

## In questo numero

### PROCESSO AI GRANDI TRIAL



#### **Lo studio SMART-AV. Cambio manuale o automatico dell'intervallo atrioventricolare?**

L'ottimizzazione emodinamica dell'intervallo di stimolazione atrioventricolare nei sistemi di pacing è argomento ultraventennale che ha riguadagnato interesse negli ultimi tempi, per il potenziale ruolo nei pazienti scompensati trattati con terapia di resincronizzazione cardiaca. Eppure sembra destinata a rimanere questione dibattuta: è veramente utile? No, sembrerebbe la risposta ad una prima lettura del trial SMART-AV, che nella stimolazione biventricolare non ha dimostrato un beneficio dell'ottimizzazione eco-guidata né di quella gestita da un algoritmo incorporato nei dispositivi, rispetto alla "brutale" programmazione fissa dell'intervallo atrioventricolare.

Un altro duro colpo, dopo il trial PROSPECT, al ruolo dell'ecocardiografia come strumento per ridurre la quota dei *non responder* alla resincronizzazione, ed un freno agli entusiasmi generati dai sofisticati (e comodi) algoritmi per la

programmazione automatica degli intervalli di stimolazione.

Il processo allo studio SMART-AV, condotto da *Donato Mele, Luigi Padeletti e Alessandro Paoletti Perini*, solleva tuttavia dei ragionevoli dubbi: il primo, dopo una vera e propria "dissezione" del trial, ne mette in evidenza diversi limiti dovuti ad una certa arbitrarietà degli endpoint, ad alcune asimmetrie dei diversi bracci di trattamento, alle discutibili modalità del follow-up, e ci invita a non abbandonare gli sforzi per "recuperare" i *non responder*, proponendo un approccio di ottimizzazione ecocardiografica che potremmo definire "snello" e, come tale, facilmente applicabile. Analoghe perplessità sulle conclusioni dello studio sono espresse da Luigi Padeletti e Donato Mele che tuttavia, da un prevalente *background* di aritmologia interventistica, prospettano una via all'ottimizzazione guidata dai dispositivi, sulla base di parametri emodinamici rilevati da sensori *ad hoc*, citando esperienze non ancora pubblicate. Un processo in cui l'accusa sembra prevalere sulla difesa e di cui vi saranno, prevedibilmente, altre udienze. •

### STUDIO OSSERVAZIONALE



#### **Defibrillatore impiantabile ed invalidità civile: l'insostenibile pesantezza dell'ICD**

*Stefano Favale et al.* presentano uno studio osservazionale di tipo medico-legale di indubbio interesse su una problematica emergente, quella del riconoscimento di invalidità civile nei soggetti impiantati con defibrillatori automatici (ICD). La dimensione del problema è rilevante: nella casistica presentata il 45% dei portatori di ICD ha avanzato richiesta di invalidità a seguito dell'impianto. In questa popolazione, anagraficamente così estesa da comprendere una quota rilevante di soggetti in età lavorativa, le problematiche di interferenze elettromagnetiche, di idoneità alla guida, oltre agli shock appropriati e non e all'impatto psicologico del dispositivo si sovrappongono, nella maggior parte dei casi, ad una importante

cardiopatologia che di per sé può essere causa di invalidità. In effetti, non di rado l'ICD nel soggetto con cardiopatologia strutturale rappresenta "l'ultima goccia" che fa traboccare il vaso di una progressiva invalidità. All'estremo opposto vi sono gli individui, spesso giovani, con patologie dei canali o cardiopatie strutturali a basso impatto funzionale che ricevono il dispositivo in profilassi primaria, in cui un'eventuale parziale invalidità è da considerare primariamente in relazione all'attività lavorativa. Gli autori forniscono un interessante spaccato della situazione attuale ed una proposta valutativa che tenga in considerazione i diversi scenari che scaturiscono dall'interazione tra cardiopatologia, defibrillatore e attività lavorativa, superando se possibile i vincoli della classe NYHA. •

IN QUESTO NUMERO

LINEE GUIDA



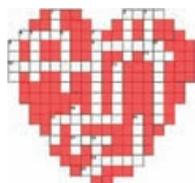
**Linee guida per il trattamento della fibrillazione atriale**

Il proliferare delle linee guida nel tempo (sempre più ravvicinate) e nello spazio (nazionali, europee, americane) può spiegare quella sensazione per cui il documento più recente sembra scarsamente innovativo. Non è questo il caso delle ultime linee guida sulla fibrillazione atriale elaborate dalla *Società Europea di Cardiologia*, in cui tra svariate rilevanti novità alcune meritano una menzione particolare: la presenza di raccomandazioni formali sulla scelta della strategia, che privilegiano il controllo della frequenza lasciando, in linea di principio, l'opzione di controllo del ritmo a quei casi in cui persista significativa sintomatologia; la definizione di una nuova categoria temporale di FA, "persistente di lunga durata", che sottintende l'accettazione di una strategia, finora negletta, che persegua il controllo del ritmo dopo un periodo anche protratto di controllo della frequenza; il debutto di tre nuovi *score*, sistemi a punti per quantificare rispettivamente l'intensità dei sintomi (EHRA *score*), il rischio trombotico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, che estende

considerevolmente il numero dei pazienti da avviare a trattamento anticoagulante rispetto al precedente CHADS<sub>2</sub>) e, per la prima volta, il rischio emorragico (HAS-BLED); l'ingresso "prepotente" del dronedarone come farmaco potenzialmente utile sia nel controllo del ritmo, in una vasta platea di pazienti, che nel controllo della frequenza; la menzione esplicita dei nuovi anticoagulanti (inibitori diretti della trombina e del fattore X) come alternativa al warfarin; la presenza di raccomandazioni formali sull'associazione anticoagulanti/antiaggreganti dopo sindrome coronarica acuta ed impianto di stent; il ruolo crescente dell'aritmologia interventistica.

Si può dissentire dalle linee guida, ma difficilmente si può oggi prescindere dalla loro conoscenza; per una patologia di quotidiano riscontro come la fibrillazione atriale, quindi, una lettura fondamentale, impegnativa, che rischia a tratti di risultare pesante anche per la mole del documento ... ma se tra le righe delle raccomandazioni e le colonne dei livelli di evidenza fossimo colti da noia e stanchezza potremmo agevolmente voltare pagina e divagarci tra le meno opprimenti griglie del cruciverba! •

CRUCIVERBA



**Il cruciverba cardiologico: un contributo "sopra le righe" (e tra le colonne ...)**

Non è esagerato definire "unico" questo contributo proveniente da *Gabriele Bronzetti*: un cruciverba a tema cardiologico. Il Comitato Editoriale del Giornale ha inizialmente esitato a valutare tale proposta, quantomeno irrituale per una rivista medico-scientifica; tuttavia l'esitazione iniziale è stata superata dalla miscela di ingredienti gustosi: l'arguzia di alcuni quesiti, l'ironia di alcune inattese

risposte, senza tradire il rigore delle informazioni veicolate. Il tutto in una veste grafica che dietro un'apparente familiarità cela una buffa sorpresa. Visto il contenuto prevalentemente (ma non esclusivamente) aritmologico del cruciverba ci è sembrato appropriato inserirlo in questo numero monotematico. Speriamo che anche i lettori del Giornale trovino questa provocazione piacevole e, perché no, informativa ... le vie dell'apprendimento possono essere infinite. •