

Fa: da controllare i fattori di rischio cardiovascolare

Oltre la metà dei casi di fibrillazione atriale potrebbe essere evitato attraverso un'ottimizzazione del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. È uno dei risultati che **Rachel R. Huxley**, della divisione di Epidemiologia e salute comunitaria della university of Minnisota, a Minneapolis, e collaboratori, hanno tratto analizzando i dati dei 14.598 partecipanti allo studio Aric (Atherosclerosis risk in communities). I ricercatori hanno suddiviso i fattori di rischio consolidati per fibrillazione atriale - quali ipertensione arteriosa, elevato indice di massa corporea, diabete meliito, fumo di sigaretta, e pregressa malattia cardiaca - in 3 livelli: ottimale, borderline, elevato. Sulla base dei livelli dei fattori di rischio, i soggetti sono stati quindi classificati in uno di 3 gruppi dalle analoghe denominazioni. La frazione attribuibile nella popolazione di fibrillazione atriale dovuta a un profilo di rischio non ottimale è stata valutata in modo separato negli uomini e nelle donne, caucasici e non caucasici. Nel corso di un follow-up medio di 17,1 anni, sono stati identificati 1.520 casi incidenti di fibrillazione atriale. I tassi di incidenza aggiustati per età più alti si sono avuti nei maschi bianchi mentre quelli più bassi si sono riscontrati nelle donne di colore (7,45 e 3,67 per 1.000 anni-persona, rispettivamente). La prevalenza complessiva del profilo ottimale di rischio si è attestata su 5,4%, ma è apparsa variabile a seconda dell'etnia e del genere: 10% nelle donne caucasiche vs 1,6% nei maschi neri. Nel complesso, il 56,5% dei casi di fibrillazione atriale può essere spiegato con il fatto di avere uno o più fattori di rischio di livello borderline o elevato; tra questi fattori, comunque, l'elevata pressione arteriosa rappresenta l'elemento più importante.

Circulation. 2011 Apr 12;123(14):1501-8

Luci e ombre sulla tripla antitrombotica post-stent coronarico

La tripla terapia antitrombotica nei pazienti sottoposti a impianto di stent coronarico ha il pregio di ridurre il rischio di ictus ischemico, ma ha il difetto di aumentare quello di sanguinamento maggiore. Lo affermano **Fei Gao** e collaboratori dell'università medica di Pechino, autori di una metanalisi di 9 studi (per un totale di 5.181 pazienti) in cui si sono confrontate la sicurezza e l'efficacia di un regime cronico con tre farmaci (warfarin, acido acetilsalicilico e clopidogrel) con quelle di altre strategie non basate su un triplice approccio antitrombotico. Dall'analisi dei trial, in cui i follow-up variavano in un range compreso tra 1 e 18 mesi, è emerso che i pazienti sottoposti a triplo regime antitrombotico mostravano una significativa riduzione di incidenza di ictus ischemico (odds ratio: 0,29) rispetto a una doppia terapia antiaggregante. Al contempo, però, si è osservato un rischio raddoppiato di sanguinamento maggiore associato alla combinazione con tre farmaci (2,00). Sostanzialmente sovrapponibili, infine, i tassi di incidenza di mortalità complessiva (1,20) e per infarto miocardico (0,84) tra i due gruppi. Queste evidenze, concludono gli autori, pongono quesiti fondamentali per i futuri studi randomizzati prospettici, affinché si possa definire lo schema antitrombotico ottimale per i pazienti che, sottoposti a impianto di stent coronarico, richiedono un'anticoagulazione orale cronica.

Int J Cardiol, 2011 Apr 1;148(1):96-101

Scompenso cardiaco: arbitraria esclusione degli anziani dai trial

Nonostante le raccomandazioni delle agenzie regolatorie nazionali e internazionali, i pazienti più anziani continuano a essere esclusi dai trial clinici sullo scompenso cardiaco. Lo rivela un'analisi delle sperimentazioni in corso (al 1° dicembre 2008) riportate nel registro dell'Oms, condotta da un team internazionale guidato da **Antonio Cherubini**, dell'Istituto di Gerontologia e geriatria dell'università di Perugia, nell'ambito dello studio Predict (Increasing the participation of the elderly in clinical trials). Come principale misura di outcome è stata adottata la percentuale di trial caratterizzati da esclusione di pazienti sulla base di un arbitrario limite superiore di età o per altri criteri in grado di causare indirettamente un arruolamento limitato degli individui più anziani. I criteri di esclusione, inoltre, sono stati classificati in 2 categorie: giustificati o scarsamente giustificati. Su 251 sperimentazioni in corso riguardanti trattamenti dello scompenso cardiaco, 64 (25,5%) escludevano i pazienti in base ad arbitrari limiti di età superiore. Questo fenomeno è apparso significativamente più comune nei trial condotti nell'Unione europea rispetto a quelli svolti negli Usa (32,3% vs 16,2%) e nel caso di farmaci sponsorizzati da istituzioni pubbliche piuttosto che da enti privati (35,6% vs 13,9%). Nel complesso, 109 trial (43,4%) sullo scompenso cardiaco presentavano almeno un criterio di esclusione scarsamente giustificato, in grado di limitare l'inclusione dei soggetti più anziani. Una percentuale sovrapponibile di studi clinici con criteri di esclusione poco giustificati è stata rilevata negli studi farmacologici e non farmacologici.

Arch Intern Med, 2011; 171(6):550-6

Asa: i pro e i contro

Nei pazienti con diabete mellito senza pregressa malattia cardiovascolare, il trattamento con acido acetilsalicilico (Asa) riduce il rischio di eventi cardiovascolari avversi maggiori (Mace), ma nel contempo determina la tendenza verso tassi più elevati di sanguinamento e complicanze gastrointestinali. Questa tipologia di pazienti, nello spettro del rapporto rischio/beneficio, si trova in una zona intermedia tra quelle occupate dai soggetti in prevenzione primaria e secondaria; ciò sottolinea l'importanza di considerare il rischio individuale nella decisione relativa alla prescrizione di Asa nei diabetici. È questa la conclusione di una revisione sistematica con metanalisi di studi sull'uso dell'Asa per la prevenzione primaria dei Mace (outcome composito di infarto miocardico non fatale, ictus non fatale, e morte cardiovascolare), effettuata da un'equipe dell'università di Calgary (Canada) guidata da **Sonia Butalia**. Sono stati selezionati complessivamente 7 studi, per un totale di 11.618 partecipanti all'analisi. Il rapporto di rischio (Rr) globale per Mace è risultato di 0,91, con piccole eterogeneità fra i trial. Altri outcome secondari di interesse riguardavano l'infarto del miocardio (Rr: 0,85), l'ictus (Rr: 0,84), la morte cardiovascolare (Rr: 0,95) e la morte per tutte le cause (Rr: 0,95). Si sono avute però elevate frequenze di eventi emorragici e gastrointestinali. In termini assoluti, i valori di rischio relativo rilevati stanno a indicare che per ogni 10.000 pazienti diabetici trattati con Asa si possono prevenire 109 Mace a discapito di 19 casi di sanguinamento maggiore (il cui Rr non è statisticamente significativo).

Cardiovasc Diabetol, 2011 Apr 1;10(1):25

C'è rapporto tra il grasso pericardico e la fibrillazione atriale (FA)

Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori australiani coordinati dal dott. Christopher X. Wong del Royal Adelaide Hospital (University of Adelaide). I ricercatori si sono posti come obiettivo dello studio quello di caratterizzare il rapporto tra il grasso pericardico e la fibrillazione atriale (FA) in quanto l'obesità è un importante fattore di rischio per FA ed è stato ipotizzato che il grasso pericardico eserciti effetti patogeni locali sulle vicine strutture cardiache al di là dell'adiposità sistemica. I ricercatori hanno arruolato 110 pazienti che erano stati sottoposti per la prima volta ad ablazione della FA e 20 pazienti senza FA (gruppo controllo) e ne hanno quantificato i volumi del grasso pericardico totale, del grasso periatrale e di quello periventricolare mediante valutazione RMN. Inoltre, sono stati valutati l'indice di massa corporea e la superficie corporea dei pazienti in relazione alla presenza di FA, alla gravità della FA, al volume atriale sinistro, ed alla recidiva a lungo termine di FA dopo ablazione. Dai dati raccolti è stato evidenziato che i volumi di grasso pericardico erano significativamente associati con la presenza di FA, con la cronicità e la sintomaticità della FA (tutti i valori di $p < 0,05$). Depositi di grasso pericardico sono stati anche predittivi di recidiva a lungo termine di FA dopo ablazione ($p = 0,035$). Infine, tali depositi sono stati anche correlati con il volume atriale sinistro ($p < 0,001$). E' inoltre importante sottolineare che queste associazioni si sono mantenute anche dopo aggiustamento multivariato e ulteriore aggiustamento per il peso corporeo. Per contro, le misure sistemiche di adiposità, come indice di massa corporea e della superficie corporea, non sono state associate con questi riscontri.

J Am Coll Cardiol, 2011; 57:1745-1751

Meno rivascolarizzazioni con stent medicati

Nei pazienti con infarto miocardico acuto con elevazione del segmento ST, il follow-up a lungo termine dopo intervento coronarico percutaneo con stent a rilascio di farmaci (Des) rivela - rispetto all'uso di stent metallici - una riduzione della necessità di ricorrere alle procedure di rivascolarizzazione, senza aumentare il rischio di morte o reinfarto; la forte riduzione attestata sul reintervento si accompagna però a un leggero ma significativo incremento della trombosi a livello dello stent dopo un anno dall'intervento. Il dato emerge da una metanalisi di 10 trial randomizzati con un follow-up di almeno 3 anni, per un totale di 6.774 pazienti arruolati, condotta da Raffaele Piccolo, Federico Piscione e collaboratori del dipartimento di Medicina clinica, scienze cardiovascolari e immunologia dell'università Federico II di Napoli. In particolare, dopo un follow-up medio di 3,6 anni, l'impiego di Des ha ridotto in modo significativo la rivascolarizzazione dei vasi bersaglio rispetto agli stent metallici (odds ratio, Or: 0,51), in assenza di un aumento di mortalità (Or: 0,88), reinfarto (Or: 1,02) e trombosi globale a livello dello stent (Or: 1,06). La trombosi che si verifica in tempi molto tardivi, ovvero un anno dopo la rivascolarizzazione, è aumentata invece in modo significativo con l'impiego dei Des (Or: 1,71).

Atherosclerosis, 2011 Mar 15.

Polipillola: potenziale forte riduzione di malattie cardiovascolari

Le "polipillole" - singole capsule che contengono vari farmaci che riducono il rischio di malattie cardiovascolari (Cvd) - hanno l'effettiva potenzialità di ridurre in modo sostanziale

l'incidenza delle Cvd negli Stati Uniti. Ne sono convinti *Paul Muntner*, epidemiologo dell'University of Alabama a Birmingham, e collaboratori, che hanno ipotizzato l'impatto determinato dall'uso diffuso della 'polypill' sulla popolazione adulta americana, calcolando il numero di eventi da cardiopatie coronariche (Chd) e di ictus potenzialmente prevenibili, effettuando proiezioni sulla base di metanalisi pubblicate e tre ampi studi di coorte basati sulla popolazione. Innanzitutto si sono analizzate le National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2004 e 2007-2008 per stimare i tassi di trattamento per i farmaci proposti per le polipillole, ossia acido acetilsalicilico + statina + Ace-inibitore + diuretico tiazidico (sostituito, quest'ultimo, da un beta-bloccante per i pazienti con pregresso infarto del miocardio). Come criterio di elegibilità al trattamento si sono usati due criteri: adulti americani di età \geq 55 anni (corrispondenti a una popolazione di 67,6 milioni di persone) oppure con storia di Cvd (15,4 milioni di pazienti). Tenendo conto tra l'altro che, tra il 2007 e il 2008, il 37,3% degli adulti americani di età \geq 55 anni e il 57,0% dei pazienti con pregresso infarto assumevano statine, si è calcolato che l'impiego della polipillola negli adulti statunitensi di età \geq 55 anni potrebbe prevenire 3,2 milioni di eventi Chd e 1,7 milioni di ictus in 10 anni, mentre nei pazienti con storia di Cvd, potrebbe evitare 0,9 milioni di eventi Chd e 0,5 milioni di ictus.

Am Heart J, 2011; 161(4):719-25