



# ANCE NEWS

## Lettera notiziario dei cardiologi del territorio dell'Emilia Romagna

### NEWS

MAURIZIO BARONI  
Segretario Regionale Emilia Romagna

#### Sommario:

News Dal congresso ESC 2023	1
Ance incontra i medici di famiglia	2-3
Update in ecografia cardiovascolare	4
Dal congresso ESC 2023	5-8
Programma regionale Ance incontra i medici di famiglia	9

Carissimi,

Un aggiornamento sulle attività dell'ANCE EMILIA ROMAGNA. Si è svolto il corso di ecografia cardiovascolare il 6 maggio a Bologna. Sono continuati gli incontri con i medici di famiglia: a Bologna (dott Marchetti e dott Ponissa; dott Marchetti e dott Roncuzzi) e a Faenza (dottoressa Ponzo e dott Catapano). I prossimi incontri con i medici di famiglia sono in programma a inizio anno a Bologna (dott Marchetti e dott Ponissa) e sempre a Bologna (dott Baroni).

Si è appena svolta la riunione dei quadri nazionale e delle segreterie regionali per fare il punto della situazione.

E' imminente il congresso regionale "IL CUORE SOTTO I PORTICI" in programma il 14 ottobre a Bologna.

A novembre ci sarà poi un incontro su: "dieta chetogenica: implicazioni cardiovascolari".

Ricordo a tutti di controllare sul sito nazionale la propria scheda per verificare la completezza dei dati.

Maurizio Baroni

### ANCE-news SETTEMBRE 2023

a cura di:  
**Maurizio Baroni**

con la collaborazione di  
Anna Maria Ponzo  
Gabriello Marchetti  
Amedeo Ponissa

### DAL CONGRESSO DELL'EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY 2023:

Dr Gabriello Marchetti

Riportiamo i risultati di alcuni dei principali trials clinici presentati al congresso della Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology, ESC) che si è svolto ad Amsterdam dal 25 al 28 agosto: ormai il più grande appuntamento mondiale per la Cardiologia con la partecipazione di 28.000 iscritti.

Segue a pag 5

## ANCE INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA

### PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI GABRIELLO MARCHETTI

Il caso clinico presentato è quello di un maschio, che all'epoca aveva 61 anni, e si presenta all'ambulatorio del curante con valori pressori di 160/80 mmHg e un livello di LDL di 145 mg. Poiché gli unici sintomi al momento erano extrasistolia sintomatica si chiede con quale diagnostica iniziare l'approccio e con quale terapia.

Viene scelta terapia beta bloccante e un controllo Holter. Tale esame mostra, in corso di terapia con beta bloccante, un episodio notturno asintomatico di blocco atrio ventricolare totale parossistico, con pausa prolungata e ritmo idioventricolare sostitutivo. Il paziente assumeva inoltre aceinibitore e statina.

La discussione quindi verte sulle eventuali indicazioni a pacemaker, o alla sospensione del farmaco che verosimilmente ha prodotto questo blocco atrio-ventricolare parossistico. Si opta per la sospensione del beta bloccante e per un ricontrollo Holter che dimostrerà infatti un regolare ritmo sinusale normofrequente in assenza di aritmie e di sottoslivellamenti ST.

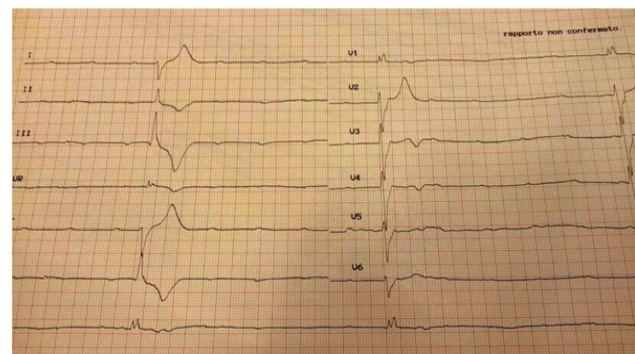
Si propone in discussione l'utilità di prova da sforzo, ecocardiogramma e ecodoppler dei vasi del collo.

Questi esami vengono comunque eseguiti e l'unico dato saliente è quello di una ateromasi aortica a livello dell'arco e di una placca non stenosante carotidea a margini irregolari. Due anni dopo il paziente sviluppa un evento ischemico cerebrale con parestesie all'emisoma destro e documentazione TAC encefalo di

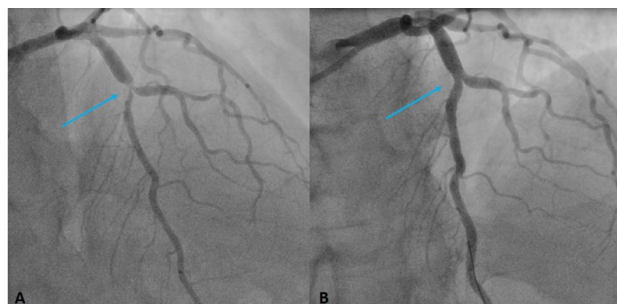
area ischemica. Il quadro neurologico regredisce in pochi giorni e viene aggiunta quindi terapia antiaggregante piastrinica con aspirina.

Il livello di LDL era 149 mg in corso di simvastatina e si mostrano le carte del rischio per poter meglio identificare il grado di rischio. In discussione si opta per passare a una statina ad alta intensità, sebbene a quel tempo fu deciso di continuare con simvastatina. Il paziente rimane in terapia con simvastatina e sviluppa 8 anni dopo una sindrome coronarica acuta STEMI inferiore con dimostrazione di occlusione coronarica destra e relativo intervento di angioplastica e stent.

Vi è concordanza sul fatto che bisognerebbe raggiungere il target di LDL il più presto possibile con una statina ad alta intensità associata a ezetimibe.



Dissociazione tra attività atriale e ventricolare. Ritmo di scappamento ventricolare a rvm < 20 bpm.



## ANCE INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA

### PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI

L'uso delle statine nella pratica clinica è stato di fondamentale importanza nel trattamento delle dislipidemie.

Diversi studi hanno dimostrato che le statine, oltre ad un'azione ipocolesterolemizzante, hanno anche altri effetti detti pleiotropici tra i quali un ruolo di primo piano nei processi coinvolti nella progressione del danno renale, soprattutto negli stadi iniziali e intermedi della malattia renale, mentre ancora non conclusivi sono i dati riferiti ai pazienti in stadio 5 o in trattamento dialitico.

Più volte nella mia pratica di medico di medicina generale ho osservato e constatato che l'uso di quasi tutte le statine determina, in pazienti con malattia renale fino al 3 stadio, una condizione di stabilità e spesso anche miglioramento della microalbuminuria e del VFG.

A tal proposito espongo il caso di una mia paziente, di anni 74, in buona salute con diverse patologie ma sempre stabile e in buon compenso glicometabolico; paziente che ho ereditato a novembre 2022 per cambio di medico di famiglia.

Negli ultimi esami ematici eseguiti presentava un'insufficienza renale con una riduzione del VFG e aumento della microalbuminuria rispetto agli esami ematici eseguiti giugno 2022 e ottobre 2021.

Non riuscendo a capire il motivo di tale peggioramento ho chiesto alla paziente se assumeva regolarmente la terapia farmacologica, se aveva avuto problemi clinici che non mi aveva riferito e infine di portarmi gli esami eseguiti negli ultimi cinque anni, con visite specialiste effettuate.

### AMEDEO PONISSA

Riordinando la cartella clinica e aggiornando la terapia pregressa ho appurato che la paziente nel momento del cambio di medico aveva sospeso di sua iniziativa la statina in quanto a suo dire era un farmaco che poteva causarle dei problemi di salute prendendola per molto tempo.

In conclusione la correzione della dislipidemia con le statine dovrebbe diventare un evento quotidiano nella pratica clinica e nella gestione del paziente nefropatico e la terapia dovrebbe essere iniziata fin dagli stadi iniziali della malattia renale cronica.

Inoltre vorrei sottolineare come gli studi scientifici fatti su pazienti selezionati o su una coorte di pazienti con determinate caratteristiche poi nella nostra pratica clinica trovano riscontro quotidiano e permettono una gestione ottimale del nostro paziente.

DIABETE MELLITO TIPO 2,  
IPERTENSIONE ARTERIOSA,  
IPERCOLESTEROLEMIA,  
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA,  
IPOTIROIDISMO.

ESAMI EMATO CHIMICI	04/06/22 HB: 13,4 GLUCOSIO: 98 HB GLICATA: 51 CT: 195 HDL: 41 TRI: 195 LDL: 115 CRE: 0,88 UREA: 58 VFG: 65 MICROALBUMINURIA: 7	08/04/23 HB: 14,1 GLUCOSIO: 91 HB GLICATA: 52 CT: 230 TRI: 198 HDL: 40 LDL: 150,4 CRE: 1,50 UREA: 58 VFG: 47 MICROALBUMINURIA: 78
FARMACI	08/04/23 : ENALAPRIL AC.ALENDRONICO PANTOPRAZOLO SLOWMET AMLODIPINA LEVOTIROXINA	11/05/23 : ENALAPRIL AC.ALENDRONICO PANTOPRAZOLO SLOWMET AMLODIPINA, LEVOTIROXINA ROSUVASTATINA

## UPDATE IN ECOGRAFIA CARDIO-VASCOLARE

### Dr MAURIZIO BARONI

L'ecografia è tuttora un esame essenziale in medicina anche in questo periodo caratterizzato da costose e complesse tecnologie. Gli ultimi decenni hanno messo a disposizione dei medici nuove tecniche diagnostiche per valutare i diversi quadri patologici, ma nonostante la disponibilità di queste sofisticate indagini, l'ecografia mantiene il suo ruolo centrale anche perché continua ad evolversi tramite lo sviluppo di nuove tecniche. Si è svolto a Bologna il 6 maggio il corso teorico-pratico "UPDATE IN ECOGRAFIA CARDIOVASCOLARE" in cui sono state presentate le più recenti tecniche in ambito cardiologico quali lo studio dello strain (dottor

Labanti) e l'ecografia tridimensionale (dottor Di Giannuario) e i relativi principali campi di utilizzo. E' stato anche analizzato il ruolo che riveste oggi la risonanza magnetica in ambito cardiologico (dott Pasquale). Inoltre sono stati forniti gli elementi di base e i relativi principali quadri per l'ecografia vascolare sia per il distretto carotideo (prof Faggioli) che quello periferico arterioso e venoso (dottor Favaretto) e per l'ecografia polmonare (dott Franchini) così da permettere al cardiologo una valutazione più completa del paziente.

Successivamente sono stati presentati dai relatori e dai tutor (dottor Di Giannuario dottor Milandri dottor Ferri dottor Favaretto e dottor Pilato) alcuni casi clinici esplicativi delle metodiche ecografiche presentate nelle relazioni. Infine si è svolta una sessione pratica in cui i tutor (dottor Di Giannuario dottor Milandri dottor Ferri dottor Favaretto dottor Pilato e dottor Franchini) hanno fatto vedere sul campo utilizzando le apparecchiature ecografiche messe a disposizione per l'occasione come effettuare l'esame e a loro volta i partecipanti hanno potuto effettuare esami ecografici su modelli.



## DAL CONGRESSO DELL'EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY 2023:

Dr Gabriello Marchetti

Riportiamo i risultati di alcuni dei principali trials clinici presentati al congresso della Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology, ESC) che si è svolto ad Amsterdam dal 25 al 28 agosto: ormai il più grande appuntamento mondiale per la Cardiologia

Lo studio **FIRE** (Physiology-Guided Complete PCI in Older MI Patients) ha dimostrato che la rivascolarizzazione completa guidata dalla fractional flow reserve (FFR) ha ridotto gli eventi ischemici rispetto alla rivascolarizzazione della sola lesione culprit in pazienti anziani 75 anni con infarto miocardico e malattia multi vasale; 1.445 pazienti da 34 centri in Italia, Spagna e Polonia, di età  $\geq 75$  anni, ricoverati in ospedale con infarto tipo STEMI o NSTEMI, sottoposti con successo ad angioplastica della lesione culprit con almeno un'altra stenosi in un'arteria coronaria non colpevole con un diametro minimo del vaso di 2,5 mm e una stenosi del diametro stimata visivamente maggiore del 50%. Dopo aver trattato con successo la lesione colpevole, i ricercatori hanno randomizzato i pazienti a ricevere il trattamento della sola lesione culprit oppure rivascolarizzazione completa guidata dall'FFR. I pazienti nel gruppo di rivascolarizzazione della sola lesione culprit non hanno ricevuto rivascolarizzazione delle altre stenosi. L'outcome primario era un composito di morte, infarto miocardico, ictus o rivascolarizzazione coronarica entro un anno dalla randomizzazione. L'endpoint primario si è verificato in 113 pazienti (16%) nel gruppo di rivascolarizzazione completa guidata dalla valutazione FFR e in 152 pazienti (21%) nel gruppo sottoposto a rivascolarizzazione della sola lesione culprit. L'NNT è stato pari a 19. L'endpoint composito a un anno di morte cardiovascolare + infarto, era inferiore nel gruppo di rivascolarizzazione completa guidata dall'FFR rispetto al gruppo di rivascolarizzazione della sola lesione culprit.

Lo studio **STOPDAPT-3** (an aspirin-free antithrombotic strategy for percutaneous coronary intervention) ha randomizzato 5.966 pazienti con sindrome coronarica acuta o elevato rischio di sanguinamento provenienti da 72 centri in Giappone a ricevere prasugrel in monoterapia (3,75 mg/die) o doppia terapia antiaggregante (DAPT) con aspirina (81-100 mg/giorno) e prasugrel, prima dell'angioplastica. Entrambi i gruppi hanno ricevuto una dose di carico di prasugrel (20 mg). L'età media era di 72 anni e il 23% erano donne. Gli endpoint primari erano gli eventi emorragici gravi (per la superiorità) e gli eventi cardiovascolari a un mese (per la non inferiorità). Il principale endpoint secondario era una combinazione degli endpoint primari, come indice del beneficio clinico netto. I risultati a un mese hanno evidenziato che la monoterapia con prasugrel non era superiore alla DAPT per l'endpoint di sanguinamento (4,47% contro 4,71%). La monoterapia con prasugrel era non inferiore alla DAPT per l'endpoint cardiovascolare. Non è stata osservata alcuna differenza tra i gruppi nell'incidenza di morte per tutte le cause. Si è verificato un eccesso di rivascolarizzazione coronarica (1,15% contro 0,57%) e di trombosi dello stent sicura o probabile (0,71% contro 0,44%) nel gruppo con prasugrel in monoterapia rispetto al gruppo in DAPT. Un'analisi di sottogruppi stratificata per pazienti con o senza sindrome coronarica acuta ha indicato un eccesso di rischio di eventi cardiovascolari tra i pazienti con sindrome coronarica acuta nel gruppo con prasugrel in monoterapia rispetto al gruppo in DAPT.

Lo **studio STEP HFpEF** (Effect of Semaglutide 2.4 mg Once Weekly on Function and Symptoms in Subjects With Obesity-related Heart Failure With Preserved Ejection Fraction) ha valutato gli effetti della semaglutide su sintomi, capacità funzionale e perdita di peso in pazienti obesi con HFpEF. Una percentuale considerevole dei pazienti con scompenso a frazione d'eiezione preservata presenta sovrappeso oppure obesità. È emerso chiaramente che l'obesità non è una semplice comorbidità, bensì gioca un ruolo nello sviluppo e nella progressione dell'HFpEF. L'agonista del recettore GLP-1 semaglutide promuove la perdita di peso in pazienti in sovrappeso oppure obesi. Lo studio ha randomizzato 529 pazienti (età media 69 anni, 56% donne) con HFpEF (definito da un valore di frazione d'eiezione  $\geq 45\%$ ), body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, classe New York Heart Association II- ) a terapia con semaglutide 2,4 mg (somministrata per via sottocutanea una volta la settimana) o placebo per 52 settimane. Gli endpoint secondari sono stati la variazione della distanza percorsa in 6 minuti, un endpoint composito (con analisi gerarchica) comprendente morte, eventi di scompenso, variazioni nella distanza percorsa in 6 minuti e infine, come endpoint distinto, e variazioni nei livelli di proteina C reattiva. La terapia con semaglutide ha determinato una variazione maggiore nel punteggio KCCQ-CCS rispetto al placebo (variazione media +16,6 punti contro 8,7 punti,  $p < 0,001$ ) e una riduzione del peso corporeo molto maggiore nel braccio semaglutide (-13% contro -3%;  $p < 0,001$ ). La semaglutide ha, inoltre, determinato un maggiore incremento della distanza percorsa in 6 minuti (+22 metri contro +1 metro,  $p < 0,001$ ) e un miglioramento dell'endpoint composito ( $p < 0,001$ ).

La proteina C reattiva è diminuita in misura maggiore nei pazienti in terapia con semaglutide (-44% rispetto a -7%;  $p < 0,001$ ). Un endpoint esplorativo (ospedalizzazione o visita urgente per scompenso) si è verificato in 1 paziente nel braccio semaglutide e in 12 nel braccio placebo. In conclusione, semaglutide 2,4 mg somministrata 1 volta la settimana determina una riduzione dei sintomi di scompenso, un miglioramento della capacità di esercizio e una maggiore perdita di peso in pazienti con HFpEF e obesità, rispetto al placebo.

Il qiliqiangxin è un farmaco tradizionale cinese con 11 ingredienti che si è dimostrato capace di migliorare la prognosi dei pazienti con scompenso a frazione d'eiezione ridotta (heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF). I ricercatori dello **studio QUEST** (Qiliqiangxin in patients with heart failure and reduced ejection fraction) hanno valutato l'efficacia e la sicurezza di qiliqiangxin in 3.110 pazienti con HFrEF da 133 ospedali nella Cina continentale e a Hong Kong. Tutti i pazienti avevano NT-proBNP  $\geq 450$  ng/L ed erano in terapia stabile da almeno 2 settimane. L'età media è stata pari a 62 anni e il 72% dei pazienti erano uomini. I pazienti sono stati randomizzati in rapporto 1:1 a ricevere qiliqiangxin (4 capsule, 3 volte al giorno) o placebo in aggiunta ai farmaci standard per lo scompenso cardiaco cronico. L'endpoint primario è stato rappresentato da una combinazione di riospedalizzazione per scompenso o morte cardiovascolare. Al follow-up di 18 mesi, l'endpoint primario si è verificato nel 25% dei pazienti nel gruppo qiliqiangxin rispetto al 30% nel gruppo placebo. Questo effetto era correlato sia a minori rischi di riospedalizzazione per peggioramento dello scompenso

cardiaco che di morte cardiovascolare nel gruppo in terapia con qiliqiangxin. Il QUEST è stato il primo studio randomizzato, controllato, in doppio cieco di una medicina tradizionale cinese per il trattamento dello scompenso cardiaco cronico e tende a supportare l'uso di qiliqiangxin come terapia aggiuntiva per il trattamento dell'HF<sub>r</sub>EF.

Lo studio **NOAH-AFNET 6** (Non-vitamin K antagonist Oral anticoagulants in patients with Atrial High rate episodes) è stato un trial randomizzato, in doppio cieco, in cui l'effetto di edoxaban è stato confrontato con l'assenza di anticoagulazione. Sono stati arruolati pazienti di età  $\geq 65$  anni con AHRE della durata di almeno 6 minuti e almeno un fattore di rischio aggiuntivo per ictus. In totale sono stati arruolati 2.536 pazienti con età media 78 anni (di cui 37% donne) e con una durata mediana degli AHRE di 2,8 ore. Il trial è stato interrotto precocemente per futilità dopo un follow-up mediano di 21 mesi. L'endpoint primario (combinazione di ictus, embolismo sistemico o morte cardiovascolare) si è verificato in 83 pazienti in edoxaban e 101 nel braccio placebo ( $p=0,15$ ). L'incidenza di ictus è stata inferiore al previsto, pari a circa 1% per anno/paziente in entrambi i bracci. L'incidenza di eventi avversi è stata pari a 5,9% per anno/paziente nel braccio edoxaban e 4,5% per anno/paziente nel braccio placebo ( $p=0,03$ ). L'incidenza di fibrillazione atriale è stata pari a 8,7% per anno/paziente. Di conseguenza, il trattamento con edoxaban dei pazienti con AHRE non previene la combinazione di ictus, embolia sistemica o morte cardiovascolare mentre aumenta il rischio di sanguinamento rispetto ai pazienti che non sono in terapia anticoagulante.

Lo studio **COP-AF** (Colchicine for the Prevention of Perioperative Atrial Fibrillation in Patients Undergoing Thoracic Surgery) ha confrontato l'effetto della colchicina sulla fibrillazione atriale perioperatoria clinicamente significativa e richiedente cardioversione rispetto al placebo in pazienti sottoposti a chirurgia toracica maggiore non cardiaca. I pazienti sottoposti a chirurgia toracica non cardiaca sono stati randomizzati a ricevere colchicina 0,5 mg due volte al giorno ( $n=1.608$ ) o placebo ( $n=1.601$ ). La colchicina è stata somministrata 4 ore prima dell'intervento per una durata totale di 10 giorni. La troponina è stata misurata quotidianamente nei primi 3 giorni postoperatori. Sono stati arruolati pazienti di età  $\geq 55$  anni (con un'età media di 68 anni), sottoposti a chirurgia toracica maggiore non cardiaca) con anestesia generale. Sono stati criteri di esclusione: fibrillazione atriale diagnosticata in precedenza; uso di farmaci antiaritmici di classe I o III; impossibile assumere farmaci per via orale per  $>24$  ore dopo l'intervento; allergia o controindicazioni alla colchicina; terapia attuale con colchicina. Il 9% dei pazienti aveva una coronaropatia nota. La lobectomia polmonare è stata l'intervento chirurgico più comune (64%) e il 75% dei pazienti sono stati sottoposti a chirurgia toracoscopica. Il 17% dei pazienti in terapia con colchicina ha dovuto interrompere il farmaco, contro il 13% del gruppo placebo. Non sono state osservate differenze significative in termini di fibrillazione atriale clinicamente significativa o danno miocardico. La terapia con colchicina ha determinato più frequentemente diarrea ( $p<0,001$ ). In conclusione la colchicina non sembra un'opzione terapeutica efficace nei pazienti sottoposti a chirurgia toracica maggiore non cardiaca.

Lo studio **HEART-FID** (Ferric Carboxymaltose Fails to Significantly Improve Outcomes in Patients With HFrEF, Iron Deficiency) ha reclutato 3.065 pazienti provenienti da 281 centri in 14 paesi, tutti con HFrEF, carenza di ferro, classe funzionale New York Heart Association da II a IV e in terapia ottimale stabile da almeno 2 settimane prima della randomizzazione a ferro carbossimaltoso per via endovenosa o placebo. L'età media era di 69 anni e il 34% dei partecipanti erano donne. Ai pazienti sono state somministrate dosi a 0 e 7 giorni, e poi ogni 6 mesi in base agli indici di ferro e ai livelli di emoglobina. L'endpoint primario era una combinazione gerarchica di mortalità per tutte le cause a 12 mesi, ricoveri per scompenso cardiaco a 12 mesi e variazione della distanza percorsa a piedi in 6 minuti a 6 mesi. L'endpoint secondario era una combinazione di scompenso cardiaco e morte cardiovascolare per tutta la durata del follow-up. A 12 mesi, 131 (9%) e 158 (10,3%) pazienti sono morti rispettivamente nei gruppi ferro carbossimaltoso e placebo e si sono verificati rispettivamente 297 e 332 ricoveri per scompenso. La variazione media nella distanza percorsa in 6 minuti a 6 mesi è stata di  $8\pm 60$  metri nel gruppo FCM e di  $4\pm 59$  metri nel gruppo placebo. Il reintegro marziale con ferro carbossimaltoso non ha migliorato la prognosi dei pazienti con scompenso a frazione d'eiezione ridotta e carenza di ferro.

Lo studio **BUDAPEST CRT Upgrade** ha arruolato 360 pazienti da 17 centri in 7 Paesi e li ha randomizzati a defibrillatore biventricolare (n=215) oppure assenza di resincronizzazione (n=145). L'età media era di 73 anni e le donne costituivano l'11% della popolazione. Tutti i pazienti presentavano scompenso, frazione d'eiezione  $\leq 35\%$ , durata del complesso QRS  $\geq 150$  ms e una percentuale di stimolazio-

ne ventricolare destra  $\geq 20\%$ . I pazienti avevano anche ricevuto un impianto di pacemaker o defibrillatore almeno 6 mesi prima ed erano in terapia medica ottimale. I pazienti erano esclusi se candidati a terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) secondo le attuali linee guida, se avevano una grave dilatazione ventricolare destra, una valvulopatia severa, una grave nefropatia o avevano subito un infarto o una rivascolarizzazione coronarica elettiva nei 3 mesi precedenti. L'outcome primario è stato rappresentato da una combinazione di ospedalizzazione per scompenso, morte per tutte le cause o riduzione  $<15\%$  del volume telesistolico del ventricolo sinistro. L'endpoint primario si è verificato in 58 dei 179 pazienti (32%) nel braccio CRT-D e in 101 dei 128 pazienti (79%) nel braccio ICD nel corso di una mediana di 12,4 mesi. L'effetto benefico di un aggiornamento CRT-D è stato coerente in tutti i sottogruppi prespecificati. In termini di endpoint secondari, il composito di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e mortalità per tutte le cause era inferiore nel gruppo CRT-D rispetto al gruppo ICD. Anche la risposta morfologica e funzionale del ventricolo sinistro basata sull'ecocardiografia ha favorito la CRT-D rispetto all'ICD, con una differenza a 12 mesi nel volume telediastolico del ventricolo sinistro di -39 ml e una differenza a 12 mesi nella frazione di eiezione del ventricolo sinistro del 10%. Il tasso di eventi avversi gravi è stato inferiore di quasi la metà nel gruppo CRT-D (30,2%), rispetto al gruppo ICD (60%). L'incidenza di aritmie ventricolari maggiori è stata inferiore nel braccio CRT-D (1/215 pazienti) rispetto al braccio ICD (21/145 pazienti). La conclusione degli autori è che nei pazienti con HFrEF portatori di pacemaker o ICD è opportuna una attenta valutazione per un upgrading a CRT-D in caso di stimolazione ventricolare destra intermittente o permanente.





## PROGRAMMA REGIONALE

14 OTTOBRE 2023 HOTEL SIDNEY BOLOGNA

CONGRESSO REGIONALE ANCE:

IL CUORE SOTTO I PORTICI

NOVEMBRE 2023 BOLOGNA:

DIETA CHETOGENICA: IMPLICAZIONI

CARDIOVASCOLARI



## FAENZA : ANCE INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA

### “ Il trattamento ottimale della dislipidemia sulla base del rischio cardiovascolare individuale”

Hanno partecipato medici di medicina generale provenienti da Faenza Forlì Cesena. L'incontro è stato introdotto dalla dr.ssa Ponzo partendo dallo studio Santorini con la drammatica conclusione che solo il 20% dei pz ad alto e altissimo rischio Cv è adeguatamente trattato secondo le ultime linee guida sulla dislipidemia.

Il dr Catapano ha parlato delle ultime linee guida sulle dislipidemie e sulla prevenzione cardiovascolare.

L'ultima relazione ha trattato l'intolleranza alle statine a cura del dr Zammarchi.

L'incontro è stato interattivo e si è concluso con un'ampia discussione che ha consentito di fornire ai partecipanti messaggi di carattere molto concreto e di facile applicazione nella pratica clinica ambulatoriale quotidiana.