



ANCE NEWS

Lettera notiziario dei cardiologi del territorio dell'Emilia Romagna

NEWS

MAURIZIO BARONI
Segretario Regionale Emilia Romagna

Sommario:

News	1
Il rischio cardiovascolare residuo	2-3
Tachicardie a QRS largo	4-7
Programma 2023	5-7-8
Caso ecg	8

Carissimi,
Un aggiornamento sulle attività dell'ANCE EMILIA ROMAGNA in questo inizio del 2023. Si è svolto il convegno organizzato dal dott Trisolino sulla prevenzione cardiovascolare e l'incontro organizzato dal dott Marchetti sul rischio cardiovascolare residuo e inoltre il congresso nazionale SIT organizzato dal prof Gaddi a cui ANCE ha partecipato sia come sezione regionale che nazionale. Continueranno gli incontri con i medici di famiglia: uno si è da poco tenuto a Bologna (dott Baroni) e il prossimo è in programma il 5 maggio a Faenza (dottoressa

Ponzo, dott Catapano). Ricordo poi il corso di ecografia cardiovascolare del 6 maggio a Bologna; il congresso nazionale di fine maggio a Roma e il congresso regionale il 14 ottobre a Bologna. Spero si riescano organizzare gli incontri con l'esperto di cui vi ho parlato. In questo numero il

dott Marchetti fa il punto sul rischio cardiovascolare residuo e il dott Trisolino analizza i criteri per la diagnosi differenziale delle tachiaritmie a QRS largo. Il prof Capucci e il prof Labriola hanno inviato l'interpretazione del tracciato ecg presentato sul numero precedente e che riporto in ultima pagina.



ANCE-news MARZO 2023

a cura di:
Maurizio Baroni

con la collaborazione di
Gabriello Marchetti
Giuseppe Trisolino

Segue in ultima pagina

IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE RESIDUO

L'INTERVISTA

Giuseppe Trisolino

Gabriello Marchetti

Il colesterolo LDL è un importante fattore causale per lo sviluppo dell'arteriosclerosi.

I risultati dei grandi trials con statine hanno dimostrato in modo convincente che i livelli del C-LDL sono legati al rischio cardiovasco-

LDL di 30 mg) mentre la riduzione del rischio assoluto era solo dell'1.5% e le ricorrenze a 3 anni di MACE: 9.8% nell'ODISSEY (alirocumab) outcome- N Engl J Med 2018; 379:2097-2107 la riduzione LDL-Col sino a 40 mg-dL; end point composito (tempo 1a occorrenza di morte coronarica, infarto miocardico non fatale, angina instabile che richiedeva ospedalizzazione o ictus ischemico) era del 9,5 % vs 11,1 % del gruppo controllo.

Il rischio globale residuo è la probabilità di sviluppare un evento cardiovascolare maggiore dopo aver posto il paziente in trattamento

ottimale, con un intervento multifattoriale, di tutti i fattori coesistenti nel singolo individuo. Il calcolo delle LDL è stato finora fatto con la formula di Friedwald che non tiene conto tuttavia dei trigliceridi, delle particelle piccole di

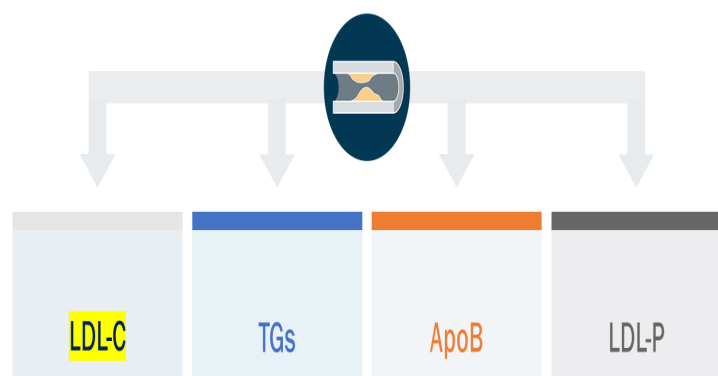
Stile di vita
Tutti i fattori di rischio
PA
140 mmHg
↓
120 mmHg
Antipertensivi
HbA1c
7-7.9%
↓
<6%
Antidiabetici
LDL
100 mg
↓
70-80 mg
Statine
Dislipidemia aterogena
Rischio vascolare iniziale
Rischio vascolare residuo
Terapia multifattoriale

lare in modo dose-dipendente (the lower, the better). La riduzione del C-LDL di 39 mg/dL (1 mmol/L) corrisponde ad un calo del rischio relativo di eventi cardiovascolari del 10% al primo anno, del 16% al secondo anno e del 20% dopo tre anni di trattamento. Le Linee-guida indicano che la riduzione del colesterolo-LDL deve costituire il primo obiettivo delle strategie di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria. Disponiamo di terapie molto efficaci per ridurre il C-LDL (statine, ezetimibe, inibitori del PCSK9, acido bempedoico)

Nel trial FOURIER (evolocumab) N Engl J Med 2017; 376:1713-1722 si osserva la riduzione del LDL-Col del 59% rispetto al basale (livelli medi di

to ottimale, con un intervento multifattoriale, di tutti i fattori coesistenti nel singolo individuo. Il calcolo delle LDL è stato finora fatto con la formula di Friedwald che non tiene conto tuttavia dei trigliceridi, delle particelle piccole di

Atherogenic Burden

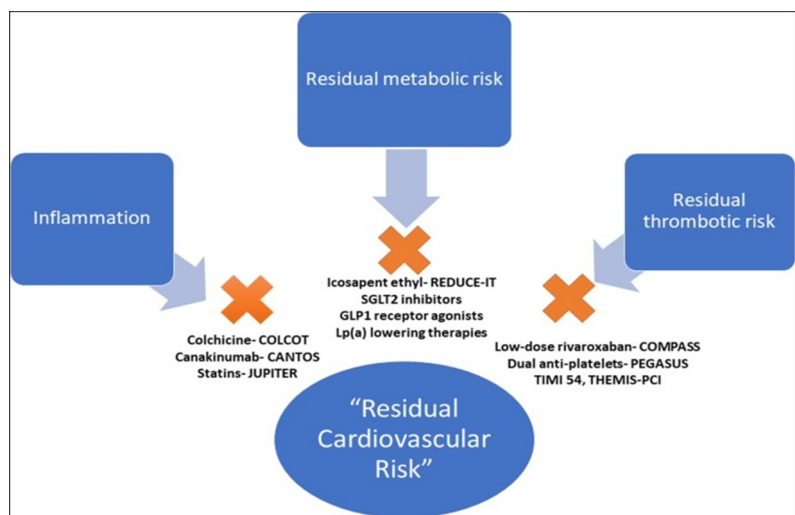
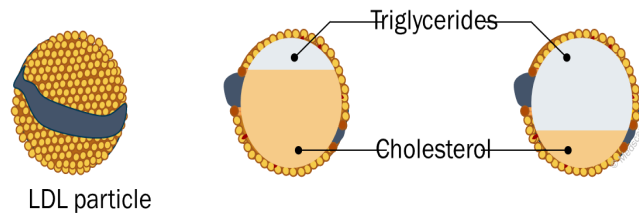
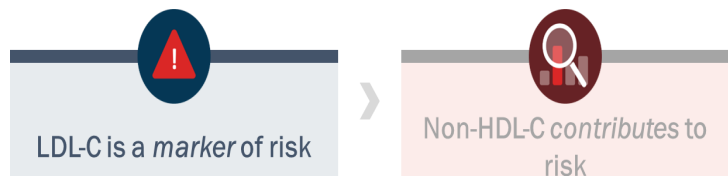


Guardare solo LDL può sottostimare il reale burden aterogeno

I trigliceridi elevati possono contribuire al rischio cardiovascolare residuo ma alcuni trial sono risultati o inconcludenti (Prominent Study sul pemafibrato interrotto per “futilità” o addirittura negativi (studio Strenght) e solo pochi hanno dimostrato efficacia nella prevenzione (Reduce-it).

Le linee guida della Società Europea di Cardiologia indicano le statine come classe 1 nel trattamento della ipertrigliceridemia. Sono anche state introdotte nel 2019 le indicazioni ai nutraceutici (riso rosso fermentato)

Gabriello Marchetti



CONSIGLIO REGIONALE 2022-2025

SEGRETARIO REGIONALE
Maurizio Baroni

VICE SEGRETARIO REGIONALE
Michele Patruno

SEGRETARIO PROVINCIALE BOLOGNA
Gabriello Marchetti

SEGRETARIO PROVINCIALE FERRARA
Michele Patruno

SEGRETARIO PROVINCIALE RAVENNA
Anna Maria Pozzo

TESORIERE Antonella Mirri

IL PROBLEMA ARITMICO IN EMERGENZA: TACHIARITMIE A QRS LARGO



Sito nazionale
www.ancecardio.it

GIUSEPPE TRISOLINO

Il medico dell'Urgenza opera in condizioni tali da non consentire il più delle volte tempi lunghi per l'esecuzione di complesse diagnosi differenziali elettrocardiografiche o la messa in opera di strategie terapeutiche il cui effetto non sia immediato. Tuttavia, la corretta identificazione del tipo di aritmia, prima di procedere al suo trattamento, è sempre necessaria perché un trattamento aggressivo ed inappropriato aumenta il rischio già di per sé presente nell'evento aritmico. La comparsa di una tachiaritmia a QRS largo provoca generalmente uno stato di allarme che è esasperato dalla presenza o possibile insorgenza di deterioramento emodinamico. Il più delle volte le condizioni critiche del paziente, il poco tempo a disposizione, l'assenza di fonti d'aiuto come la precedente documentazione clinica o elettrocardiografica possono comportare il blackout della memoria nel ricordare ed applicare i criteri scolastici utili per la differenziazione tra ectopia ed aberranza. E' pertanto auspicabile l'acquisizione di algoritmi diagnostici di rapida e semplice esecuzione, ricordando che in presenza di diagnosi incerta l'aritmia a QRS largo va considerata come se fosse di origine ventricolare e trattata di conseguenza ed in presenza di una aritmia che determini un grave deterioramento emodinamico il trattamento deve precedere la definizione diagnostica che avverrà dopo

aver risolto il problema aritmico e stabilizzato il paziente. La **Tachicardia Ventricolare** è una successione più o meno prolungata (sostenuta o non sostenuta) di battiti a QRS largo ($>0,12$ sec), generalmente ritmici, a frequenza normalmente tra 140 e 200 battiti/min originanti al di sotto della biforcazione del fascio di His. Sull'elettrocardiogramma di superficie spesso vi è impossibilità a reperire i battiti di cattura o di fusione o a identificare la dissociazione A-V, vale a dire gli elementi diagnostici dell'aritmia di origine ventricolare. **I battiti di cattura o di fusione** sono battiti stretti o relativamente più stretti durante la tachicardia purchè sempre preceduti da un'onda P con intervallo compatibile con la conduzione anterograda dell'impulso, che si manifestano quando un impulso sopraventricolare riesce ad attraversare la giunzione ed attivare completamente (cattura) o parzialmente (fusione) i ventricoli. **La dissociazione A-V**, vale a dire l'identificazione del ritmo atriale dissociato da quello ventricolare, può essere confortata clinicamente dalla variabile intensità del I tono e da onde giugulari di "cannone". L'approccio diagnostico più importante rimane quindi l'analisi della **morfologia del QRS** che consente di distinguere tra ectopia e aberranza osservando soprattutto le derivazioni V1 e V6. Esistono, infatti, altre due condizioni in grado di rendere largo il com-

plesso QRS durante un episodio tachicardico: il blocco di branca funzionale o preesistente e la preeccitazione ventricolare. **L'aberranza** si manifesta con un quadro ecgrafico di blocco di branca tipico, **l'ectopia** invece è caratterizzata da un aspetto simile al blocco di branca. Durante una tachicardia a QRS largo con aspetto a blocco di branca destro la morfologia in V1 a tipo R o Rr' o qR o RS e a tipo rS in V6 depongono per ectopia ventricolare. Durante una tachicardia a complessi larghi con aspetto a blocco di branca sinistro, la morfologia rS in V1 con onda r di durata > a 30 msec e nadir della S > di 60 msec e un aspetto qR o QS in V6 depongono per l'origine ventricolare dell'aritmia. Un aspetto **"concordante"** del QRS nelle derivazioni precordiali, vale a dire l'assenza di complessi R/S, è stato proposto come diagnostico di TV. Se la concordanza negativa è assolutamente specifica di tachicardia ventricolare, la concordanza positiva non permette di escludere una tachicardia preeccitata con condu-

zione ai ventricoli attraverso una via anomala (antidromica). Tale condizione è ancora più suggestiva se si associa ad un asse deviato a destra con complessi QS o rS in D1 e aVL. Un segno proposto per la diagnosi di TV è *l'intervallo uguale o maggiore di 100 msec tra l'inizio del QRS e il nadir della S in una delle derivazioni precordiali*. È un segno da considerare con cautela se esso è l'unico segno probante per TV. La durata del QRS >140 msec e la deviazione dell'asse sul piano frontale oltre -30° sono suggestivi, ma non diagnostici, dell'origine ventricolare dell'aritmia. La presentazione clinica dell'aritmia (la TV monomorfa sostenuta può non influenzare la stabilità emodinamica, mentre una TPSV può determinare sincope o ipotensione), la risposta alle manovre vagali (le TV fascicolari rispondono positivamente alle manovre vagali) possono essere addirittura fuorvianti. La cardiopatia ischemica, la cardio-

ANTICIPAZIONI PROGRAMMA 2023

5 MAGGIO 2023 FAENZA INCONTRO ANCE E MEDICI DI FAMIGLIA
DOTTORESSA PONZO DOTT CATAPANO

6 MAGGIO 2023 HOTEL SYDNEY BOLOGNA
CORSO TEORICO PRATICO "UPGRADE IN ECOGRAFIA CARDIOVASCOLARE"

25-27 MAGGIO 2023 ROMA CONGRESSO NAZIONALE ANCE

14 OTTOBRE 2023 HOTEL SIDNEY BOLOGNA
CONGRESSO REGIONALE ANCE :IL CUORE SOTTO I PORTICI

miopatia dilatativa ed ipertrofica, la displasia aritmogena del ventricolo destro, le alterazioni elettrolitiche severe ed alcuni farmaci (digitale, verapamil, amiodarone, chinidina) sono condizioni eziologiche che più frequentemente sottintendono la tachicardia ventricolare. In una non trascurabile percentuale di casi, la TV può comparire in assenza di cardiopatia manifesta. Si tratta della **TV Idiopatica** nelle due forme: infundibolare a partenza dal tratto d'efflusso del ventricolo destro con aspetto a tipo blocco di branca sinistro con asse diretto in basso e fascicolare che origina dal fascicolo posteriore ed ha un aspetto di blocco di branca destro con deviazione assiale superiore. È utile ricordare che il trattamento del flutter atriale con farmaci antiaritmici della classe 1C, determinando un rallentamento della frequenza, rende possibile

una conduzione 1:1 con allargamento del QRS dando origine ad un pattern di differenziazione estremamente difficile con la tachicardia ventricolare monomorfa. La prima decisione che il medico deve prendere nell'approccio ad un paziente con tachicardia a QRS largo è se si debba procedere o no all'interruzione immediata dell'aritmia e solamente le condizioni cliniche ed in particolare l'assetto emodinamico condizionano la scelta terapeutica. Lo stato di shock, l'ipotensione arteriosa, l'angina pectoris, lo scompenso acuto e le alterazioni del sensorio impongono l'immediata interruzione dell'aritmia con cardioversione elettrica sincronizzata. Una TV parossistica contraddistinta da una parziale desincronizzazione dell'attività elettrica ventricolare è la **TORSIONE DI PUNTA**. Essa si manifesta nel contesto di una grave bradicardia

ALGORITMO DIAGNOSTICO NELLA TACHICARDIA A QRS LARGO

QRS > 0,14 sec

* TV fascicolare può essere

AQRS > - 30°

interrotta da manovre vagali

ECG precedenti (BB-WPW noto)

Storia clinica (pregresso IMA)

Manovre vagali -----> efficaci: aberranza *

DISSOCIAZIONE A-V

SI ⇒ TV

NO

2. ASPETTO CONCORDANTE ** NELLE PRECORDIALI

SI ⇒ TV

NO

** positivo: considerare preeccitazione

3. INTERVALLO > 100 MMSEC INIZIO QRS-NADIR S

SI ⇒ TV

NO

4. CRITERI MORFOLOGICI IN V1-V6 (vedi A-B)

SI ⇒ TV

NO

⇒ aberranza

A) morfologia BBDX

B) morfologia BBSN

V1: R, Rs, Rr, qR,

V1: rS r>30 msec

V6: QS, qR, rS

S nadir > 60 msec

S incisura

V6: qR, QS

cronica o nelle sindromi congenite o acquisite di QT lungo, in presenza di turbe metaboliche oppure in corso di trattamento farmacologico con antiaritmici della classe 1a e 1c condizioni cioè caratterizzanti una ripolarizzazione prolungata. All'ECG si apprezza un aspetto polimorfo dei complessi QRS che sembrano descrivere un movimento di rotazione intorno alla linea isoelettrica. Gli episodi aritmici preceduti da un ciclo lungo-

breve iniziato dall'ultimo BEV tendono alla risoluzione spontanea, ma possono recidivare con rare degenerazioni in fibrillazione ventricolare. L'approccio terapeutico prevede la rimozione delle cause iatrogene, la correzione della disionia e l'incremento della frequenza cardiaca. Sono pericolosi gli antiaritmici in considerazione del meccanismo elettrogenetico dell'aritmia (desincronizzazione della ripolarizzazione).

Bologna
6 Maggio 2023

ANCE
Cardiologia Italiana del Territorio

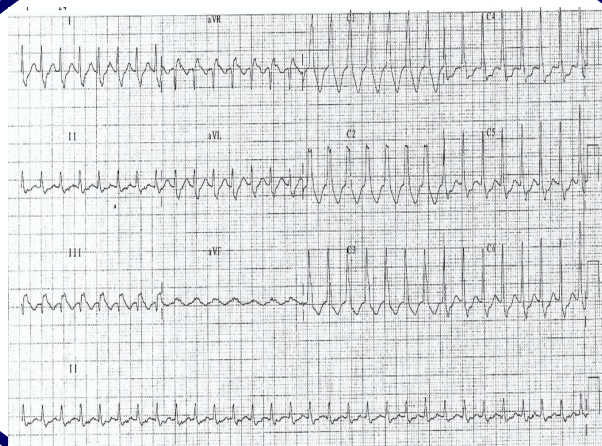
**UPDATE IN ECOGRAFIA
CARDIOVASCOLARE**

CORSO TEORICO-PRATICO
ANCE EMILIA ROMAGNA

SAVE THE DATE

In collaborazione con SIECVI EMILIA ROMAGNA

Responsabile Scientifico e Coordinatore
del Corso
DOTT. MAURIZIO BARONI



Tracciato di uomo di 54 anni iperteso.. Senza precedenti di eventi cardiaci

ECG eseguito per cardiopalmo insorto a riposo dopo pranzo

Pa 110/70 mmHg
FC 170 batt/min

Interpretazione

Tachicardia sopraventricolare da rientro con aberranza di conduzione a tipo blocco di branca destra

**Prof Capucci
Prof Labriola**

Confido che i prossimi numeri saranno ulteriormente arricchiti dai vostri contributi.

Rinnovo l'invito a tutti a contribuire con idee, consigli, suggerimenti per fare crescere ancora la nostra associazione. Vi chiedo inoltre di coinvolgere nuovi colleghi anche medici di famiglia che si possono iscrivere alla nostra associazione. Ricordo per chi non lo avesse ancora fatto di rinnovare la quota associativa.

Concludo augurando a tutti :
BUONA PASQUA

Maurizio Baroni



CONGRESSO REGIONALE ANCE EMILIA ROMAGNA 2023

"Il Cuore Sotto i Portici"
The Sydney Hotel - Bologna
14 ottobre 2023



SAVE THE DATE

Responsabile Scientifico
Dott. Maurizio Baroni



Info e update su www.mymeetingsrl.com