



FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
CLINICA DEL LAVORO E DELLA RIABILITAZIONE
I.R.C.C.S.

“Favorire gli screening, la diffusione dei defibrillatori e rendere sistematiche le autopsie”. La cardiologa Silvia G. Priori ha coordinato i lavori per la stesura del documento



Prof.ssa Silvia Giuliana Priori -

Direttore scientifico dell'IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia e Ordinario di Cardiologia molecolare all'Università di Pavia

Pavia, 29 agosto 2015 – Come prevenire la morte improvvisa che, ogni anno, uccide 50mila persone in Italia, 350mila negli Stati Uniti ed è responsabile di molti dei 4 milioni di decessi per malattie cardiovascolari in Europa? La European Society of Cardiology-ESC, Società europea di cardiologia, che raggruppa 52 società scientifiche nazionali, ne sta discutendo, da ieri e fino al 2 settembre prossimo, a Londra con la partecipazione di 30mila studiosi da tutto il mondo (escardio.org).

La morte improvvisa è causata da un'aritmia ventricolare, detta fibrillazione ventricolare, che se non viene interrotta mediante una scarica elettrica, porta a morte in pochi minuti. Tale aritmia si sviluppa in pazienti che hanno malattie cardiache note, quali infarto miocardico o scompenso cardiaco, ma anche in persone giovani, con un cuore apparentemente sano ma con difetti genetici che rendono instabile il ritmo cardiaco.

Poiché nella maggior parte dei pazienti che muoiono improvvisamente l'aritmia fatale è il primo segno di malattia cardiaca, la sfida più importante per la cardiologia è quella di identificare questi soggetti prima dell'evento: la cosiddetta prevenzione primaria della morte improvvisa.

Le ultime linee guida europee sulla prevenzione della morte improvvisa risalgono al 2006 e, alla luce degli sviluppi occorsi negli ultimi 10 anni, l'ESC ha deciso di aggiornarle in modo da guidare i cardiologi ad adottare protocolli medici più adeguati, sulla base delle ricerche e delle tecnologie più recenti.

A guidare il gruppo di lavoro che ha predisposto le nuove *guidelines*, un'italiana, la prof.ssa Silvia Giuliana Priori, direttore scientifico dell'IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia e ordinario di Cardiologia molecolare all'Università di Pavia. Priori, *chairperson* del gruppo che ha stilato il documento diffuso oggi da ESC, spiega che uno "sforzo importante fatto dagli autori è stato quello di definire i metodi per identificare i giovani a rischio di arresto cardiaco. In questa popolazione, lo screening elettrocardiografico è di primaria importanza perché può identificare i primi segni di malattia cardiaca e rischio aritmico".

L'identificazione delle famiglie con ripetute morti improvvise in soggetti giovani è anche importante "perché una parte delle morti improvvise è ereditaria". Infine, il documento ribadisce l'importanza dello svolgimento sistematico di autopsia nei casi di morte improvvisa in soggetti ritenuti senza malattie cardiologiche preesistenti ed in particolare se di giovane età: "Ancora oggi, ci sono forti resistenze in questo senso – sottolinea Priori – comprensibilmente le famiglie di quanti sono colpiti, in modo impreveduto, drammatico e prevalentemente in giovane età, tendono a opporsi. Occorrerà che i medici, sensibilizzino i congiunti ad acconsentire agli esami autoptici, che possono portare alla identificazione di cardiopatie congenite e quindi mettere in atto un'attività di prevenzione sui congiunti di quanti perdono la vita".

Sempre nello sforzo di prevenire le morti improvvise, le nuove linee guida raccomandano la diffusione di defibrillatori in ambienti pubblici e che registrano quotidianamente il passaggio di molte persone. "Le evidenze scientifiche – ha proseguito Priori – mostrano che ogni minuto trascorso da un arresto cardiaco, prima che una persona venga rianimata, comporta la perdita del 10% della capacità di recupero cerebrale e delle altre funzioni vitali. Fondamentale quindi – conclude – la disponibilità di queste apparecchiature e anche la formazione, negli ambienti di lavoro, di studio, di persone in grado di effettuare le manovre di rianimazione".

Da Londra, dove si ricorda che le malattie cardiovascolari nel loro complesso uccidono ogni giorno 10mila persone in Europa, (1,9 milioni nell'Unione, 4 milioni nel Vecchio continente) più di quante ne muoiano per tutti i tipi di tumore, è stato stilato un decalogo per la prevenzione (vedi sotto).

“10 comandamenti” per il trattamento dei pazienti con aritmie ventricolari e per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa.

Congresso ESC Londra 28 agosto-2 settembre 2015

1. Studiare approfonditamente i pazienti con aritmie ventricolari note o sospette, applicando sia metodiche non invasive che invasive (quando indicate): una buona diagnosi eziologica è il primo passo per la gestione efficiente dei pazienti e per la prevenzione della morte improvvisa.
2. Sottoporre a uno studio autoptico completo le vittime di morte improvvisa, soprattutto quando

sono giovani: l'identificazione di una malattia genetica del cuore come causa della morte potrebbe salvare altri individui affetti nella stessa famiglia.

3. Considerare l'uso di un defibrillatore impiantabile in tutti i pazienti sopravvissuti ad un episodio di arresto cardiaco verificatosi senza apparenti cause reversibili o durante la fase acuta di un infarto miocardico. Questi pazienti hanno un alto tasso di recidive aritmiche potenzialmente fatali.
4. Assicurarsi che i pazienti con sindromi coronariche acute (infarto del miocardio, soprattutto con sopra livellamento del tratto ST) siano sottoposti urgentemente a rivascolarizzazione coronarica, specialmente quando hanno episodi ricorrenti di tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare: la riduzione dei ritardi aiuta a prevenire la morte improvvisa nelle sindromi coronariche acute.
5. Valutare ripetutamente la funzione contrattile del ventricolo sinistro (frazione di eiezione) nei pazienti con infarto acuto del miocardio, prima della dimissione e dopo 6-12 settimane dall'evento: i pazienti con cardiopatia ischemica possono beneficiare dell'impianto di un defibrillatore impiantabile per la prevenzione primaria della morte improvvisa.
6. Prescrivere una terapia ottimale nei pazienti con insufficienza cardiaca e grave disfunzione contrattile del ventricolo sinistro (frazione di eiezione ventricolare sinistra $\leq 35\%$), che comprenda farmaci (ACE-inibitori, beta-bloccanti e antagonisti dell'aldosterone) e, se indicato, un defibrillatore impiantabile.
7. Considerare l'aggiunta della terapia di resincronizzazione cardiaca per i pazienti con le caratteristiche del punto precedente, quando abbiano anche disturbi della conduzione intraventricolare (blocco di branca sinistro e durata del QRS > 120 ms).
8. Le nuove linee guida della Società europea di Cardiologia per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa hanno aggiornato i criteri diagnostici per alcune malattie aritmogene ereditarie, tra cui la sindrome del QT lungo e la sindrome di Brugada. Applica i nuovi criteri diagnostici nella tua pratica clinica.
9. Considerare l'ablazione trans-catetere (eseguita in centri esperti) per il trattamento di pazienti che con tachicardie ventricolari causate da "cicatrici" (secondarie ad un pregresso infarto o a una cardiomiopatia), o con frequenti tempeste aritmiche.
10. Discutere con i tuoi pazienti l'impatto che l'uso di un defibrillatore impiantabile può avere sulla loro qualità di vita, prima dell'impianto e durante la progressione della loro malattia. Considera la possibilità di disattivare il defibrillatore quando le loro condizioni cliniche peggiorano irreversibilmente. Rispetta sempre l'autonomia decisionale dei tuoi pazienti.

Londra, 29 agosto 2015

fonte: ufficio stampa