



dei pazienti trattati in queste sedi, ovviamente, può essere necessaria l'ospedalizzazione. All'interno dell'area aritmologica esiste anche un nucleo particolare, un'unità dedicata in maniera specifica alla cura di aritmie ventricolari minacciose, che assicura una reperibilità continua e un'assistenza più articolata con personale medico e infermieristico, ma anche un supporto psicologico. Questo perché spesso le aritmie possono colpire soggetti giovani, per i quali l'impatto psicologico è molto importante e per i quali, quindi, il counselling non può che essere parte integrante e fondamentale del percorso di cura.

Qual è in media l'età delle persone che arrivano al centro?

In proporzione direi che la fascia di età va dai 35 ai 70-85 anni. È uno scenario clinico abbastanza importante, sicuramente non limitato a fasce di età avanzate. I dati epidemiologici oggi disponibili, soprattutto con riferimento alla FA, ci dicono che nella fascia di soggetti con età compresa tra 65-70 anni aumenta significativamente la percentuale di pazienti a rischio. Tuttavia, la pratica clinica degli ultimi anni ha evidenziato che l'insorgenza di questa aritmia può verificarsi anche in soggetti giovani (tra i 30 e i

40 anni). Alla luce di ciò, sembra ragionevole ipotizzare che qualche cosa è cambiato (per esempio, situazioni ambientali, attitudini). La problematica, quindi, non sembra legata, come si pensava fino a trenta anni fa, solo alla struttura cardiaca, ma evidentemente a ulteriori ragioni, ancora da indagare in studi epidemiologici ad hoc, che determinano una crescita della prevalenza in fasce di età più giovani.

Quali sono le principali strategie di intervento nel centro e quali le principali innovazioni introdotte negli ultimi anni?

La grossa innovazione nel nostro centro è stata l'introduzione e il ricorso sistematico alla procedura interventistica, l'ablazione transcateretere: una volta individuati con una mappatura i circuiti degenerati, attraverso sonde che veicoliamo all'interno di cavità cardiache, eliminiamo, necrotizzandole, le zone malate. Si tratta di una grossa innovazione perché se si interviene tempestivamente si possono ridurre drasticamente le crisi di aritmia o addirittura eliminarle. Fine ultimo è migliorare la qualità di vita del paziente, ma anche, cosa importantissima, ridurre il rischio tromboembolico tanto maggiore quanto più lungo è il periodo in cui sussiste l'aritmia. L'aritmia, infatti, implica che il cuore

batta in modo irregolare, il sangue non si muove liberamente tra le camere tendendo a ristagnare e a coagulare. Se i coaguli vanno in circolo il rischio tromboembolico aumenta. L'ablazione, in sintesi, è il tentativo interventista di eliminare i circuiti attivi alla base della fibrillazione atriale.

Quale posto può avere la terapia farmacologica?

Il ruolo assegnato alla terapia farmacologica dipende sicuramente molto dall'atteggiamento che ciascun cardiologo assume nei confronti della problematica terapeutica. Nei primi episodi di fibrillazione atriale l'atteggiamento comune, coerentemente a quanto suggerito dalle linee guida internazionali, è di offrire una terapia farmacologica, primo presidio adottato sia in Pronto Soccorso che in ambito ambulatoriale. Personalmente, ritengo che in alcuni casi anche l'ablazione possa essere la prima linea, per esempio in soggetti giovani.

Ci sono casi in cui invece l'ablazione è troppo rischiosa. Mentre, per esempio, in pazienti con episodi a crisi l'ablazione può dare una grande svolta in termini di qualità di vita, nel paziente che è sempre in fibrillazione l'ablazione non consente di ottenere un successo qualificante. Si tratta di soggetti che arrivano troppo tardi all'ablazione, spesso a causa di diagnosi tardive da parte del medico di base e/o del cardiologo del territorio. In questi casi il successo è più limitato, con possibili complicanze postintervento.

Ritiene che l'innovazione farmacologica, oltre quella delle tecniche interventiste, sia una tessera importante nel miglioramento della gestione dei pazienti affetti da fibrillazione atriale acuta?

Sicuramente in pazienti con cardiopatie organiche importanti l'ablazione è praticabile, ma può essere meno efficace di una terapia farmacologica. Quindi dispone di alternative terapeutiche di natura diversa, utilizzabili in funzione delle specificità cliniche, è un indubbio vantaggio. Tuttavia, in termini più generali,

credo che sia possibile ottenere buoni risultati con una 'terapia ibrida': la combinazione di ablazione e farmaco può dare ottimi risultati laddove lo stesso farmaco senza ablazione può essere inefficace.

Per chiudere, quali le innovazioni farmacologiche più significative nel campo dell'aritmologia degli ultimi anni?

Direi essenzialmente due: il dronedarone e il vernakalant; due molecole profondamente diverse per meccanismo d'azione e area di impiego.

Il dronedarone, utilizzato come profilassi nel trattamento cronico, ha un meccanismo di azione abbastanza simile all'amiodarone ma, cosa positiva, non ha interferenze con la funzione tiroidea. Tuttavia, per quanto gli effetti collaterali sulla tiroide vengano a mancare, non è un farmaco parimenti efficace all'amiodarone e non è consigliato in pazienti con scompenso cardiaco. In più ci sono state diverse segnalazioni, e un conseguente warning dell'FDA, di alterazione della funzione epatica. Per questi motivi direi che c'è un po' di freddezza dei medici nel suo impiego.

Il vernakalant, diversamente, è una molecola molto interessante, utilizzabile per via endovenosa in pazienti che raggiungono il Pronto Soccorso in fibrillazione atriale acuta e si è rivelato un farmaco piuttosto rapido nel favorire l'interruzione dell'aritmia. La sua principale caratteristica è che agisce in maniera selettiva sull'atrio, da dove nasce la fibrillazione atriale, piuttosto che sul ventricolo. Rappresenta una molecola con azione più selettiva sulle cellule atriali e questo spiegherebbe la sua efficacia nel portare il soggetto a ritmo normale.

Con una dose standard di vernakalant, circa il 61% dei pazienti torna in ritmo sinusale; a un'ora dalla somministrazione circa il 50% dei pazienti, dopo 24 ore circa l'80%. Si tratta, quindi, come dicevo, di una molecola interessante con un ampio spettro di sicurezza (come tutti i farmaci antiaritmici può provocare un abbassamento della frequenza cardiaca e ipotensione), ma ben tollerato. Credo avrà sempre più peso nel trattamento delle forme acute in Pronto Soccorso. ■ ML