

SALUTE

Nuovi farmaci e metodiche più precise per curare la fibrillazione atriale

Al ritmo giusto

**Molecole con effetti
protettivi anche
su patologie correlate**

**Tecniche chirurgiche
brevettate in Italia
ed esportate negli Usa**

di Cristina Cimato

Èquipe impegnate nel mettere a punto tecniche chirurgiche sempre più precise e studi multicentrici per testare l'efficacia di nuove molecole nel trattamento della fibrillazione atriale. Questa aritmia, cui spesso si associa anche lo scompenso cardiaco, interessa il 3% della popolazione (percentuale che sale all'8% per i soggetti con più di 65 anni) ed è stata a lungo sottovalutata. Le ultime novità in ambito farmacologico e chirurgico sono state presentate nei giorni scorsi al VII congresso internazionale Atrial Fibrillation and heart failure, che ha avuto luogo a Bologna. «L'alterazione dei canali di trasmissione attraverso cui passano gli ioni di calcio, potassio e sodio causa la fibrillazione. Le molecole di ultima generazione, attualmente allo studio, interferiscono nei canali così da ripristinare il passaggio fisiologico attraverso una stabilizzazione», ha spiegato Alessandro Capucci, direttore della clinica di cardiologia dell'ospedale regionale Le Torrette di Ancona e presidente del congresso, «tra queste c'è il dronedarone, che rispetto all'amiodarone da cui deriva (sviluppato per l'angina pectoris) non ha effetti negativi sulla tiroide». Anche se il nuovo farmaco non è stato ancora paragonato come efficacia al suo predecessore, nel recente studio Athena, che ha arruolato più di 1500 persone trattate tutte con anticoagulanti, ha dimostrato un effetto decisamente superiore nel prevenire nuovi episodi di fibrillazione nel gruppo trattato rispetto a quello di controllo. «Il dato inatteso, invece, riguarda la significativa riduzione degli episodi trombo-embolici manifestatisi nei pazienti cui veniva somministrato il dronedarone. Questo può indicare una protezione del farmaco rispetto al rischio di ictus, anche se dovrebbe essere pianificato uno studio mirato a questa verifica». Un altro farmaco, già approvato negli Usa come antianginoso e attualmente allo studio in Europa, è la ranolazina, molecola anti-ischemica che agisce sui canali del potassio. «Ci sono già studi di laboratorio in tal senso che indicano un effetto anti aritmico», ha aggiunto Capucci, «la fase di arruolamento coinvolgerà circa 1000 pazienti. Al convegno è stato inoltre presentato uno studio condotto in Canada che indica in modo più preciso il rapporto che sussiste tra lo scompenso e la fibrillazione. Circa il 15-20% delle persone con fibrillazione può evolvere in scompenso, ma quando quest'ultimo è in fase avanzata, il 50% dei pazienti che ne soffre si scopre avere anche la fibrillazione atriale».

Chirurgia oltre Oceano. Dal punto di vista chirurgico la tecnica che si è imposta negli ultimi anni è quella dell'ablazione effettuata chirurgicamente o per via percutanea. Di recente, all'ultimo Boston Atrial Fibrillation Symposium, è stato presentato uno studio in cui si è dimostrata la superiorità dell'ablazione rispetto alla terapia farmacologica nel prevenire nuovi episodi di fibrillazione atriale (che è una patologia evolutiva).

«I farmaci sono efficaci ma soprattutto all'inizio,

quando le camere cardiache non sono dilatate, nei casi più seri è consigliabile l'ablazione», ha spiegato Carlo Pappone, primario del reparto di aritmologia dell'Irccs San Raffaele di Milano, «quella per via percutanea risulta più efficace anche perché risulta più semplice con questo accesso identificare i diversi tipi di fibrillazione. Nel caso della forma parossistica, ossia quella che compare in modo improvviso e può colpire un soggetto sano dal punto di vista cardiologico, otteniamo risultati positivi in oltre il 95% dei casi, mentre nella forma cronica la percentuale scende al 75% perché il paziente che evolve in

fibrillazione ha anche altre cardiopatie e spesso gli atri dilatati». Di recente l'Fda americana ha approvato la tecnica, messa a punto presso il San Raffaele, del raffreddamento ad acqua dei cateteri utilizzati per creare una necrosi sul tessuto atriale così da isolare all'interno dell'atrio le regioni da cui proviene la fibrillazione per poi applicare ancora la corrente in alcuni circuiti distribuiti a caso nella parte di cuore sana. «Questo tipo di raffreddamento permette una lesione più profonda e un isolamento elettrico più efficace. Questa necrosi funzionale è limitata a pochi millimetri e si trasforma in breve in una cicatrizzazione che poi fa sì che la regione e quelle adiacenti tornino normali», ha aggiunto Pappone. Lo studio randomizzato che ha messo a confronto i farmaci e l'ablazione ha mostrato nei 19 centri coinvolti una prevenzione di fibrillazione media rispettivamente del 20 e del 65%.

Effetti sulla prognosi. L'efficacia della tecnica non è il solo parametro che viene valutato negli studi più recenti. Test internazionali sono volti a convalidare l'ipotesi che queste tecniche migliorino anche la prognosi clinica. «Gli studi si concentrano principalmente sui pazienti che presentano un quadro clinico di fibrillazione e scompenso», ha spiegato Paolo Della Bella, direttore dell'unità operativa di aritmologia dell'Irccs centro cardiologico Monzino, «normalmente in questo tipo di paziente la condizione tende a deteriorare in modo molto grave, mentre la rimessa a ritmo può rappresentare una strada efficace per migliorare l'evoluzione della malattia. Le più nuove tecniche transcateretere per ripristinare il ritmo sinusale e normalizzare la meccanica cardiaca permettono di allargare la quota dei pazienti trattabile con la chirurgia». Una delle ultime sfide dell'ablazione a radiofrequenza è rappresentata dalla robotica, che dà la possibilità di manovrare il sondino da una postazione lontana e quindi anche di limitare le dosi di raggi assorbiti

dall'operatore. «Il metodo permette inoltre una maggiore precisione nella modulazione di corrente e soprattutto dà la possibilità a qualsiasi operatore di intervenire anche su un paziente che si trova in un'altra città o paese. L'8% dei nostri pazienti proviene dagli Usa e il 4% da altri paesi europei», ha spiegato Pappone.

Esercizio fisico e fibrillazione. Uno studio multicentrico, i cui risultati sono stati pubblicati l'anno scorso sulla rivista *European Heart Journal*, ha mostrato come durante l'esercizio fisico il cuore di un paziente scompensato con fibrillazione atriale abbia una performance ridotta, ma allo stesso tempo posticipi la soglia anaerobica (la stima della capacità di sostenere un esercizio prolungato) e quindi la migliori e allo stesso tempo la renda meno identificabile. «Ora ci interessa capire se questo comportamento cambi la prognosi del paziente per poter individuare con più certezza i malati destinati ad aggravarsi in modo serio o a morire», ha spiegato Piergiuseppe Agostoni,

direttore dell'Unità operativa scompenso cardiaco, cardiologia clinica e riabilitazione presso l'Ircs centro cardiologico Monzino, «inoltre il dato è interessante perché le linee guida statunitensi impongono di identificare con certezza la soglia anaerobica per decidere se procedere con un trapianto oppure no e quindi non poterla stabilire con precisione può creare difficoltà dal punto di vista medico». Attualmente è in corso uno studio multicentrico coordinato dal Monzino che coinvolgerà 12 laboratori in Italia. È già iniziata la fase di reclutamento di circa 3 mila pazienti che verranno sottoposti a test di sforzo cardiopolmonare per conoscere meglio gli effetti della fibrillazione atriale sull'esercizio fisico. «L'obiettivo è quello di capire se la limitazione funzionale influenzi la prognosi del paziente. Speriamo di concludere l'arruolamento dello studio entro quest'anno, ma il follow-up previsto sarà lungo», ha concluso Agostoni. (riproduzione riservata)

