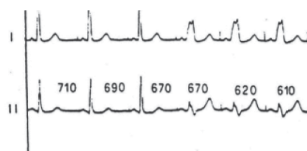
numero dei reperti incidentali in 840 soggetti, sottoposti ad angio-tomografia coronarica per nota o sospetta coronaropatia. Grazie a un team multidisciplinare di radiologi e cardiologi che ha eseguito e refertato gli esami, sono stati riscontrati ben 81 reperti incidentali in 72 pazienti, rappresentanti il 9% della popolazione studiata. È interessante l'analisi delle

IN QUESTO NUMERO

**>STUDI OSSERVAZIONALI**

caratteristiche cliniche di questo sottogruppo, e soprattutto il tipo di alterazioni rilevate, sia cardiache che extracardiache. In un numero relativamente alto di questi soggetti (45%), la scoperta incidentale ha portato a ulteriore follow-up clinico-strumentale e/o ha avuto implicazioni terapeutiche. Questo aspetto apparentemente marginale sembra quindi

avere rilevanti ricadute cliniche, nonché medico-legali. Gli autori inoltre analizzano nel dettaglio le indicazioni riguardo alla gestione di tali reperti, che spesso esulano anche dalle competenze specifiche del cardiologo, e che richiedono un ulteriore sforzo di lavoro di squadra con il radiologo e eventuali altri specialisti. •



**Quando la conduzione è super**

*Marcello Costantini* ci conduce fra le perigliose onde dell'ECG per spiegarci il fenomeno della conduzione supernormale nel blocco di branca intermittente e nella preeccitazione ventricolare intermittente o occulta, il cui meccanismo non è mai stato ampiamente affrontato nella letteratura scientifica. Vengono analizzati tramite valutazione retrospettiva alcuni casi nei quali erano presenti i due fenomeni, sottoposti a studio elettrofisiologico presso tre laboratori di elettrofisiologia clinica italiani. L'aspetto interessante è che la presenza di un deficit di conduzione attraverso le branche o attraverso una via accessoria atrioventricolare,

non ha basi anatomico-fisiologiche univoche. Inoltre, dai dati presentati si evince che la conduzione supernormale è un evento non così raro nell'aritmologia clinica quotidiana. In modo estremamente didattico l'autore spiega passo per passo questi complessi meccanismi, con l'ipotesi finale che conduzione supernormale e alternante siano fenomeni collegati da un punto di vista elettrofisiologico, tanto che l'evidenza elettrocardiografica di conduzione alternante attraverso una branca patologica o attraverso una via accessoria atrioventricolare, possa essere ritenuta indice della probabile presenza di conduzione supernormale attraverso la struttura stessa. •

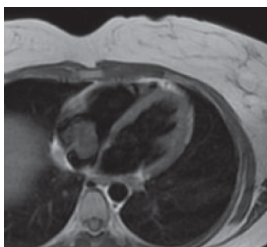
**La Sanità del XXI secolo: gli ambulatori infermieristici**



Una delle principali sfide della Sanità del prossimo futuro sarà la gestione delle patologie croniche. Fra queste, le malattie cardiovascolari giocano sicuramente un ruolo predominante, sia per l'elevato numero di pazienti con queste problematiche, sia perché spesso i pazienti cardiopatici cronici sono piuttosto anziani e con multiple comorbilità, per i quali è necessaria una presa in carico globale da parte di un team multiprofessionale. Nati in Svezia alcune decine di anni fa, gli ambulatori infermieristici hanno proprio lo scopo di gestire pazienti cronici come quelli con scompenso cardiaco. In questo lavoro, *Donatella Radini et al.* riportano l'esperienza proprio di un Ambulatorio Infermieristico Cardiologico di Continuità Assistenziale, con la sua organizzazione, finalità ed attività. Nell'arco di 5 anni, su 26 057 pazienti che hanno

avuto una valutazione clinica e strumentale cardiologica presso il Centro Cardiovascolare della Provincia di Trieste, 2081 pazienti ad elevata complessità clinico-assistenziale, elevato rischio cardiovascolare e/o con specifiche indicazioni terapeutiche sono stati presi in carico dall'Ambulatorio Infermieristico, per un totale di 4788 prestazioni. Alla base del programma c'è la sperimentazione di un cambiamento del modello assistenziale, in cui la valutazione infermieristica – essenziale per la comprensione dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti e per una gestione più personalizzata – supporta l'intervento cardiologico, intensificando la sorveglianza clinica e l'intervento terapeutico in continuità assistenziale. Questa valorizzazione delle competenze professionali infermieristiche inoltre consente di enfatizzare i concetti di responsabilizzazione, educazione all'aderenza ai programmi terapeutici, automonitoraggio ed autocura nel paziente cronico. •

**DAL PARTICOLARE AL GENERALE**



**Pratiche comuni e rare complicanze**

I cateteri venosi centrali (CVC) sono di utilizzo comune nella pratica clinica. Una rara ma seria complicanza è la trombosi atriale destra CVC-correlata, la cui strategia di trattamento ottimale è tuttora controversa. *Daniela Lanza et al.* riportano il caso di una giovane donna affetta da linfoma di Hodgkin con una trombosi atriale destra CVC-correlata, diagnosticata durante un'ecocardiografia di routine. La paziente è stata inizialmente trattata con terapia anticoagulante, ma, dopo che il caso si è complicato con un'embolia polmonare, la massa è stata

rimossa con un intervento cardiocirurgico mini-invasivo in minitoracotomia destra. Il caso clinico ci ricorda che l'esposizione prolungata a un CVC (soprattutto se posizionato in modo non ottimale) può causare una trombosi atriale destra e che questa può ulteriormente aggravarsi. Una revisione della letteratura in merito mostra che i dati pubblicati sono pochi e non ci sono studi clinici randomizzati; tutto ciò rende la scelta del trattamento più appropriato ancora controverso. I vantaggi di un approccio chirurgico mini-invasivo sembrano, a giudizio degli autori, innegabili. •