



IL CUORE DI ROMA

magazine

Organo di informazione trimestrale dell'Associazione
Il Cuore di Roma - Onlus • www.ilcuorediroma.org

mantieni il ritmo

Anno 2 - N. 2 - Aprile - Giugno 2010

GRAZIE DI... CUORE

dal Presidente



Caro Amico, cara Amica, ti racconto una storia.

Giovanna, una signora di 32 anni venne a trovarmi nel mio studio, perché aveva avuto un grave incidente stradale che le aveva procurato dei notevoli traumi corporei (frattura della mandibola, frattura della clavicola ematomi vari). "Non so cosa mi sia successo in realtà" cercava di spiegarmi, "ho urtato frontalmente contro un muretto senza rendermene conto. Non ricordo praticamente nulla di ciò che è successo. Forse mi sono distratta, forse l'auto ha slittato e non è più stata da me controllata".

Dopo questa descrizione dell'evento la mia curiosità aumentò e feci alcune domande alla paziente che risultarono poi molto utili ai fini diagnostici.

"In passato, anche andando indietro molto nel tempo, lei è mai svenuta?" "Ora che mi ci fa pensare professore ricordo almeno altri due episodi di perdita di conoscenza, ma molti anni fa. Uno a causa di un intenso dolore provocato dalla medicazione di una ferita ed un altro durante un prelievo di sangue". "Quando vede il sangue o pensa a interventi chirurgici le sembra di avere sintomi iniziali come se stesse per svenire?". "Quando mi trovo in situazioni simili sento spesso iniziare un po' di nausea e sudorazione e cerco di reagire e camminare,

ma l'unica manovra che sembra giovami è quella di assumere subito la posizione supina e attendere 5-10 minuti finché non passa tutta la sintomatologia. Se riesco ad interrompere il meccanismo prima di arrivare alla perdita di coscienza, in 5 minuti recupero benissimo e la mia giornata è totalmente normale, ma se insisto a rimanere in piedi e a reagire perché mi vergogno e non voglio farmi vedere dagli altri allora la situazione peggiora notevolmente. A questo punto non c'è più difesa: o mi sdraio subito o svengo nello spazio di pochi secondi.

All'Ospedale dove sono stata ricoverata mi hanno fatto un esame molto approfondito ma è risultato tutto normale anche se il neurologo non ha escluso che io possa avere una forma di epilessia e mi ha consigliato una terapia antiepilettica. La debbo iniziare? Sono veramente epilettica? Qual è il mio destino?". Giovanna era notevolmente in ansia per il suo stato di salute e direi anche comprensibilmente. Da un lato infatti era terrorizzata dall'idea di avere altre sincope e dall'altra non amava l'idea di considerarsi epilettica (specie con prove strumentali piuttosto dubbie e aspecifiche) e di iniziare una terapia continuativa a vita.

"Credo di poterla assicurare", le dissi, "molto probabilmente lei non ha alcuna forma di epilessia ma esclusivamente quella che viene da noi definita una "Sincope neuro-mediata" o "vaso-vagale" cioè una perdita totale di coscienza causata da un riflesso neuro-vegetativo che accentua gli effetti di una stimolazione vagale". Le spiegai che le nostre funzioni organiche sono continuamente regolate da un "tiro alla fune" tra due sistemi nervosi, il vago e il simpatico che hanno funzioni opposte. Per farla più semplice il "vago" rallenta il cuore e riduce la pressione arteriosa, il "simpatico" fa abitualmente il contrario. In alcuni soggetti, particolarmente sensibili ed emotivi, il vago può essere più potente del solito e reagire a stimoli esterni (vista del sangue, dolore intenso ecc) o subcon-

sci (ricordo di situazioni spiacevoli, stati emotivi particolari ecc) con risposte eccessive, cioè con notevole rallentamento dei battiti cardiaci (che possono anche fermarsi del tutto) oppure con un importante calo della pressione arteriosa (fino a livelli bassissimi) o con entrambi i meccanismi suddetti.

Ne consegue un mancato afflusso di sangue al cervello e, se prolungato, l'interruzione delle funzioni cerebrali e la perdita di coscienza. Se lo svenimento è prolungato si può osservare anche il rilasciamento degli sfinteri con perdita di urine e feci.

Se il paziente assume subito la posizione supina il sangue, grazie alla forza di gravità, raggiunge comunque il cervello e si evita la vera e propria sincope. Se ciò non viene fatto invece, si assisterà alla sincope con caduta in terra e potenziali traumi corporei di minore o maggiore gravità in rapporto al contesto nel quale l'evento si è verificato. Quando il paziente perde coscienza e cade, si riprende abitualmente quasi subito grazie al riafflusso del sangue al cervello.

Quando invece l'evento accade durante la guida dell'auto, la cintura di sicurezza mantiene il busto in posizione eretta e prolunga notevolmente l'ischemia cerebrale con totale perdita del controllo dell'automobile e rischi potenziali anche gravi. "Ma come faccio ad essere sicura di essere affetta da questa patologia e che terapie esistono per impedire

che mi ricapiti?". "Possiamo fare un tilt test, cioè un esame che consiste nel fare stare il paziente su di un piano inclinato di 60° per circa mezz'ora, osservando in continuazione il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa. Abitualmente, durante questo esame, il paziente ripete la sintomatologia riferita fino alla vera e propria sincope ed è possibile osservare quale è il meccanismo che la ha provocata.

Il tilt test di Giovanna provocò nuovamente la sincope e venne osservato sul monitor un arresto cardiaco di oltre mezzo minuto.

"Giovanna, la terapia giusta per lei è l'impianto di un pacemaker perché la sincope che le abbiamo provocato con il tilt test ci incita a ritenere che anche la sua sincope spontanea sia imputabile alla stessa causa". Comunque per aumentare il livello diagnostico possiamo impiantarle, sotto la pelle, un microchip (chiamato loop-recorder) che è in grado di registrare, in continuazione, per oltre due anni, il suo elettrocardiogramma e memorizzare eventuali eventi patologici (aritmie cardiache, blocchi cardiaci, arresti cardiaci) nel caso lei avesse un'altra sincope.

Con un taglio di circa un cm sulla pelle del torace, viene inserito sottocute a Giovanna il registratore elettrocardiografico. Dopo circa 3 mesi dall'impianto Giovanna ebbe un'altra sincope, questa volta per fortuna non alla guida, e con minimo trauma corporeo. Il tracciato elettrocardiografico registrato durante la sincope

venne automaticamente trasmesso dal loop-recorder, per via telefonica, al nostro centro di controllo al San Filippo Neri. L'ecg mostrava un arresto cardiaco molto prolungato.

Giovanna allora si convinse che l'impianto di un pacemaker avrebbe risolto la sua problematica. Il trattamento venne eseguito e la paziente non ha più avuto sincope da oltre tre anni. "Ho recuperato fiducia nelle mie possibilità di vivere una vita normale. Non ho più paura di svenire perché ho certezza che la "ruota di scorta" di cui sono stata fornita mi proteggerà sempre. Ho ripreso a viaggiare (come ero abituata a fare). Sto bene. Forse potrei avere un'altra gravidanza. Chissà!".

La sincope neuro-mediata è il più frequente tipo di sincope e se frequente, può divenire invalidante per più di un paziente. Spesso si osserva in soggetti particolarmente sensibili ed emotivi e ciò rende la loro sensazione di precarietà della propria salute particolarmente evidente. È evidente la necessità di assicurare i pazienti sulla buona funzione del loro organismo e sul significato esclusivamente funzionale di quanto loro accade. Il cosiddetto "counseling" cioè le raccomandazioni su come reagire fin dall'inizio della sintomatologia e di come evitare situazioni che possano peggiorare la manifestazione vagale, può essere utilissimo e a volte risolutivo. Nel nostro protocollo per lo studio della sincope neuro-mediata è inoltre previsto un colloquio con lo psicologo che può essere particolarmente utile a evidenziare eventuali eventi familiari, lavorativi, affettivi ecc che possono essere stati una importante concausa nel determinismo dell'evento sincopale.

I pazienti infine debbono poter contare su un facile e continuo accesso al Centro per la Sincope al quale si sono rivolti certi che il loro caso è stato correttamente inquadrato e compreso in tutte le sue sfaccettature organiche, funzionali, sociali e psicologiche.



**Unisciti a noi,
non delegare la tutela
della tua salute.**

**Mantieni
il ritmo!**

Maria Grazia
Cucinotta

Prof. Massimo Santini
Direttore Dipartimento Cardiovascolare
Ospedale San Filippo Neri, Roma

CORRI! PER SFUGGIRE ALLA VECCHIAIA

La 'dose' ideale di attività fisica negli over 60. Per mantenersi in forma, senza... 'acciaccarsi'!



DOTT. ALESSANDRO AIELLO

Numerosi studi hanno messo in luce gli effetti negativi della ridotta attività fisica nell'anziano (per esempio le alterazioni funzionali a carico dell'apparato locomotore, cardiocircolatorio, respiratorio e metabolico) e le proprietà "anti-ageing" dello sport condotto in maniera continuativa.

Tali consapevolezza hanno portato nel tempo ad una crescente diffusione della pratica sportiva, anche in età senile. Questa tendenza ha prodotto ottimi risultati in termini di miglioramento dello stato di salute e di controllo delle patologie cronico-degenerative tipiche dell'età adulta (obesità, diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari).

Chi pratica un'attività fisica in età avanzata, magari per la prima volta (di solito per motivi di salute), si trova a dover

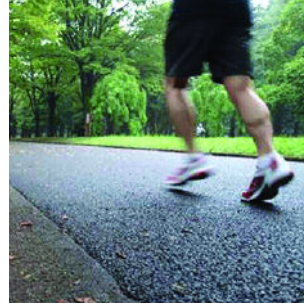
risolvere alcune questioni preliminari, per esempio quale attività scegliere, quali e quanti esercizi eseguire, come e quando allenarsi. In queste persone non è raro riscontrare un basso livello di capacità fisico-motorie e una ridotta motivazione al movimento. In tali casi, la strategia migliore è un approccio graduale all'attività fisica. Tanto più si è inesperti, con uno scarso livello di efficienza e di capacità motorie, maggiore è il tempo necessario per creare quegli adattamenti favorevoli all'esercizio fisico in grado di ottimizzare i risultati prodotti



da una pratica regolare. Trenta minuti quotidiani di attività fisica moderata rappresentano, per gli adulti, la quantità minima di esercizio necessaria per mantenersi in buona salute e per non incorrere nelle patologie tipiche della sedentarietà. Tale programma deve prevedere eser-

cizi che non creino sollecitazioni eccessive sulla colonna vertebrale e sull'apparato muscolo-scheletrico e che, in generale, non pongano l'organismo in condizioni di stress molto intenso, col rischio di compromettere il livello delle capacità di adattamento al lavoro tipiche di questa età. Sono consigliati gli sport aerobici (ginnastica aerobica, jogging, nuoto, camminata), le attività con i pesi leggeri (massimo 5 kg per braccio), gli esercizi di stretching, di rilassamento e di educazione respiratoria (yoga, Pilates). Gli obiettivi prioritari debbono

essere quelli del miglioramento della mobilità articolare, dell'efficienza muscolare e delle capacità aerobiche. Per quanto riguarda la possibilità di migliorare la mobilità articolare, un'attività fisica adeguata può portare ad un miglioramento anche del 30 per cento nei soggetti over 60.



Questo programma deve comprendere esercizi di mobilizzazione lenta associata a stretching regolarmente ripetuti almeno due volte alla settimana. Anche la forza muscolare può aumentare con l'allenamento, fino al 50 per cento, a seconda della tecnica utilizzata, l'impegno volontario e la durata e frequenza delle sedute. Le capacità aerobiche nei soggetti oltre i 60 anni possono migliorare dal 5 al 30 per cento, a seconda dei carichi di lavoro utilizzati ed alla durata dell'allenamento. I miglioramenti maggiori si hanno per soggetti con un'età media di 65 anni, per una frequenza cardiaca di lavoro di 130 battiti al minuto, mantenuti per almeno 30 minuti per seduta. È però necessario che il soggetto, sia all'inizio che quando è già adattato, si alleni con regolarità effettuando almeno due sedute alla setti-

mana. I carichi debbono essere progressivamente crescenti e l'intensità, anche se per brevi periodi, deve essere allenante. Occorre pure ricordare che è sufficiente un'interruzione di due settimane per avere regressioni, recuperabili però con una regolare ripresa dell'attività. Particolare importanza dovrà essere data alla fase di riscaldamento ed al periodo di recupero. Poiché le capacità di recupero sono minori, l'anziano dovrà rispettare tempi di recupero più importanti rispetto ad un giovane, specialmente in caso di sedute particolarmente impegnative come intensità e durata. Importante è nella terza età, qualora si voglia praticare regolarmente attività fisica, sottoporsi prima di iniziare ad una valutazione medica e cardiologica con esami specialistici giudicati, a seconda dei casi, necessari (ecocardiogramma o test ergometrico) con accurata valutazione del grado di efficienza dei vari apparati, al fine di evitare che questa pratica si risolva in un danno per l'organismo.

Dottor Alessandro Aiello

Dirigente Medico 1° Livello
Ambulatorio della Cardiopatia Ischemica
Ospedale S. Filippo Neri, Roma

Cercasi Volontari

Il Cuore di Roma sta sviluppando il programma per il 2011 che comprenderà molteplici attività sul territorio e particolarmente nelle scuole. Ha bisogno di volontari che mettano a disposizione del tempo libero per contribuire alla realizzazione delle varie attività programmate.

Chiunque desideri partecipare può comunicare, telefonicamente, per email o sul nostro sito la propria disponibilità, specificando i seguenti dati:

COGNOME - NOME - ETÀ - INDIRIZZO
TEL. - CELL. - EMAIL
DISPONIBILITÀ - MATTINO - POMERIGGIO
ATTIVITÀ PREFERITE

Tel. 06 33 06 31 91
info@ilcuorediroma.org
www.ilcuorediroma.org

COLOPHON
**IL CUORE
DI ROMA**
magazine

Periodico trimestrale
della Onlus
'Il Cuore di Roma'

Direttore
Massimo Santini

Direttore Responsabile
Maria Rita Montebelli

Segreteria di Redazione:
Irene Di Pinto

e-mail:
giornale@ilcuorediroma.org

sito web:
www.ilcuorediroma.org

Iscrizione al Tribunale di Roma
del 04/05/2009 n. 151/2009

Proprietà:
Il Cuore di Roma - Onlus

Grafica e stampa:
Silvestro Chiricozzi S.r.l. - Roma

LO SPAZZOLINO CHE FA BENE AL CUORE

La salute del cuore dipende anche dal sorriso.

La piorrea può infatti favorire l'insorgenza delle placche aterosclerotiche



DOTT.SSA CHIARA FOIANESI

Uno studio clinico tutto italiano ha dimostrato il beneficio che un'ottima e controllata igiene orale può avere sul cuore, riducendo il rischio di malattie cardiovascolari.

Lo studio ha messo in evidenza che in soggetti sani colpiti da malattia parodontale (comunemente chiamata 'piorrea') i rischi cardiovascolari aumentano conseguentemente alle alterazioni metaboliche e infiammatorie caratteristiche della patologia orale. La parodontite è una malattia

subdola e asintomatica e per questo, di difficile diagnosi precoce, causata da batteri che proliferano indisturbati nel cavo orale sotto forma di placca, la cui struttura complessa compone l'habitat ideale difficilmente attaccabile dal sistema immunitario e dai farmaci. La mancata rimozione della placca che si accumula tra il dente e la gengiva, provoca un'infiammazione locale che porterà, con il tempo, alla distruzione dei tessuti di sostegno dei denti, osso alveolare e legamento parodontale, i quali hanno il compito di mantenere ancorate le radici dei denti alle ossa mascellari.

La parodontite può colpire soggetti di ogni età: dai bambini con dentatura decidua (da latte) a soggetti nella terza età. Questa patologia frequente nei Paesi industrializzati è la prima causa di perdita di denti

e della conseguente incapacità masticatoria e fonatoria, per non parlare del disturbo creato alla vita di relazione.

I batteri patogeni che causano la parodontite riescono a penetrare nei tessuti gengivali, a raggiungere il circolo ematico e a produrre una intensa risposta infiammatoria locale con riflessi sistemici. Ciò significa che riescono a provocare patologie più o meno gravi, in organi o apparati lontani da quello d'origine.

La perdita di un gran numero di denti e la conseguente distruzione ossea del paziente parodontopatico grave, sono associati a un'aumentata prevalenza di placche aterosclerotiche carotidee. E infatti nei pazienti con patologie infiammatorie del cavo orale c'è un aumento del rischio di infarto miocardico e di aterosclerosi, dimostrato dal fatto che alcuni marker infiammatori, come la

proteina C reattiva (PCR), sono elevati sia nei pazienti parodontopatici, che in quelli affetti da infarto del miocardio!

Il trattamento della parodontite migliora dunque, secondo studi clinici controllati, la funzione dell'endotelio, in quanto il passaggio dei batteri patogeni dal cavo orale al sistema

vascolare coronarico, porta a gravi danni allo stesso. È evidente, quindi, che la malattia parodontale è associata alle lesioni indotte dall'aterosclerosi e che l'unica prevenzione di questa patologia può essere solo la corretta e continua igiene orale professionale e domiciliare, nonché l'elimi-

nazione radicale del secondo principale fattore di rischio che è il fumo.



È molto importante dunque, effettuare periodici controlli dal vostro dentista, se volete prendervi cura anche del vostro cuore.



Dott.ssa Chiara Foianesi
Odontoiatra

FARMACI ANTIAGGREGANTI: ATTENZIONE AI GASTROPROTETTORI E CAUTELA NEGLI ANZIANI

I pazienti coronaropatici spesso vengono trattati con l'angioplastica e con il posizionamento di stent (dei tubicini di metallo che mantengono aperta l'arteria appena dilatata dal palloncino). Il trattamento viene completato dalla somministrazione del clopidogrel, un antiaggregante piastrinico molto potente che può tuttavia far danni allo stomaco, fino a provocare dei sanguinamenti. Per questo spesso insieme al clopidogrel, vengono prescritti dei farmaci protetti-stomaco, come gli inibitori di pompa protonica (o PPI). Una metanalisi condotta su oltre 160 mila pazienti, dalla dottoressa Jolanta Siller-Matula dall'Università di Vienna e dal

professor Kurt Huber del Wilhelmina Hospital (Vienna) ha però dimostrato che l'impiego simultaneo di clopidogrel e di PPI può aumentare i rischi di danni al cuore. Nel senso che l'impiego simultaneo di PPI e di clopidogrel, riduce l'efficacia di quest'ultimo. "L'impiego di PPI – commenta il professor Huber – aumenta il rischio di eventi cardiovascolari maggiori del 29 per cento e il rischio di infarto del 31 per cento. Ma c'è anche un rovescio della medaglia positivo: l'impiego di PPI riduce il rischio di sanguinamenti del 50 per cento e comunque non aumenta la mortalità." Non tutti i PPI interferiscono però con l'azio-

ne anti-trombotica del clopidogrel allo stesso modo. Il compagno di strada peggiore è l'omeprazolo, mentre il pantoprazolo è abbastanza sicuro. "Essendo migliaia i pazienti sottoposti ad angioplastica e a posizionamento di stent coronarici ogni anno – afferma la dottoressa Siller-Matula – e visto che il clopidogrel è ampiamente utilizzato con l'intento di ridurre i trombi responsabili degli infarti, il nostro consiglio è di prescrivere solo se proprio indispensabile un gastroprotettore ai pazienti in terapia con clopidogrel e in quel caso di prescrivere un PPI che non dia interferenze, come il pantoprazolo".

Un'altra ricerca condotta presso l'Ospedale olandese di OLVG ha dimostrato che negli anziani, associare due trattamenti antiaggreganti piastrinici, una terapia utilizzata nel trattamento delle coronaropatie acute e croniche, aumenta il rischio di sanguinamento, ma non i benefici. "Rispetto ai giovani – spiega il professor Freek Verheugt – i pazienti anziani non sembrano avere benefici aggiuntivi dalla doppia antiaggregazione con aspirina e clopidogrel; studi condotti in passato hanno dimostrato che l'anziano sembra trarre maggior beneficio dalla sola aspirina. Nel caso dell'aspirina è stato chiaramente dimostrato che la ridu-

zione del rischio di ischemia è pari nel giovane e nell'anziano; ma nel caso del clopidogrel i benefici sono meno evidenti nell'età avanzata. E lo stesso dicasi per i nuovi antiaggreganti piastrinici, il prasugrel e il ticagrelor e per i cosiddetti inibitori dei recettori delle glicoproteine, quali l'abciximab, l'eptifibatide e il tirofiban. Sul fronte della terapia anti-coagulante infine, negli anziani sottoposti a fibrinolisi, le eparine a basso peso molecolare aumentano il rischio di sanguinamento e dunque andrebbero usate con cautela e a dosaggio ridotto.



M.R.M.

IL PAZIENTE CARDIOPATICO: ISTRUZIONI PER L'USO

Il cuore e l'organismo mandano segnali di fumo e allarmi. Impariamo a riconoscerli



DOTT. NICOLA MONTEFOSCHI

La possibilità di sviluppare una patologia cardiaca è direttamente correlata alla presenza di fattori predisponenti.

Questi fattori di rischio sono in parte di natura ereditaria e in parte legati alle abitudini e allo stile di vita. La presenza nei propri familiari (genitori, nonni, fratelli) di casi di infarto miocardico rappresenta un elemento che rende più probabile, rispetto alla popolazione generale, la comparsa di una malattia cardiaca.

Allo stesso modo alti livelli di colesterolo, ipertensione arteriosa, fumo, diabete mellito, obesità e vita sedentaria, determinano danni progressivi alle coronarie, predispongono ad una maggiore incidenza delle malattie di cuore.

Da questa premessa appare evidente come disturbi che possono essere di origine car-

diaca debbano essere valutati attentamente, alla luce del rischio maggiore o minore che presenta il soggetto.

Un dolore in regione toracica può essere imputabile per lo più a due cause: l'ischemia o l'infarto miocardico e la pericardite.

La riduzione del flusso coronarico transitoria e reversibile dà luogo ad una sintomatologia nota come *angina pectoris* che appare caratterizzata per lo più da sensazione di oppressione al torace, spesso irradiata al braccio sinistro o a spalle e braccia bilateralmente, talora accompagnata a malessere generale, sensazione di soffocamento e sudorazione fredda. La presenza di un'infiammazione del pericardio (pericardite), che nella maggior parte dei casi riconosce una origine virale, presenta caratteristiche analoghe anche se spesso il dolore toracico si modifica con gli atti del respiro e con i cambiamenti di posizione e insorge in concomitanza o spesso a breve distanza da una banale forma influenzale. Ma alla presentazione classica del dolore cardiaco si associano molti casi in cui i sintomi possono essere sfumati e difficilmente riconducibili al

cuore. L'ischemia cardiaca può infatti manifestarsi con disturbi apparentemente digestivi (nausea, vomito, eruttazioni), sensazione di fame d'aria improvvisa o inaspettata durante uno sforzo abituale (dispnea parossistica) o con una perdita transitoria di coscienza (sincope), legata ad un disturbo del ritmo cardiaco, scatenato dall'ischemia stessa. È quindi fondamentale in presenza di un dolore toracico scatenato da attività

fisica o infortunio improvvisamente a riposo, anche se tende a scomparire rapidamente, segnalarlo al proprio medico; questi valuterà, in base al profilo di rischio del paziente ed alle caratteristiche del disturbo, eventuali accertamenti specialistici, la cui tempestività è fondamentale per scongiurare un danno cardiaco (infarto) irreversibile.

Quindi, la presenza di un **dolore toracico nuovo, non spiegabile, anche se tran-**

sitorio deve sempre indirizzare verso il medico o lo specialista e mai essere sottovalutato.

Altro sintomo è la **difficoltà respiratoria (dispnea)**. Questa può presentarsi come espressione di un deficit contrattile transitorio del muscolo cardiaco (ischemia) o essere legata ad una disfunzione cardiaca irreversibile (scompenso cardiaco).

Nei pazienti con cardiopatia ischemica e pregresso infarto miocardico, la comparsa di 'fiato corto' durante un'attività fisica precedentemente ben tollerata o che si presenta in situazioni equivalenti ad uno sforzo fisico (ad esempio la digestione di un pasto abbondante), deve far pensare alle manifestazioni iniziali di uno scompenso cardiaco e quindi indirizzare verso accertamenti in tal senso.

Nei pazienti che effettuano periodici controlli per una patologia cardiaca e nei quali è presente il rischio di un'evoluzione della cardiopatia verso lo scompenso (se non adeguatamente controllata), il

progressivo aumento - senza una causa apparente - del peso corporeo, una riduzione della quantità di urine (diuresi) nelle 24 ore, la comparsa di gonfiore agli arti (edemi declivi) o la sensazione di tensione addominale, rappresentano elementi che devono indirizzare verso lo specialista.

Una perdita di coscienza improvvisa (tipicamente con caduta a terra e spesso con traumi) è la **sincope**. Tale disturbo può essere legato ad un rallentamento critico della frequenza cardiaca (bradiaritmia) o ad un aumento eccessivo della stessa (tachiaritmia) e deve sempre indirizzare verso lo specialista per una ricerca delle cause determinanti e le eventuali terapie. Frequente nei giovani e non, è la sensazione di battito irregolare od accelerato che spesso riconosce cause non cardiache (ad es. abuso di caffè o stress) che, specie se frequente e ripetuto, necessita anch'esso di ulteriori accertamenti.



Dott. Nicola Montefoschi
Responsabile Reparto di Cardiologia
Ospedale S. Filippo Neri, Roma

www.ilcuorediriroma.org

**Iscrivi gratis
un tuo amico al**



QUANDO FARE UN CHECK-UP CARDIOVASCOLARE?



DOTT. MARCO TUBARO

- 20-30 anni;
- quando arriva a sviluppare sintomi, la CHD è già in uno stadio avanzato;
- spesso la morte per CHD giunge improvvisa, prima di poter ricorrere alle cure cardiologiche, per cui la prevenzione riveste un'importanza particolare;
- molti casi di CHD possono

La prevenzione è sempre stata considerata importante in medicina, fin dai tempi più antichi (figura 1), ma lo è ancora di più oggi, quando lo stile di vita "occidentale" e il prolungamento della durata media della vita concorrono a fare della CHD una vera e propria epidemia. Alcuni dei principali fattori di

frimne le conseguenze. Nella (figura 2) è illustrata la tabella in uso in Italia, derivante dal Progetto Cuore, nato dalla collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità e la nostra Associazione dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). È ovvio ricordare come maggiore sia il rischio per un soggetto di sviluppare una CHD, maggiori e più accurati debbano essere i controlli cardiovascolari. Ad esempio, i pazienti con fattori di rischio multipli, i pazienti diabetici e coloro che abbiano anche un solo fattore di rischio cardiovascolare ma molto elevato, sono i primi soggetti nei quali effettuare interventi di prevenzione primaria. Anche i parenti stretti di pazienti con CHD precoce o a rischio molto alto devono sottoporsi al check-up cardiovascolare.

Il **rischio cardiovascolare globale** è il parametro che deve guidare la nostra attività di prevenzione cardiovascolare: la presenza di uno stesso fattore di

pletare un check-up cardiovascolare, ma tutte devono essere utilizzate dietro indicazione del cardiologo: innanzitutto l'ECG, quindi l'ecocardiogramma, l'indice caviglia-braccio (per valutare l'eventuale presenza di arteriopatie periferiche), l'ecodoppler dei vasi sovraortici, fino a metodiche più sofisticate quali la TC cardiaca (per valutare il grado di calcificazione delle coronarie).

La funzione renale ha notevole rilievo per il rischio cardiovascolare. Gli esami necessari sono due e piuttosto semplici:

- misurazione della creatinina plasmatica e valutazione della clearance della creatinina (CrCl) (espressione della funzione renale), utilizzando due formule facilmente calcolabili (Cockcroft-Gault o MDRD): una CrCl < 60 ml/min è associata a un rischio cardiovascolare significativo;
- raccolta urine delle 24 ore e valutazione dell'eventuale presenza di micro- (30-300 mg/24 h) o macro- (> 300 mg/24 h) albuminuria.

In conclusione, un check-up cardiovascolare è una procedura utile a prevenire le malattie cardiovascolari: molto può essere fatto con uno stile di vita sano, ma senz'altro i controlli medici hanno un ruolo chiave

Si intende usualmente per **check-up cardiovascolare** una serie di controlli clinici, strumentali e di laboratorio volti a identificare una malattia cardiovascolare prima che questa diventi clinicamente manifesta: questa attività medica va sotto il nome di **prevenzione primaria**.

La malattia aterosclerotica coronarica (CHD), che è alla base di gran parte delle malattie di cuore, presenta diverse temibili caratteristiche:

- è la principale causa di mortalità precoce in Europa;
- si sviluppa in modo insidioso e clinicamente silente nel corso di molti anni, iniziando già dalla fascia di età dei

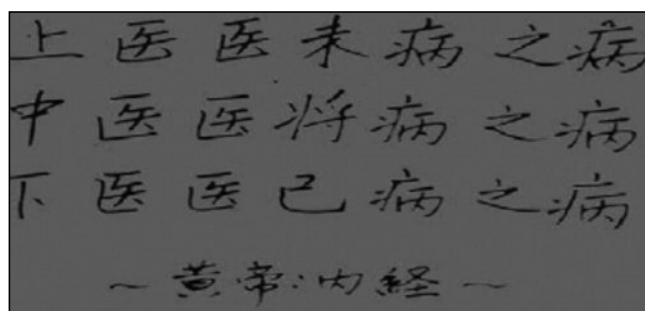


Figura 1 - Huang Dee: Nai-Ching (2600 BC, primo testo medico). I dottori superiori prevengono le malattie; quelli mediocri trattano la malattia prima che si manifesti; i peggiori trattano la malattia nel pieno della sua manifestazione.

essere prevenuti modificando lo stile di vita e controllando semplici parametri fisiologici e biochimici (peso, pressione, glicemia, colesterolo).

rischio sono stati inseriti dagli studiosi in speciali "tavole del rischio", facili da consultare, nelle quali è possibile "calcolare" il proprio rischio personale di sviluppare una CHD e di so-

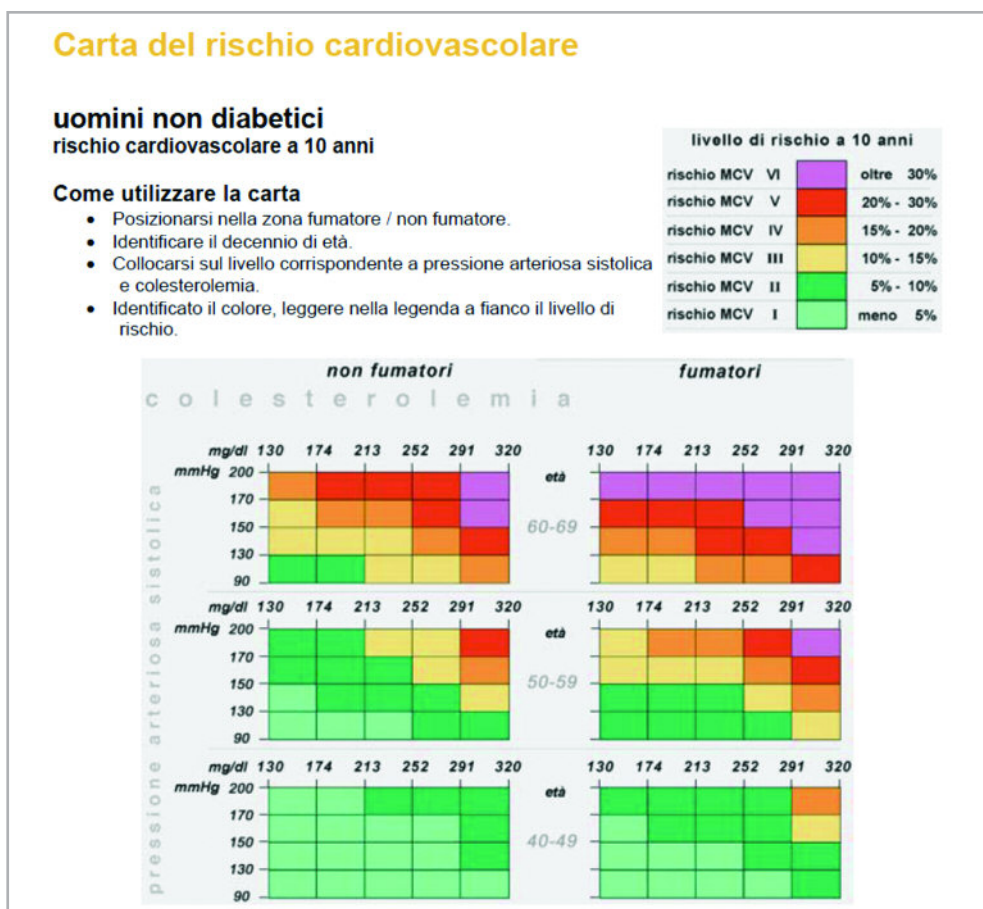


Figura 2 - Carta del rischio cardiovascolare secondo il Progetto Cuore: sezione per i soggetti di sesso maschile

Quali sono i fattori di rischio da controllare?

1. Fumo di sigaretta
2. Peso
3. Inattività fisica
4. Pressione arteriosa
5. Glicemia
6. Colesterolemia

Quali sono quindi gli obiettivi comuni che abbiamo nella prevenzione primaria?

1. non fumare;
2. mangiare sano: porzioni piccole, poco sale, privilegiare verdura, frutta fresca e pesce, usare olio extravergine di oliva e, se si vuole, bere un bicchiere di vino al giorno;
3. fare ogni giorno 30 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata (es: camminare di buon passo, andare in bicicletta in piano, nuotare)
4. mantenere il peso ideale:
 - a. indice di massa corporea < 25, calcolato con la formula: peso (kg) / altezza (m)²
 - b. circonferenza addominale < 102 cm (maschi) e 88 cm (femmine)
5. mantenere una pressione arteriosa < 140/90 mmHg
6. avere un colesterolo totale < 190 mg/dL e un colesterolo LDL < 115 mg/dl
7. avere una glicemia < 100 mg/dl.

rischio (es: ipertensione arteriosa) ha un rilievo molto diverso in un paziente a basso rischio oppure a rischio elevato, secondo la carta del Progetto Cuore. Diverse **metodiche diagnostiche** possono essere utili a com-

nel prevenire le malattie cardiovascolari, uno dei compiti più importanti affidato ai cardiologi.

Dott. Marco Tubaro
Responsabile UTIC
Ospedale S. Filippo Neri, Roma

QUANDO LA MORTE ARRIVA SILENZIOSA NEL SONNO

A caccia della sindrome di Brugada, il killer della notte, tra le pieghe dell'ECG



DOTT. VITO ALTAMURA

La sindrome di Brugada (SdB) è una delle ultime entità clinico cardiologiche descritte nel XX° secolo. Dopo segnalazioni in letteratura già a partire dall'anno 1953 con Osher e successivamente con Martini nel 1989, è giunta definitivamente all'attenzione scientifica soltanto nel 1992 con i fratelli Brugada. È una **malattia aritmica trasmessa geneticamente in modo autosomico dominante** con espressione variabile del gene anomalo che determina una disfunzione dei canali del sodio. Si caratterizza per la presenza di un **pattern elettrocardiografico tipico** con aspetto a blocco di branca destra completo o incompleto e con sopralivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali destre (V1 a V3). La **sincope**, una delle più comuni forme di presentazione, prevalentemente notturna, durante il sonno, è determinata solitamente da una **tachicardia ventricolare polimorfa veloce**. Nei casi in cui tale aritmia non termini spontaneamente degenera in fibrillazione ventricolare esitando in **morte improvvisa**, l'altra temibile forma d'esordio della sindrome. Si caratterizza inoltre per l'assenza macroscopica di segni clinici, biochimici e strumentali di cardiopatia organica. La prevalenza di questa sindrome è stimata essere circa **5/10.000** ed è una delle cause più frequenti di morte negli uomini di età inferiore ai 40 anni. L'incidenza è molto **più alta nei Paesi**

Asiatici dove è endemica. Tale sindrome **si manifesta in età adulta** con un'età media dell'esordio 41 ± 15 anni, i casi in età pediatrica sono rari. Una **storia familiare di morte improvvisa** è presente in circa il 20-40 per cento dei Paesi Occidentali. È stata descritta una **netta prevalenza del sesso maschile** rispetto a quello femminile (9.1) Il 70-80 per cento dei casi gli eventi aritmici, che si verificano di notte, spesso durante il sonno, probabilmente sono **mediati da ipertono vagale** con sincope, morte improvvisa o un transitorio respiro agonico.

Le anomalie elettrocardiografiche rappresentano un elemento indispensabile per la diagnosi. È da rimarcare che tali alterazioni sono spesso variabili ed assenti, ma **possono essere smascherate** attraverso dei bloccanti dei canali del sodio quali la **flecainide**.

Sono stati identificati 3 pattern elettrocardiografici tipici:

(Fig. 1)
• **Tipo 1** pattern "coved o a tenda" ritenuto patognomonico della malattia e la sua presenza, in basale o dopo test con bloccanti del sodio è considerata diagnostica.

• **Tipo 2** pattern "saddleback o a sella" ritenuto diagnostico solo se durante test farmacologico si assiste ad una conversione in Tipo 1 o se il sopralivellamento del tratto ST è $>$ di 2 mm

• **Tipo 3** sopralivellamento del tratto ST a sella di entità inferiore ai 2 mm (non diagnostico).

Altre importanti anomalie sono **disordini del sistema di conduzione** più o meno specifici. È frequente rilevare ingrandimenti dell'onda P o della durata del QRS. Il **prolungamento dell'intervallo PR** è spesso presente. È altrettanto frequente rilevare un **emi-**

blocco anteriore sinistro. Nella storia dei pazienti affetti da tale sindrome è facile rilevare **aritmie sopraventricolari** in particolare la **fibrillazione atriale in più del 20 per cento** dei pazienti affetti da SdB rispetto ai controlli. Sono inoltre state segnalate associazioni con **tachicardie da rientro nodale** e la **Sindrome Wolff-Parkinson-White**.

La terapia

La **chinidina**, ad alti dosaggi

nante l'individuazione di criteri certi per la stratificazione aritmica di questa popolazione consentendo la selezione delle categorie ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa. La **storia di un arresto cardiaco resuscitato e/o di sincope** è risultata tra i più importanti criteri per la previsione di eventi futuri. Inoltre, il **pattern ecgrafico Tipo 1**, diagnostico di SdB, è risultato essere di estrema utilità nella stratificazione del

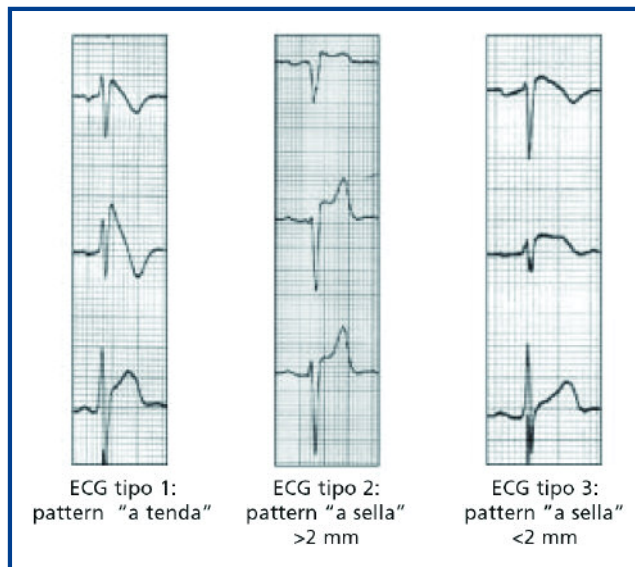


Fig. 1 Pattern ECG della sindrome di Brugada.

e quindi poco tollerata, sembra essere l'unico farmaco in grado di ridurre le aritmie maligne. Risulta inoltre anche l'unico anti-aritmico utile per la prevenzione della fibrillazione atriale in questi pazienti. L'utilizzo dell'**isoproterenolo** è riservato alla prevenzione in acuto delle recidive aritmiche quando sia evidente un fenotipo ECG 1 e lo si voglia convertire nei fenotipi 2 o 3.

L'assenza comunque di terapie farmacologiche efficaci e sicure nella prevenzione della morte cardiaca improvvisa condiziona pesantemente la gestione clinica di tali pazienti, rendendo al momento **l'ICD l'unico presidio terapeutico disponibile**. Risulta pertanto determi-

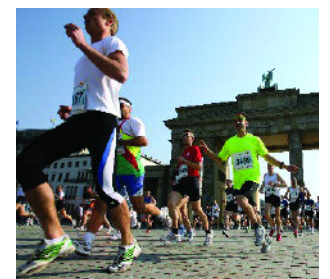
rischio aritmico (sincope, morte cardiaca improvvisa, interventi dell'ICD).

Esistono notevoli controversie riguardo al trattamento della sindrome di Brugada, poiché la prima domanda che ci si pone è se è necessario l'impianto di un defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD). Attualmente l'uso del defibrillatore è indicato in quei pazienti che hanno già sperimentato un episodio di morte improvvisa abortita a causa di aritmie ventricolari maligne (indicazione di classe I°). Al contrario, negli altri casi le indicazioni sono ancora incerte.

Dott. Vito Altamura
Dirigente Medico UOC Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri, Roma

LA MARATONA AMICA DEL CUORE

Uno studio dell'Università della Charité di Berlino, condotto su 167 maratoneti amatoriali che hanno preso parte alla maratona di Berlino nel 2006 e nel 2007 getta acqua sul fuoco rispetto al dubbio che questo tipo di sport possa determinare danni al cuore, soprattutto tra i partecipanti più anziani. I ricercatori tedeschi hanno sottoposto questi atleti ultra 50enni ad ecocardiogramma e ad esami del sangue (biomarker cardiaci), immediatamente prima della gara, al termine della stessa, poi a distanza di due settimane. Subito dopo la corsa, sono state riscontrate importanti modificazioni a carico della funzionalità diastolica e di quella del ventricolo destro, che tuttavia rientravano ancora nei limiti di normalità. A distanza di due settimane, non



ne rimaneva traccia. Queste alterazioni sono probabilmente legate alla tachicardia e alla disidratazione che si verificano durante la maratona. Anche il modesto aumento di alcuni biomarker viene spiegato dai ricercatori come dovuto ad alterazioni funzionali dei cardiomiociti e non ad un danno miocardico.



M.R.M.

UN'INCLINAZIONE... PER LA SINCOPE!



Il tilt-test, ovvero quando è necessario far perdere i sensi al paziente per scoprire la causa dei suoi disturbi



PROF. FABRIZIO AMMIRATI

“Dottore, è proprio necessario eseguire un esame che mi fa svenire? Ma può essere pericoloso che io perda coscienza durante l'esame?” Queste sono le perplessità che ha il paziente quando gli viene proposto il tilt-test. L'idea che possa avere una perdita di coscienza gli rende difficile accettare di essere sottoposto a tale esame.

Il **tilt-test** viene proposto ai pazienti che soffrono di perdite di coscienza transitorie quando l'ipotesi è che la perdita di coscienza possa dipendere da una sincope vasovagale o svenimento comune. Si effettua con un protocollo ormai standardizzato (vedi **fig.1**) che consiste nell'utilizzare un lettino che, manualmente o con un motore elettrico, fa cambiare posizione al paziente portandolo dalla posizione “distesa” alla posizione “in piedi” con un'inclinazione di 60-70 gradi. Tale posizione viene mantenuta per circa 20 minuti e per ulteriori 15 minuti dopo aver fatto sciogliere sotto la lingua una piccola quantità di farmaco vasodilatatore come la nitroglicerina. L'obiettivo è quello di indurre un riflesso vasovagale attraverso la posizione inclinata e la somministrazione del farmaco. Il paziente, durante tutto l'esame, viene protetto con delle cinghie che avvolgono il corpo e lo sostengono al momento di un'eventuale perdita di coscienza. Se il paziente è suscettibile alla sincope vasovagale o svenimento comune durante l'esame può avere una perdita di coscienza

a causa di una repentina riduzione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Tali modificazioni emodinamiche dipendono da un'esagerata attivazione del nervo vago (che determina bradicardia, ipotensione con conseguente riduzione dell'irrorazione cerebrale) a scapito del sistema simpatico (che favorisce l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione). Il test deve essere condotto fino alla perdita di coscienza del paziente e può essere interrotto solo in caso di malessere prolungato (oltre i 3-4 minuti) a cui non

nella caduta a terra con perdita di coscienza e ripresa rapida e spontanea.

Quando la sincope rimane indeterminata, anche in un paziente cardiopatico, è utile verificare la presenza del riflesso vagale con il tilt-test visto che la sincope vasovagale può manifestarsi anche in presenza di una cardiopatia. Nelle persone anziane con sincope, cadute a terra inspiegate e politerapia farmacologica il tilt-test può essere utile per identificare le forme di sincope da ipotensione ortostatica tipiche della terza età

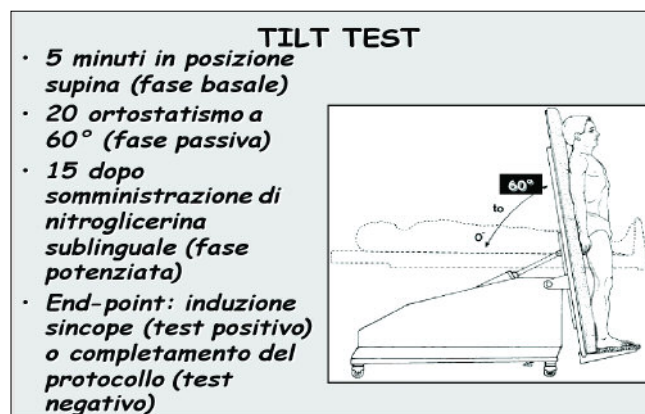


FIG.1 PROTOCOLLO DI ESECUZIONE DEL TILT-TEST

segue una perdita di coscienza. La sincope indotta da tale esame, benché apparentemente impressionante, è assolutamente di natura benigna e transitoria. Infatti il paziente, appena riportato in posizione distesa, riprende spontaneamente lo stato di coscienza in virtù della ripresa della pressione e del battito cardiaco con conseguente ripristino dell'irrorazione cerebrale.

Il tilt-test deve essere proposto prevalentemente quando il paziente non mostra segni clinici ed elettrocardiografici di cardiopatia e la sincope ha le caratteristiche di uno svenimento comune che consistono in un fattore ambientale o psicologico scatenante (caldo intenso, paura, forti emozioni ecc...), nella presenza di sintomi prodromici (nausea, pallore, sudorazione a freddo),

che si caratterizzano per un calo della pressione arteriosa, dovuto ad una perdita della capacità di adattarsi ai cambiamenti di posizione, quando il paziente sta in piedi.

Il paziente a cui viene proposto il tilt-test può essere rassicurato sulla “sicurezza” dell'esame che, benché induca una perdita di coscienza, non è pericoloso perché il malessere indotto dal test è transitorio, rapido e non procura danni. Inoltre il tilt-test permette di formulare una corretta diagnosi, evitando altri accertamenti inutili, e di informare ed istruire il paziente su come prevenire la perdita di coscienza dopo averla sperimentata in un ambiente protetto e sicuro.

Prof. Fabrizio Ammirati
Direttore UOC Cardiologia G.B. Grassi

SCIARE CON LA TESTA (PENSANDO AL CUORE...)

Autunno, tempo di gite in montagna e delle prime sciare. Un modo sano per rigenerare lo spirito e il corpo. Ma attenzione a non lasciare a casa il buon senso! Una ricerca dell'Università di Innsbruck ha studiato il rischio di infarto miocardico tra i turisti che invadono le Alpi Tirolesi nella stagione della neve. Una preparazione inadeguata all'intenso sforzo fisico richiesto dallo sci, associata agli effetti dell'alta quota e delle basse temperature, aumenta notevolmente il rischio di infarto, in particolare nei primi due giorni di vacanza. “Ogni anno – spiega Bernhard Metzler, cardiologo presso l'Università di Innsbruck – milioni di turisti scelgono le Alpi Tirolesi per dedicarsi ai loro sport invernali preferiti, ognuno dei quali comporta un certo rischio”. E pensando ai rischi di questi sport vengono immediatamente in mente brutte cadute e fratture. Ma ci sono delle sorprese. “Già in passato è stato evidenziato che un sorprendente 40 per cento di tutte le fatalità che si registra tra i turisti è dovuto a morti improvvise, solitamente legate ad un infarto.” Dei 1.600 pazienti ricoverati per sintomi cardiaci all'Ospedale di Innsbruck dal 2006 al 2010, 170 presentavano effettivamente un infarto. Nel 56 per cento dei casi, l'evento si era presentato nei primi due giorni di vacanza, passati a sciare dalla mattina alla sera. Solo il 19% di loro sapeva di essere cardiopatico e il 50% di loro non praticava regolarmente uno sport, al di fuori

della vacanza. Anche l'alta quota sembra giocare un ruolo, visto che gli infarti avvenivano ad una media di 1.350 metri. Infine, il 70% degli infartuati presentava almeno 2 dei classici fattori di rischio per malattie cardiovascolari, dal fumo, al diabete, alle dislipidemie. “Il fatto che la maggior parte degli infarti si sia verificato nei primi due giorni di vacanza – commenta il dottor Gert Klug, dell'Università di Innsbruck – attira l'attenzione sul ruolo causale della mancanza di preparazione all'esercizio fisico intenso, al freddo e ad alta quota. Ognuno di questi fattori è in grado di scatenare un infarto. Prima di andare a sciare è bene dunque sottoporsi ad un allenamento graduale e ad un'attenta valutazione dei fattori di rischio. Anche in chi non sa di essere cardiopatico”.



M.R.M.

IN BREVE

Per un errore tipografico nel numero scorso (gennaio-marzo 2010) nell'articolo “L'ABC del BLS del Dott. Alfredo Macchiusi, la frase “la percentuale di sopravvivenza è solo il 2-3 %” è diventata... “23%”, e la frase “deve subire un abbassamento di 4-5 cm” è diventata... “45 cm”. Ce ne scusiamo con l'autore e con i lettori.

CUORE E RENI: LE RELAZIONI PERICOLOSE

Le malattie di cuore fanno soffrire anche i reni. E viceversa



DOTT.SSA NADIA ASPROMONTE

La complessa interazione cuore-rene è oggetto di grande interesse culturale e rappresenta la sfida più attuale nella ricerca clinica cardiologica. Circa un quarto dei pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco presenta un deterioramento della funzione renale più o meno reversibile dovuto a malattia renale intrinseca o a inadeguata perfusione renale; spesso le due cause coesistono. In questo contesto è difficile stabilire se il danno renale rappresenti di per sé un fattore prognostico

negativo, o se sia da interpretare come segno di avanzamento della patologia cardiaca.

Recita un vecchio adagio: "ciò che danneggia il cuore, prima o poi danneggia anche il rene". Ma è vero anche il contrario. Eppure se ne parla poco, come se l'attività dell'organo 'rene' fosse meno importante rispetto a organi "nobili" come il cuore o i polmoni. E invece il rene svolge un'azione essenziale per l'organismo. La sua funzione principale consiste nel filtrare il sangue dalle sostanze tossiche e dai prodotti di rifiuto del metabolismo. L'esito di questo processo di filtro è la produzione di urina. Una seconda funzione fondamentale consiste nell'eliminazione, proprio attraverso l'urina, di acqua e sali minerali (per esempio il sodio, il calcio o il potassio) in eccesso. L'importanza dei reni si esprime infine attraverso la produzione di due ormoni:

la renina, fondamentale per regolare la pressione arteriosa, e l'eritropoietina, che stimola il midollo osseo a produrre globuli rossi.

È ormai noto da anni che la compromissione dell'apparato cardio-vascolare nei nefropatici è molto elevata e lo è ancor più nella fase avanzata della malattia renale (stadio III e IV) quando si realizza il massimo della vulnerabilità cardiovascolare. La ragione appare chiara se si pensa che l'unità elementare del rene, il glomerulo renale, non è altro che un capillare sanguigno avvolto su se stesso e i disturbi che coinvolgono l'apparato circolatorio, come l'ipertensione arteriosa, lo coinvolgono inevitabilmente. Pazienti con malattia renale cronica hanno un'incidenza inaccettabilmente elevata di morte cardiovascolare. La maggior parte delle morti cardiache nei pazienti con insufficienza renale cronica sottoposti a

dialisi sono attribuibili ad aritmie e morte improvvisa. Può il rischio di morte cardiovascolare essere ridotto in queste popolazioni?

Per identificare e trattare questa particolare condizione patologica è stato coniato il termine di **sindrome cardio-renale** che può essere definita come grave disregolazione dei sistemi neuroendocrini e si esprime clinicamente come insufficienza combinata della funzione cardiaca e renale. Una recente classificazione, mirata ad evidenziare gli aspetti fisiopatologici nei diversi contesti clinici acuti/cronici e la tendenza alla progressione, definisce 5 possibili scenari clinici cardiorenali: 1) *Sindrome Cardio-Renale Acuta*, caratterizzata da un rapido peggioramento della funzione cardiaca condizionante un danno renale acuto; 2) *Sindrome Cardio-Renale Cronica*, caratterizzata da un danno cardiaco cronico (es. scompenso cardiaco cronico) condizionante un danno renale cronico progressivo (insufficienza renale cronica); 3) *Sindrome Reno-Cardiaca Acuta*; 4) *Sindrome Reno-Cardiaca Cronica*; 5) *Sindromi Cardio-Renali Secondarie* a malattie generali o di tutto l'organismo.

Questo tipo di approccio metodologico e culturale, se condiviso, potrebbe essere utile per impostare nuovi studi sulla diffusione reale di questa sindrome nella popolazione generale e per identificare correttamente gli interventi terapeutici più efficaci nella gestione quotidiana di malati complessi e delicati.



Dott.ssa Nadia Aspromonte
Responsabile Unità
per lo Scompenso Cardiaco
Ospedale S. Filippo Neri, Roma

CARENZA DI VITAMINA D: PEGGIORA LO SCOMPENSO?

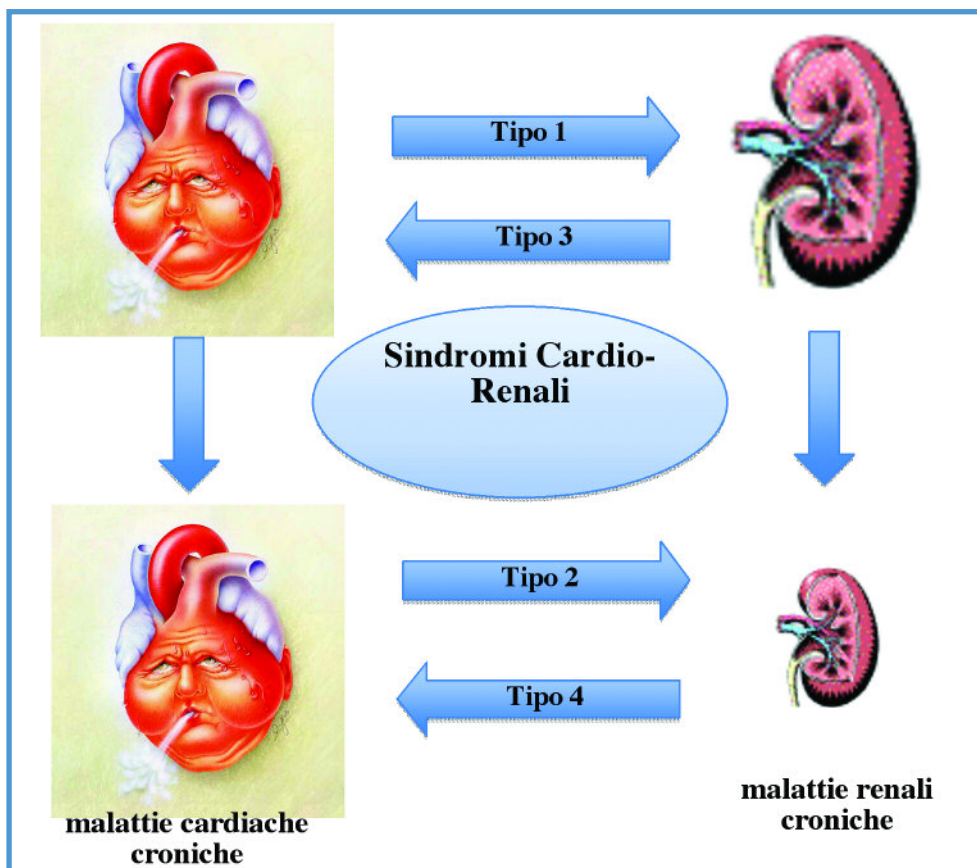
Le percentuali di sopravvivenza nei pazienti con scompenso cardiaco sono peggiori in chi ha carenza di vitamina D. Lo dimostra un grande studio condotto dall'Università di Groningen (Olanda). I risultati della ricerca suggeriscono anche che basse concentrazioni di vitamina D sono associate con un'attivazione dell'asse renina-angiotensina, un sistema di regolazione fondamentale nello scompenso cardiaco, e con aumentati livelli di citochine infiammatorie. Fino a qualche anno fa ritenuta implicata solo nel metabolismo dell'osso, di recente si è scoperto che tutti i tessuti hanno recettori per la vitamina D che dunque potrebbe essere implicata in diversi contesti di malattie croniche, dai tumori, alle patologie autoimmuni, alle malattie renali, alle infezioni, all'ipertensione



sione e forse nello scompenso cardiaco. Lo studio olandese dimostra che più basse sono le concentrazioni di vitamina D, maggiore è il rischio di morte o di ospedalizzazione nei pazienti con scompenso cardiaco.

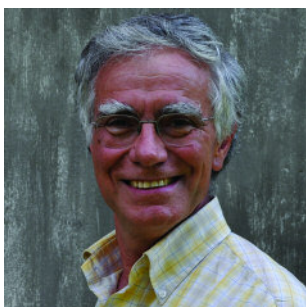


M.R.M.



QUANDO IL TAPPO CREA UN INGORGIO PERICOLOSO

Trombi ed emboli. Come prevenirli con i farmaci giusti. Senza rischiare i sanguinamenti



DOTT. LEOPOLDO BIANCONI

Il nostro sangue è dotato della capacità di coagularsi, cioè di passare dallo stato liquido a quello solido, grazie a un sistema complesso in cui uno stimolo fa partire una cascata di reazioni chimiche. Queste portano alla fine alla formazione di una sostanza, la fibrina, che forma una specie di rete in cui restano impigliate le cellule del sangue, formando il cosiddetto **coagulo**.

Ciò accade normalmente quando il sangue viene a contatto con l'esterno, come nel caso di una ferita. Il coagulo serve infatti a bloccare l'emorragia. Questa capacità è, come si intuisce, fondamentale, in quanto in sua assenza rischieremo di morire disanguinati anche per piccole ferite. Ed è quello che si verifica in persone che hanno difetti ereditari di una delle proteine della coagulazione, come l'emofilia.

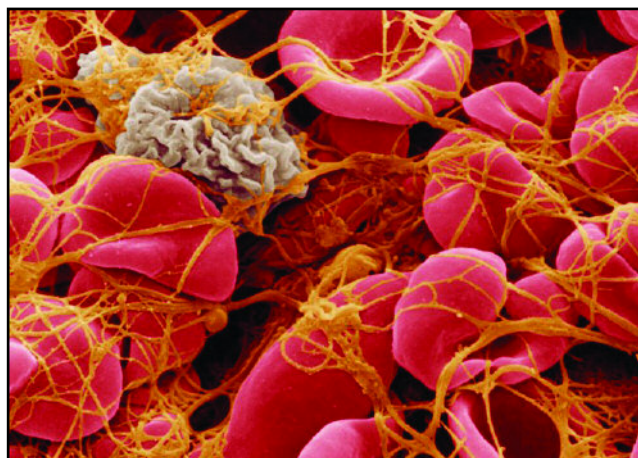
Purtroppo, esistono delle condizioni patologiche in cui il sangue coagula all'interno

dell'organismo. In questo caso non si parla di coagulo, bensì di **trombo**. Il trombo è infatti un coagulo che si forma nel punto sbagliato: non per bloccare la fuoriuscita di sangue in corrispondenza di una ferita, ma all'interno del sistema circolatorio. In un'arteria, in una vena o nel cuore.

I trombi si formano solo in presenza di condizioni patologiche: quando esiste un difetto nel complesso sistema che governa la coagulazione, quando il flusso del sangue è molto rallentato e quando esiste una alterazione della parete dei vasi. Spesso il trombo, se non ostruisce completamente il vaso dove si è formato, non dà segno di sé. Ciò non significa comunque che la sua presenza non sia pericolosa. Se infatti il trombo si stacca, in tutto o in parte, viene trascinato dalla corrente sanguigna e va ad ostruire un vaso a valle. Si parla in questo caso di embolia. **L'embolo** può colpire qualunque organo, privandolo del vitale flusso sanguigno. L'organo più vulnerabile è il cervello, perché le sue cellule possono resistere solo pochi minuti senza apporto di ossigeno prima di morire. L'embolia cerebrale è quindi causa di ictus.

Esistono diversi farmaci che sono in grado di ridurre la capacità del sangue a coagulare, bloccando una delle protei-

ne la cui attivazione porta alla formazione del trombo. Alcuni di questi farmaci, come l'eparina, si usano per via endovenosa esclusivamente in ospedale per combattere le trombosi in fase acuta. Altri, come gli anticoagulanti orali e, in certi casi, le eparine per via sottocutanea, si usano per prevenire le trombosi.



Le patologie più frequenti che predispongono alle malattie trombo-emboliche sono: (1) la fibrillazione atriale, (2) le valvole cardiache meccaniche, (3) le trombosi venose profonde delle gambe. Nei primi due casi i trombi tendono a formarsi nel cuore (nell'atrio sinistro nel primo caso e sulla valvola stessa nel secondo) e le embolie che ne derivano possono colpire tutti gli organi del corpo, più frequentemente il

cervello. Le trombosi venose possono invece provocare embolie polmonari.

I **farmaci anticoagulanti orali** che oggi abbiamo a disposizione (warfarin e acenocumarolo) bloccano la produzione da parte del fegato di una proteina della coagulazione, riducendo la capacità del sangue a coagulare. Questa

dose adatta fino al controllo successivo. Sono attualmente in studio nuovi farmaci che non hanno questi inconvenienti e che possono essere assunti a dose fissa. Uno di questi, il **dabigatran**, ha dato ottimi risultati e dovrebbe essere disponibile a breve, per i pazienti con fibrillazione atriale. È comunque necessario tener presente che qualunque terapia anticoagulante riduce il rischio di trombosi, ma aumenta comunque quello di emorragie. È quindi dovere del medico mettere sulla bilancia questi due aspetti contrastanti e proporre al paziente la scelta più opportuna, considerando il rischio trombotico ed emorragico del singolo paziente. Esistono infatti diversi gradi di rischio trombotico. Nei casi a rischio più elevato (ad esempio valvole cardiache meccaniche, fibrillazione atriale in pazienti con patologie cardio-vascolari) la terapia anticoagulante non si discute, mentre in altri, soprattutto se il paziente ha già sofferto di emorragie, il rapporto rischio-beneficio della terapia può essere meno vantaggioso e solo un colloquio approfondito con il medico permetterà di raggiungere insieme una decisione adeguata.

Dott. Leopoldo Bianconi
Responsabile Reparto di Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri, Roma.

TERAPIE DI FERRO PER CUORI SCOMPENSATI

Una persona su tre presenta un deficit di ferro e questa condizione è stata di recente associata a malattie croniche quali l'artrite reumatoide, le malattie infiammatorie intestinali, il Parkinson, l'insufficienza renale. Una ricerca

dell'Università di Wroclaw (Polonia) ha di recente dimostrato che una carenza di ferro è presente anche in un terzo dei pazienti con scompenso cardiaco, non anemici. "Il deficit di ferro - commenta il dottor Piotr Ponikowski,

dell'Ospedale Militare di Wroclaw - sembra condizionare la resistenza allo sforzo e peggiora la qualità di vita. Forse costituisce anche un segno prognostico negativo. Vista la frequenza di questa condizione e le sue conse-

guenze cliniche, andrebbe sempre ricercato nei pazienti con scompenso cardiaco e possibilmente corretto. I cardiologi dovrebbero essere sensibilizzati all'importanza del deficit di ferro nei pazienti scompensati ed essere in

grado di valutarlo, utilizzando semplici esami del sangue, come la sideremia e la ferritinemia".



M.R.M.

STENOSI AORTICA: MINI-INTERVENTI PER CUORI ANZIANI

La protesi valvolare aortica viene inserita dalla punta del cuore, a cuore battente e senza aprire il torace. Basta un taglietto.



PROF. FRANCESCO MUSUMECI

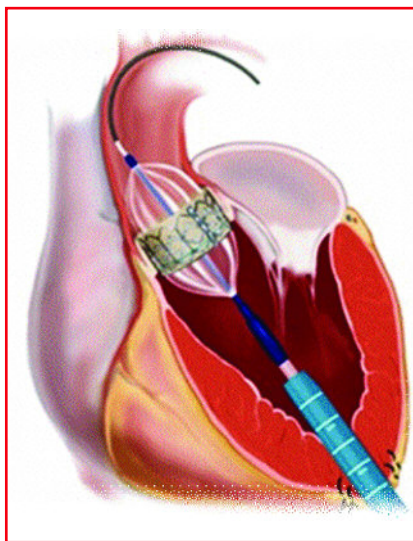
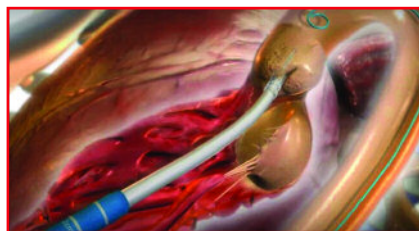
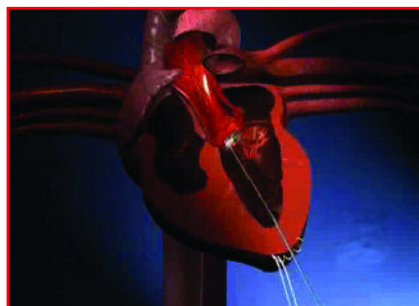
La stenosi valvolare aortica è una patologia di frequente riscontro nei soggetti anziani e, poiché l'età media di vita sta progressivamente crescendo grazie al miglioramento delle conoscenze mediche ed alla qualità di vita, la presenza di questa patologia è destinata ad incrementare negli anni a venire. Il restringimento (stenosi) della valvola aortica, la quale mette in comunicazione il ventricolo sinistro con l'aorta, ostacola la fuoriuscita del sangue dal ventricolo. Con il progressivo aggravarsi della stenosi, la parete del ventricolo tenderà ad ispessirsi e ad affaticarsi sempre di più, sino alla comparsa di sintomi caratteristici quali difficoltà respiratoria (dispnea), perdita temporanea della coscienza (sincope) o dolore toracico (angina). Dalla comparsa di uno o più di que-

sti sintomi, il rischio di morte è del 50 per cento dei pazienti nei primi due anni e dell'80 per cento, nell'arco di cinque anni. Il trattamento della stenosi della valvola aortica è esclusivamente chirurgico poiché la terapia medica non può risolvere il problema anatomico legato al progressivo restringimento della valvola. L'intervento di sostituzione

mente elevato. Per questi pazienti molto anziani e ad alto rischio è oggi disponibile una procedura mini-invasiva per trattare la stenosi aortica. Questa metodica consiste nel dilatare la valvola aortica ristretta e quindi nel posizionare una nuova protesi valvolare aortica all'interno della valvola aortica dilatata senza ricorrere al taglio dello sterno

l'apice del ventricolo sinistro, utilizzando cateteri particolari, è possibile prima dilatare la valvola e quindi posizionare la nuova valvola aortica. Tutto questo mentre il cuore continua a battere regolarmente. Come è facile immaginare, con questa metodica la ripresa funzionale del paziente è molto rapida, evitando così un allattamento prolungato nei soggetti

anziani. La valvola che viene posizionata è fatta con tessuto biologico e pertanto non richiede la somministrazione di farmaci anti-coagulanti, farmaci che nei soggetti anziani possono aumentare il rischio di sanguinamenti dopo l'intervento.



valvolare aortica ha un rischio operatorio basso in pazienti in buone condizioni generali, ma nei pazienti molto anziani, soprattutto se sono presenti altre patologie associate, il rischio chirurgico è particolar-

mente elevato. Per questi pazienti molto anziani e ad alto rischio è oggi disponibile una procedura mini-invasiva per trattare la stenosi aortica. Questa metodica consiste nel dilatare la valvola aortica ristretta e quindi nel posizionare una nuova protesi valvolare aortica all'interno della valvola aortica dilatata senza ricorrere al taglio dello sterno

l'apice del ventricolo sinistro, utilizzando cateteri particolari, è possibile prima dilatare la valvola e quindi posizionare la nuova valvola aortica. Tutto questo mentre il cuore continua a battere regolarmente. Come è facile immaginare, con questa metodica la ripresa funzionale del paziente è molto rapida, evitando così un allattamento prolungato nei soggetti

Prof. Francesco Musumeci
Direttore U.O.C.
di Cardiocirurgia e Trapianti
A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

IL CUORE DEI NOSTRI GIOVANI

Si è svolto il 28 settembre 2010 a Palazzo Giustiniani, l'incontro organizzato dall'Osservatorio Sanità e Salute (coordinato dal Se. Corsi) con la collaborazione de "Il Cuore di Roma ONLUS". L'incontro ha focalizzato la problematica della prevenzione delle malattie cardiovascolari in età giovanile ed ha messo in evidenza l'importanza di un semplice elettrocardiogramma nella prevenzione della morte improvvisa. Il Cuore di Roma ha presentato i risultati preliminari della prima fase del progetto "Cuore Sano" che ha fornito dati su 500 studenti di una scuola media inferiore. Il progetto prevede una espansione successiva a 30.000 studenti della città di Roma. Hanno partecipato all'evento, dichiarando la disponibilità propria e delle istituzioni che rappresentano a contribuire al progetto, Senatore Corsi Presidente Osservatorio Sanità e Salute, On. Giorgia Meloni Ministro Politiche Giovanili, Sen. Guido Viceconte Sottosegretario Ministero Pubblica Istruzione, Dott.ssa Renata Polverini Presidente Regione Lazio, Dott.ssa Sveva Belviso Assessore Politiche Sociali del Comune di Roma, Dott. Domenico Alessio Direttore Generale Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri di Roma.

Prof. Massimo Santini

Con il patrocinio del:



Promosso da:



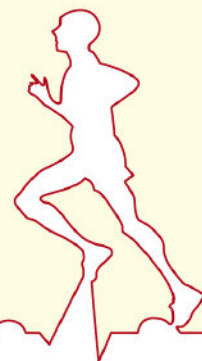
In collaborazione con:



IL CUORE DEI NOSTRI GIOVANI

MARTEDÌ
28 SETTEMBRE

SENATO DELLA REPUBBLICA
PALAZZO GIUSTINIANI - SALA ZUCCARI
VIA DELLA DOGANA VECCHIA, 29
ROMA



mantieni il ritmo

L'OPTIVOL: UN SALVAGENTE PER IL CUORE AFFANNATO

Un innovativo optional per pacemaker avverte il medico e il paziente in caso di pericolosi accumuli di liquido nei polmoni. Prima che sia edema polmonare



ING. FRANCESCO DE SETA

L'insufficienza cardiaca si manifesta quando il muscolo del cuore non pompa a sufficienza il sangue necessario alle funzioni dell'organismo. Questo problema ha diverse origini: può derivare da una malattia delle coronarie (infarto miocardico), da un'ipertensione arteriosa non trattata, da un problema alle valvole cardiache o dall'abuso di alcol e droga. L'insufficienza cardiaca è considerata l'epidemia del terzo millennio a causa della sua

rapida e progressiva diffusione. Il Ministero della Salute stima in oltre 600.000 i soggetti affetti in Italia e in circa 87.000 i nuovi casi l'anno. A causa dell'invecchiamento della popolazione tali numeri sono destinati a crescere, determinando altresì un aumento dei costi sanitari.

Nonostante la terapia si sia arricchita negli ultimi anni di nuovi farmaci, la possibilità di morte è ancora elevata, con una sopravvivenza inferiore alla maggior parte dei tumori e all'infezione da HIV.

La continua ricerca clinica e l'innovazione tecnologica hanno determinato lo straordinario sviluppo della terapia della stimolazione cardiaca a cui abbiamo assistito nel corso degli ultimi 50 anni.

Oggi, alcuni tipi di pacemaker possono dimostrarsi efficaci per la cura dell'insufficienza cardiaca, poiché dotati di

capacità di resincronizzazione, necessaria per migliorare la funzione di pompa del cuore. Grazie a sofisticati algoritmi diagnostici, è oggi possibile controllare in modo continuo, automatico e a lungo termine lo stato clinico del paziente.

Esempio di nuova diagnostica per la prevenzione degli episodi di insufficienza cardiaca acuta - l'algoritmo Medtronic Optivol®. L'impedenza elettrica polmonare scende quando il paziente va incontro ad un episodio di insufficienza cardiaca acuta, che determina accumulo di fluidi nei polmoni. Il dispositivo è in grado di rilevare questa diminuzione di impedenza e di allertare in tempo il medico.



In particolare, nei dispositivi di ultima generazione è presente un innovativo algoritmo l'OPTIVOL (Medtronic Inc.) capace di monitorare e stimare l'accumulo di fluidi a livello polmonare, fattore predittivo importante degli episodi di insufficienza cardiaca acuta. Ogni giorno il dispositivo effettua una misurazione dell'impedenza toracica del paziente e la mette a confronto con quella di riferimento del paziente stesso. Qualora si registrassero delle variazioni importanti dell'impedenza, il dispositivo è in grado di avvertire il paziente emettendo un segnale acustico, così da permettere un intervento imme-

diato evitando al paziente una ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco migliorandone così la qualità di vita. Grazie anche al sistema di monitoraggio a distanza CareLink Network®, è possibile che il cardiologo visualizzi sul computer collegato ad internet l'allarme Optivol® prima che il paziente se ne accorga, identificando un episodio di scompenso cardiaco e trattandolo repentinamente. Il pacemaker e il defibrillatore sono diventati quindi un prezioso ausilio per il medico perché consentono di migliorare la gestione complessiva della malattia del paziente, fornendo dati utili per l'ottimizzazione della stimolazione e della terapia farmacologica e, soprattutto, per la prevenzione delle ospedalizzazioni.

Ing. Francesco De Seta
Clinical & Business Development
Director Medtronic Italia

- Prendere una Aspirinetta al giorno fa sempre bene
- È consigliabile mangiare pesce bollito o arrosto almeno due volte alla settimana
- Mangiare con poco sale fa bene solamente ai pazienti con pressione sanguigna elevata
- Bere vino bianco, fa male
- La pasta dovrebbe essere cotta poco, cioè essere al dente per ridurre l'effetto nel peso corporeo
- Bere troppa acqua fa male
- La liquirizia è proibita a tutti gli ipertesi
- La cioccolata amara è preferibile a quella al latte
- Il gelato fa ingrassare e andrebbe sempre evitato
- Il reflusso gastro-esofageo può produrre sintomi simili all'angina pectoris
- Un improvviso dolore al dente e alla mascella, potrebbe essere la spia di una insufficienza cardiaca
- Il dolore toracico potenzialmente espressione di un attacco cardiaco, dura pochi secondi e mai più di cinque
- Il "mal di stomaco" può essere espressione di un attacco cardiaco
- Camminare per un'ora al giorno può fare male al cuore
- La dieta ipocalorica deve essere velocissima e intensa in modo da fare dimagrire in poco tempo
- Per dimagrire può essere utile assumere farmaci che aumentino il consumo calorico da parte dell'organismo
- Se si ha una malattia cardiaca non si possono avere figli
- La gravidanza, può provocare malattie di cuore
- La palpitazione è sempre un sintomo piuttosto grave
- Lo svenimento indica sempre una patologia grave
- Dopo i 70 anni la pressione arteriosa può superare i 140/90 senza essere curata
- Il battito cardiaco lento è pericoloso per la vita
- Il fumo di sigaretta fa male solamente a chi fuma
- I figli di fumatori hanno più affezioni dell'apparato respiratorio dei figli dei non fumatori
- La pratica del golf è più consigliabile del tennis per i cardiopatici

Vero o falso?



Le risposte
si trovano sul sito
dell'associazione:

www.ilcuorediroma.org

QUANDO IL VIZIO È DI FAMIGLIA...

Familiarità e rischio cardiovascolare: come la predisposizione alle malattie, nascosta nei nostri cromosomi, interagisce con i fattori di rischio



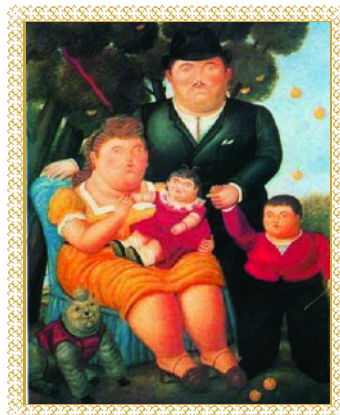
DOTT. DOMENICO DELLA ROCCA

In passato l'interesse della Genetica Medica si rivolgeva solo a un numero ristretto di patologie, mentre oggi riguarda quasi tutte le malattie, comprese quelle di interesse cardiologico. Esistono numerose patologie cardiache, la cui ricorrenza all'interno di una famiglia è spesso regolare e caratteristica, seguendo le leggi dell'ereditarietà mendeliana. Altre malattie tendono ad aggregarsi in certi alberi genealogici, ma la loro ricorrenza tra i consanguinei di primo grado è discreta, di solito del 2 - 4%. Si parla, in questo caso, di familiarità, concetto più ampio di ereditarietà, perché sottintende l'interazione tra diversi fattori genetici e ambientali, conferendo all'individuo un certo grado di suscettibilità alla malattia. Sinonimo di familiarità è ereditarietà multifattoria-

le. Nonostante la familiarità sia un fattore non modificabile, è fondamentale capire che si tratta di una predisposizione ad ammalarsi, e non significa necessariamente che ciò debba accadere. Studi fatti su gemelli separati in giovane età, che quindi hanno avuto uno stile di vita molto diverso l'uno dall'altro, evidenziano come i fattori ereditari incidano per circa il 50%. Il resto dipende dal nostro stile di vita. Le malattie cardiovascolari (MCV) rappresentano la più frequente causa di morte nei paesi sviluppati: circa la metà dei decessi deriva direttamente da coronaropatia e un altro 20% da ictus. Esse riconoscono un'etiologia multifattoriale, cioè esistono più fattori di rischio che contribuiscono contemporaneamente allo sviluppo della malattia. I fattori di rischio cardiovascolare si dividono in modificabili (attraverso l'acquisizione di un corretto stile di vita o il ricorso alla terapia farmacologica) e non modificabili.

I fattori di rischio modificabili sono l'ipercolesterolemia, il diabete, l'ipertensione, l'obesità addominale, il fumo, l'inattività fisica, lo stress psicofisico, lo scarso consumo di frutta e verdura. I fattori di

rischio non modificabili sono l'età, il sesso maschile e la familiarità, definita come la presenza di parenti di primo grado con eventi cardiovascolari in età giovanile (meno di 55 anni negli uomini e di 65 nelle donne). A parità di condizioni, è più probabile che la malattia si manifesti in persone che hanno parenti stretti che soffrono di malattie car-



diache. È certo, infatti, che chi ha un familiare di primo grado che ha avuto una MCV ha un rischio tanto più aumentato di incorrere nel medesimo evento, quanto più giovane si è ammalato il familiare.

In Italia, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il 25% degli uomini e il 30% delle donne dichiara di

avere familiarità per le malattie cardiovascolari. La familiarità influenza la suscettibilità a tali malattie, sia direttamente e indipendentemente dagli altri fattori di rischio, sia indirettamente, predisponendo l'individuo all'insorgenza di ipercolesterolemia, diabete, ipertensione.

Nel nostro Paese, sempre secondo i dati dell'ISS, il 25% degli uomini e il 35% delle donne dichiara di avere almeno un familiare che soffre di ipercolesterolemia, il 25% degli uomini e il 29% delle donne almeno un familiare diabetico. Oltre alle forme di ipercolesterolemia multifattoriale, esistono disturbi del metabolismo lipidico causati da specifiche anomalie genetiche ereditarie. La familiarità ha un peso fondamentale anche nell'insorgenza dell'ipertensione: se uno dei due genitori è iperteso, i figli hanno il 50% di probabilità di diventare ipertesi, se entrambi i genitori sono ipertesi, le probabilità salgono al 75%.

Un'accurata anamnesi familiare rappresenta il primo strumento a disposizione del medico per individuare i soggetti con familiarità rispetto

alle MCV. Esistono, inoltre, specifiche carte del rischio che, oltre alla familiarità, servono a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi. Adottare un corretto stile di vita è il primo strumento per proteggere il proprio cuore. Controllare il peso corporeo tramite un'alimentazione equilibrata (ricca di fibre, povera di sodio e grassi di origine animale, che preveda un regolare consumo di pesce) e l'attività fisica regolare è il primo obiettivo da perseguire. A queste misure va affiancata la cessazione dell'abitudine tabagica e un regolare controllo dei valori lipidici, glicemici e pressori. Non esiste un criterio generale sull'età in cui è consigliabile iniziare a fare gli esami preventivi. Tuttavia, se esiste una storia familiare di cardiopatie o malattie metaboliche, è utile un controllo anche nei soggetti sotto i 20 anni.

"Non è né la carne, né il sangue ma il cuore, che ci rende padri e figli". (J. Shiller)

*Domenico Della Rocca, M.D.,
Giovanni B. Forleo, M.D., Ph.D.*

Divisione di Cardiologia
Policlinico Tor Vergata, Roma

IL FATTORE 'I', NASCOSTO NEI CROMOSOMI DEI MASCHI, PREDISPONE ALL'INFARTO

Non tutti i maschi sono uguali di fronte alle malattie di cuore. E quanto sostiene un gruppo di scienziati inglesi dell'Università di Leicester che ha dimostrato come alcune varianti genetiche presenti sul cromosoma Y (quello che determina il sesso maschile) predispongono all'infarto. Lo studio, finanziato dalla British Heart Foundation, ha preso in esame 3 mila maschi inglesi, scoprendo così che i portatori della variante genetica 'I' (il

cosiddetto aplogruppo-I) hanno infatti un rischio di rimanere vittime di un infarto maggiore del 55 per cento, rispetto agli altri. Di tutti gli uomini studiati, 1.295 erano affetti da cardiopatia ischemica, gli altri rappresentavano il gruppo di controllo. L'associazione dell'aplogruppo-I con le coronaropatie appariva assolutamente indipendente dalla presenza dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolari, cioè iperten-

sione, ipercolesterolemia, fumo di sigaretta. Gli 'I-maschi' vivono soprattutto nel centro-nord Europa e nei Paesi dell'Est; ad essere 'I-men' è ad esempio il 13 per cento degli inglesi. Ma il gene dell'infarto viene in realtà da molto lontano, in termini di tempo e di luoghi. Sarebbe infatti approdato in Europa circa 25.000 anni fa, proveniente dal Medio Oriente, con la cultura Gravettiana. Visto che l'aplogruppo-I non è così

prevalente nell'Europa meridionale, una speculazione interessante è che questo 'svantaggio' genetico potrebbe spiegare lo svantaggio 'geografico' del Nord nei confronti del Sud, rispetto a queste malattie e cioè l'elevata prevalenza di cardiopatia ischemica presente nei Paesi del Nord Europa, rispetto alle nazioni che si affacciano sul bacino Mediterraneo. Il fattore 'I' potrebbe infine rappresentare un nuovo fattore di rischio

indipendente per cardiopatia ischemica e spiegare in parte anche lo 'svantaggio' maschile nei confronti delle malattie di cuore. È noto infatti che i maschi hanno un'incidenza maggiore di malattie coronariche rispetto al sesso femminile e questo potrebbe essere dovuto in parte al cromosoma Y che ereditano dal padre.



M.R.M.

LA TEMPESTA ELETTRICA DEL TERZO MILLENNIO



Fibrillazione atriale: proporzioni epidemiche con l'invecchiamento della popolazione. 6 milioni di pazienti nella sola Europa. Ma sono in arrivo nuovi farmaci per combatterla.



DOTT.SSA M. RITA MONTEBELLI

È una vera e propria epidemia, anche se non è causata da un virus. Si tratta della fibrillazione atriale ed è l'alterazione più frequente del battito cardiaco. In Italia colpisce oltre 700mila persone, una su dieci dopo gli 80 anni. Oltre a peggiorare in maniera importante la qualità di vita (chi ne è colpito si sente stanco, si affanna facilmente, vive male perché si sente insicuro), la fibrillazione atriale raddoppia il rischio di mortalità e aumenta il rischio di ictus di oltre 6 volte. In pratica, un ictus su 5 è dovuto a quest'aritmia. Questo succede perché una parte del cuore, le camere atriali, quando compare questa aritmia cominciano a battere in modo disordi-

nato e non sincronizzato. Il sangue non viene pompato efficacemente verso i ventricoli e può letteralmente ristagnare in una piccola parte dell'atrio sinistro, la cosiddetta auricola. Qui il sangue può formare dei coaguli che, passando in circolo, possono andare a chiudere un'arteria da qualche parte del corpo, dando luogo a ictus, a infarti intestinali o ad embolie delle arterie di gambe o braccia. Finora l'unica arma per difendersi da queste gravi complicanze era rappresentata dagli anticoagulanti orali, come il warfarin, farmaci sicuramente efficaci (riducono di oltre il 60% il rischio di ictus in corso di fibrillazione atriale, contro il 20% circa dell'aspirina) ma anche molto difficili a gestire. Il medico deve continuamente modificare la dose di farmaco da somministrare al paziente, sulla base di un esame del sangue, l'INR, che il paziente è costretto a fare anche più volte al mese. L'efficacia del farmaco è inoltre influenzata non solo dall'assunzione contemporanea di altri farmaci, ma anche dall'alimentazione.

Tipicamente le verdure, ricche di vitamina K, riducono l'efficacia di queste terapie. Ma a breve le cose potrebbero cambiare. La *Food and Drug Administration* americana, ha già espresso parere positivo all'introduzione nella pratica clinica del dabigatran, un anticoagulante orale che non necessita del monitoraggio dell'INR e non è influenzato nel funzionamento da interferenze con altri farmaci o con il cibo. In avanzata fase di sperimentazione sono anche altri tre anticoagulanti orali, i cosiddetti inibitori del fattore Xa (apixaban, rivaroxaban, edoxaban). Insomma il mondo dell'anticoagulazione sta cambiando, dopo 50 anni di warfarin, un farmaco che ha fatto la storia (il primo brevetto l'ha guadagnato come topico), ma che ormai ha anche fatto il suo tempo. I nuovi anticoagulanti orali, più efficaci e più sicuri, permetteranno di trattare anche quella consistente fascia di pazienti, in pratica uno su due, che pur avendo l'indicazione alla terapia anticoagulante, non potevano farla per vari motivi, dal

fatto di vivere da soli, agli sbalzi pericolosi dell'INR, che può esporre al rischio di gravi emorragie. Novità anche sul fronte della terapia antiaritmica, dopo 20 anni di nulla di fatto. Il nuovo farmaco anti-fibrillazione atriale si chiama dronedarone, arriva dalla Francia (anche se a coordinare le ricerche per la sua realizzazione è stato un ricercatore italiano) ed è un 'discendente' del vecchio amiodarone. Molto più sicuro del suo illustre antenato, il dronedarone non contiene nella sua molecola atomi di iodio, responsabili dei tanti problemi della terapia cronica con amiodarone, dalle malattie della tiroide, a quelle polmonari, all'opacizzazione della cornea, solo per citarne alcune. Lo studio Athena, il più grande con un farmaco antiaritmico realizzato nei pazienti con fibrillazione atriale (ne ha studiati ben 4.628) ha inoltre dimostrato che questo farmaco, aggiunto alla migliore terapia cardiovascolare disponibile riduce del 24% la mortalità cardiovascolare (è la prima volta che viene dimostrato questo effet-

to con un farmaco antiaritmico) e i ricoveri legati alla fibrillazione atriale (in Europa, la fibrillazione atriale è responsabile di un terzo di tutti i ricoveri ospedalieri per aritmie e sono proprio i ricoveri la voce di spesa più importante nel trattamento di questa condizione, pari al 70% della spesa totale). Il farmaco è stato già inserito nelle nuove linee guida per la fibrillazione atriale della Società Europea di Cardiologia, appena pubblicate. È indicato nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica, per ridurre il rischio della comparsa di nuovi episodi di questa aritmia e nei pazienti con fibrillazione atriale persistente, per controllarne la frequenza cardiaca. Si assume al dosaggio fisso di due compresse al giorno, che si assumono con i pasti del mattino e della sera. Non è adatto nei pazienti con scompenso cardiaco grave.

Dott.ssa Maria Rita Montebelli

Dirigente Medico
UOC Medicina Interna CIC
Policlinico Universitario
Agostino Gemelli, Roma

Gli obiettivi del Cuore di Roma:

- ✓ affiancare e supportare iniziative di prevenzione delle malattie cardiovascolari;
- ✓ aumentare la consapevolezza dei medici, degli operatori sanitari e dei cittadini sulla relazione esistente tra fattori di rischio ed eventi cardiovascolari;
- ✓ favorire lo sviluppo di interventi più efficaci ed economicamente sostenibili per il controllo del rischio cardiovascolare nella popolazione;
- ✓ avviare uno studio statistico, in collaborazione con i ragazzi stessi, sulle condizioni di salute dei giovani e i loro stili di vita, sicuramente molto più rischiosi di quelli dei loro genitori per quanto riguarda l'insorgenza di malattie legate al cuore.

Sostieni "Il Cuore Roma" inviando un contributo con bollettino postale o bonifico bancario

- Conto corrente n. 94552932 intestato a: "Il Cuore di Roma - Onlus"

- Bonifico bancario su C/C n. 91163 intestato a: "Il Cuore di Roma - Onlus" - Codice IBAN: IT 40 O 05390 03201 000000091163 Banca Etruria - Sede di Roma - Via Uffici del Vicario n. 45/48 - 00186 Roma



QUANDO IL CUORE È TRAVOLTO DALLO STRESS

Le emozioni negative sono dannose. Anche più del diabete e della pressione alta. Impariamo a difenderci, con l'aiuto degli esperti



DOTT.SSA GIOVANNA ROSCETTI

DOTT.SSA ADRIANA RONCELLA

L'intensa ricerca condotta in campo cardiologico negli ultimi sessant'anni, sia di tipo epidemiologico, che sperimentale e laboratoristico, ha contribuito a comprendere l'importanza eziopatogenetica dei fattori di rischio nell'insorgenza delle malattie cardiovascolari. Particolare attenzione è stata posta al ruolo dei fattori di rischio psico-sociali nell'insorgenza della cardiopatia ischemica. In un'ampia revisione delle ricerche in questo settore, pubblicata su alcune importanti riviste scientifiche (*Circulation* nel 1999 e successivamente, nel 2005, *Journal of the American College of Cardiology*), è stato evidenziato che i fattori di rischio psicosociali possono essere equiparati ai fattori di rischio biologici quali cofattori in gradi di facilitare sia l'insorgenza del processo aterosclerotico, che l'insorgenza di

eventi clinici cardiovascolari. In particolare la depressione, l'ostilità, l'isolamento sociale e lo stress vitale acuto e cronico avrebbero una importanza pari a familiarità, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo e obesità. La depressione - sia maggiore, che minore e atipica - rappresenta un fattore prognostico negativo, che determina un aumento significativo della mortalità, sia per cause cardiovascolari che per altre cause, nei pazienti con malattia coronarica nota e scompenso cardiaco a genesi ischemica e non ischemica. Un'ampia ricerca epidemiologica, lo studio Interheart, pubblicata su *Lancet* nel 2004, ha indagato l'associazione tra fattori di rischio e l'insorgenza di infarto miocardico, in 15.152 casi di infarto acuto, confrontati con 14.820 controlli senza infarto miocardico, distribuiti

in tutti i continenti. I fattori di rischio psico-sociali esplorati (in particolare lo stress lavorativo, domestico, finanziario e lo stress secondario ad eventi di vita nell'anno precedente l'infarto) si sono attestati al terzo posto, subito dopo le dislipidemie e il fumo, e prima del diabete mellito, dell'ipertensione arteriosa e dell'obesità addominale.

Gli stressor psicosociali agirebbero sia indirettamente, favorendo

uno
stile
di
vita



a rischio (fumo, vita sedentaria, obesità, ecc.) che direttamente, attraverso l'attivazione del sistema coagulativo, il sistema neurovegetativo, endocrino, immunitario e la vasomotricità coronarica e vascolare in genere.

Oggi, grazie alle conoscenze acquisite, possiamo affermare che il nostro cuore funziona in sintonia con le variazioni della nostra mente. Nulla dentro di noi accade separatamente da tutto il resto, ma il nostro corpo funziona come un meraviglioso sistema integrato.

È esperienza di noi tutti che quando siamo stanchi, stressati, agitati, depressi, delusi, cioè quando una forte emozione negativa ci investe, tutto il nostro corpo risponde; in particolare a livello del sistema cardiovascolare la frequenza cardiaca e la pressione aumentano, le coronarie possono andare incontro a un vasospasmo...

Alcuni meccanismi di risposta cardiovascolare sono naturali e fanno parte della fisiologica reazione allo stress... ma quando le emozioni negative sono ripetitive e persistenti, possono cominciare a condizionare uno stile di reazione patologico a ogni evento esterno. Se poi questi meccanismi vanno ad agire su un terreno di predi-

sposizione costituzionale (l'ereditarietà) e/o si sommano ad altri fattori di rischio biologici per malattie coronariche, si determina un potenziamento dei fattori di rischio e un'augmentata probabilità di insorgenza di aterosclerosi e di infarto miocardico acuto. È importante imparare a capirsi e gestire le nostre emozioni per vivere bene, essere sani e vivere da protagonisti la propria vita, senza lasciarci dominare dagli eventi esterni.

IMPARIAMO A PRENDERCI CURA DI NOI!

Chi volesse saperne di più o desiderasse un colloquio preliminare può rivolgersi all'ambulatorio di Emodinamica: (Dott.ssa Adriana Roncella, tel. 06-33062481) oppure alla UOS di Cardiologia Riabilitativa Prof.ssa Anna Patrizia Jesi, sportello di Ascolto Psicologico, Dott.ssa Giovanna Roscetti, tel. 06-30251261).



Dott.ssa Adriana Roncella
Cardiologo, Psicoterapeuta,
Dirigente medico U.O.C. di Emodinamica
Ospedale San Filippo Neri, Roma

Dott.ssa Giovanna Roscetti
Psicologa, U.O.D. di Cardiologia Riabilitativa
Ospedale San Filippo Neri, Roma

MANGIA (MEGLIO) E CORRI (DI PIÙ)

L'Università di Atene ha condotto un ampio studio per valutare la relazione tra qualità della dieta, livello di attività fisica e caratteristiche dello stile di vita in un gruppo di 500 ragazzi di età compresa tra i 12 e i 17 anni. Lo scopo era determinare i più

efficaci interventi 'salutisti' per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari a lungo termine. Da questa ricognizione tra le abitudini adolescenziali, i ricercatori hanno scoperto che almeno metà dei ragazzi greci seguono una dieta decisamente di

cattiva qualità e che solo il 6 per cento di loro mangia secondo i dettami della dieta Mediterranea e fa regolare attività fisica. "La nostra ricerca dimostra - commenta il dottor Costas Tsioufis, cardiologo presso l'Università di Atene - che almeno la metà

degli adolescenti greci segue una dieta di scarsissima qualità e che quelli più salutisti a tavola, sono anche quelli che fanno più attività fisica. Questo suggerisce che un intervento focalizzato sulla dieta potrebbe promuovere in parallelo anche l'ado-

zione di un più intenso programma di attività fisica". È il caso di dire insomma 'due piccioni con una fava'!



M.R.M.

IL CANE, UN AMICO... DI CUORE!

Dalla pet-therapy, alla passeggiata con il miglior amico dell'uomo. Tanti benefici per la salute. A prova di solitudine!

“Aiutiamoci a vicenda” potrebbe essere il titolo di questo breve articolo sulle cardiopatie, sull'età avanzata, sul senso di solitudine e la grande necessità di affetto e compagnia da un lato, e la possibilità di ridurre pesantemente l'impatto negativo di tutto ciò sulla qualità della vita dei nostri pazienti cardiopatici in età matura-avanzata. Sto parlando di uno dei peggiori nemici di un paziente anziano che abbia avuto un infarto o che sia in stato di scompenso cardiaco, che abbia i figli grandi e con famiglia e che passi necessariamente molto tempo in solitudine.

Si sentono a volte inutili, a volte possono avere paura di pesare sui propri figli, già così impegnati nella loro vita quotidiana; subdolamente una lieve depressione inizia a penetrare in loro rendendoli meno vivaci, più svogliati, più tristi. Dall'altro lato della barricata vi è un numero impressionante di cani abbandonati o di cuccioli appena nati che, proprietari sconsiderati hanno deciso di lasciare al loro destino legandoli al guard-rail dell'autostrada o portandoli davanti a qualche rifugio per animali (come si faceva una volta con

i trovatelli davanti ai conventi). Non desidero commentare un simile comportamento da parte di esseri umani, ma non posso fare a meno di chiedermi che tipo di individui essi possano essere, cosa possono gli altri attendersi da loro nella vita quotidiana, quali i loro rapporti sociali e le loro affettività.

Non ci interesseremo di loro, ma certamente dei nostri amici abbandonati, festosi, desiderosi di affetto, che chiedono esclusivamente di entrare a far parte di un nucleo sociale nel quale donare tutto ciò che posseggono: gioia di vivere, vivacità, curiosità, abnegazione, grandi capacità affettive.

Cosa ci chiedono in cambio? Uno o due pasti al giorno (piuttosto economici in verità), dieci minuti di carezze, la vicinanza con i padroni e due passeggiate al giorno.

Può sembrare un onere notevole? Può apparire un attacco per i nostri pazienti?

In realtà è stato scientificamente dimostrato che avere un cane riduce l'incidenza di un secondo infarto in chi ne ha già avuto uno, migliora notevolmente lo stato psichico dei cardiopatici cronici, riduce significativamente il



senso di solitudine e di depressione che rende abitualmente triste il nostro cardiopatico anziano.

Il movimento pur se graduale e graduabile, al quale il paziente sarà obbligato per portare fuori il cane e per accudirlo, sarà di grande aiuto fisico consentendo un miglioramento della capacità funzionale, della resistenza fisica, della capacità respiratoria e cardiocircolatoria.

Basti pensare che per i pazienti con insufficienza cardiaca sono previste dalle Società Scientifiche dei programmi di riabilitazione psico-motoria con esercizi fisici progressivi e con colloqui con gli psicologi. Non è meglio fare un chilometro a passo lento, all'aria aperta due volte al giorno, stimolati dalle vetrine e dai passanti o in un bel prato insieme al vostro amico al guinzaglio? E a proposito di psiche, qual'è quel programma psicoterapeutico che potrà dar loro la gioia di sentirsi amati e necessari, di accarezzare un vero amico, a volte parlarci e discuterci (senza che nessuno ci dica che siamo matti o

depressi)?

Certo, si potrebbe dire, è un grande dolore quello che si prova quando si perde il proprio cane (per malattia, per incidenti o quant'altro), ma ha senso nella vita privarsi di una grande felicità quotidiana come quella che il nostro cane può donarci, esclusivamente per evitarci un grande dolore al momento della sua perdita?

Che senso avrebbe la nostra vita se non cercassimo di viverla intensamente e completamente minuto per minuto?

Ho esperienza di molti miei pazienti che hanno seguito il mio consiglio di prendere, sotto la loro cura, un cane e quasi tutti mostrarono all'inizio una grande titubanza.

Alla fine anche grazie all'aiuto e all'incitamento delle famiglie, molti si sono decisi ed i loro miglioramenti sia nel piano fisico che su quello psicologico sono da me visibili ad ogni loro visita nel mio studio. Sulla mia scrivania di studio, vi è la foto di mia moglie, ma anche quella di Eddy e Dolly, parti integranti della famiglia Santini.

Ciò provoca spesso curiosità

nei miei pazienti e incitazione a chiedere notizie sull'impegno che comporta avere un cane con sé ed io colgo spesso l'occasione per tranquillizzarli sull'onere ed enfatizzandone i vantaggi.

Il numero di famiglie italiane con un cane "a bordo" aumenta di giorno in giorno.

Vorrei che tutti i pazienti cardiopatici e in pensione ne avessero uno.

Certamente noi cardiologi lavoreremmo di meno e loro vivrebbero sicuramente meglio e forse... più a lungo.

Sul tipo di animale da selezionare per l'età, il carattere, la vivacità, l'impegno fisico è consigliabile chiedere aiuto alle numerose organizzazioni animaliste che si occupano di accogliere e poi collocare i cani abbandonati. Un colloquio con loro potrà essere estremamente utile.

Buona passeggiata con il vostro nuovo amico!



Prof. Massimo Santini

Direttore Dipartimento Cardiovascolare
Ospedale San Filippo Neri, Roma



WWW.ILCUOREDIROMA.ORG



mantieni il ritmo

Il sito dell'associazione IL CUORE DI ROMA.

All'interno del sito troviamo molte risposte ai quesiti che ogni giorno ci poniamo sulla nostra salute. Sono infatti molti gli articoli che ci illustrano quali dovrebbero essere le nostre abitudini quotidiane atte a garantirci una vita sana e duratura.

Attività Educazionali



Attività Assistenziali

Attualità in Tema
di Cardiopatie



Attività Epidemiologiche
e Preventive

Donazioni



Volontariato

Queste solo alcune delle sezioni presenti nel sito!

"Le malattie cardiache rappresentano la principale causa di morte nei paesi occidentali.

Si può pensare che ogni anno si spopoli una città della grandezza di Savona per causa loro.

È una vera PANDEMIA che si espande inesorabilmente di anno in anno a causa dell'incremento della vita media delle persone, dei flussi migratori, del deterioramento della qualità di vita e dell'alimentazione. Esiste pertanto un'unica possibilità di arginare questa patologia ingravescente: la PREVENZIONE delle Malattie Cardiache e delle loro potenziali COMPLICAZIONI.

Questo è il vero bersaglio che "IL CUORE DI ROMA" - ONLUS si è prefisso: informare adeguatamente i cardiopatici ed i potenziali cardiopatici sulle azioni con le quali prevenire le patologie cardiache e le loro principali complicazioni e per coloro che sono già stati colpiti da una malattia di cuore, come ottimizzare la qualità di vita ed evitare ricadute della loro malattia.

Iscriviti all'Associazione ed utilizzane la sua organizzazione e le sue attività educative ed assistenziali per migliorare la tua vita."

Prof. Massimo Santini

Direttore Dipartimento Cardiovascolare - Ospedale S. Filippo Neri, Roma

IL CUORE DI ROMA è un'Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (Onlus), con sede presso la Cardiologia dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma. Persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale nell'ambito della assistenza socio-sanitaria in patologie cardiovascolari, attivandosi nei campi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione e dell'informazione ai pazienti favorendo altresì le iniziative volte al recupero sociale e lavorativo dei cardiopatici.

IL CUORE DI ROMA - ONLUS • CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Massimo Santini

Consiglieri: Fabrizio Ammirati, Gerardo Ansalone, Furio Colivicchi, Claudio Pandozi, Renato Pietro Ricci, Giulio Speciale, Marco Tubaro

Gli amici del "Cuore di Roma"



Cast Adv. & Communication Srl
Tel. + 39.06.33252983
pressoffice@castadv.it • www.castadv.it



Azienda Complesso Ospedaliero

San
Filippo
Neri

OSPEDALE DI RIFERIMENTO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

AIM
GROUP

**Il cuore di AIM Group
batte per la Cardiologia**

Brussels - Budapest - Florence - Lisbon - Madrid - Milan - Paris - Prague - Rome - Shanghai - Sofia - Vienna - Vilnius

www.aimgroup.eu