

## **E' conveniente lo screening per la fibrillazione atriale in una popolazione a rischio?**

**Circulation published online before print January 23, 2013, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.126656.**

In questo studio sono state prese in esame 848 persone, di età compresa tra i 75 e i 76 anni, che hanno vissuto ad Halmstad, in Svezia. Questi soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione medica di base tra cui un elettrocardiogramma a 12 derivazioni. E' stato effettuato monitoraggio elettrocardiografico transtelefonico, con un dispositivo palmare, per 20-30 secondi due volte al giorno per 2 settimane in un sottogruppo di 403 pazienti con un punteggio CHADS2  $\geq$  2 e senza storia di Fibrillazione Atriale (FA). La terapia anticoagulante è stata raccomandata per i pazienti che risultassero avere FA. Dai risultati è emerso che una precedente diagnosi di fibrillazione atriale è stata confermata in 81 degli 848 soggetti (9,6%). Trentacinque degli 81 pazienti (43%) non stavano assumendo un anticoagulante, di cui 17 (52%) hanno iniziato la terapia anticoagulante secondo le raccomandazioni. Il monitoraggio elettrocardiografico a 12 derivazioni ha identificato 10 pazienti (1,2%, media punteggio CHADS2 1.8) con fibrillazione atriale non diagnosticata in precedenza. Estendendo il monitoraggio ai 403 soggetti la FA non diagnosticata in precedenza è stata rilevata nel 7,4% (media punteggio CHADS2 2.5). La prevalenza complessiva della fibrillazione atriale negli 848 soggetti è stata del 14,3%. La prevalenza è stata del 5,2% nei soggetti senza storia di fibrillazione atriale. Gli autori hanno concluso che lo screening per FA può identificare un gran numero di candidati idonei per la terapia anticoagulante in una popolazione a rischio. In prospettiva, le attuali linee guida americane ed europee raccomandano lo screening per la FA nel setting delle cure primarie in pazienti con o più di 65 anni, con un elettrocardiogramma in caso di irregolarità del polso alla palpazione. Il presente studio dimostra che un numero maggiore di pazienti con FA asintomatica che sono a rischio di ictus possono essere identificati con il monitoraggio transtelefonico per 2 settimane. L'avvio della terapia anticoagulante in questi pazienti potrebbe potenzialmente prevenire l'ictus. Il rapporto costo-efficacia di questo approccio rimane ancora da determinare.

## **Beta bloccante ed Alzheimer: un nuovo affascinante scenario**

**Fonte: J Alzheimer Dis. 2012.**

Il Morbo di Alzheimer (MA) è una grave forma di progressivo declino cognitivo. Anche se alcuni aspetti della sua patogenesi sono stati chiariti nel corso degli ultimi decenni, molte sono le questioni che devono ancora essere affrontate. In particolare, i farmaci attualmente disponibili per la cura del MA offrono un modesto miglioramento clinico, di natura sostanzialmente palliativa, senza influenzarne la progressione in un modo realmente effettivo. All'interno di questo desolante panorama risulta confortante la scoperta del possibile ruolo che i recettori beta adrenergici ricoprirebbero nella fisiopatologia del MA, particolarmente nella formazione di amiloide e nel mediare la neurotossicità a quest'ultima imputata. In linea con tali considerazioni, l'evidenza clinica sembra suggerire un effetto protettivo dei beta bloccanti nei confronti del MA. Ciò è meritevole di ulteriori analisi post hoc dei dati disponibili, derivanti da studi disegnati per altri scopi, e del disegno di studi ad hoc.

## Mortalità nella cardiopatia ipertrofica negli anziani

Fonte: *Circulation* 2013 Feb 5; 127(5): 585-93.

La cardiopatia ipertrofica (HCM) è notoriamente associata ad un'elevata incidenza di morte improvvisa. Questa condizione, una volta ritenuta esclusivamente appannaggio dei pazienti più giovani, attualmente invece viene diagnosticata con frequenza sempre maggiore in pazienti di età più avanzata. Tuttavia, la storia naturale di questa patologia in questo sottogruppo di pazienti non è del tutto chiara. In questo studio gli Autori hanno reclutato 428 pazienti (53% donne) con diagnosi di HCM, di età superiore ai 60 anni seguendoli per un follow-up di  $5.8 \pm 4.8$  anni. Di questi 428, 279 (65%) hanno completato il follow-up restando asintomatici o paucisintomatici. 149 pazienti (35%) invece sono deceduti ad un'età media di  $80 \pm 8$  anni; di questi, la maggior parte (l'89%) sono deceduti per cause non cardiache (soprattutto tumorali) e solo 16 pazienti (il 3.7% del totale) sono deceduti o hanno avuto eventi maggiori correlati alla HCM con un tasso di 0.64%/anno. Questi dati mostrano come sebbene l'aspettativa di vita degli ultrasessantenni con HCM sia ridotta rispetto alla popolazione generale ( $P < 0.001$ ) soprattutto per cause non correlate all'HCM, tuttavia il rischio di mortalità e morbilità direttamente legate all'HCM sia basso. Gli Autori concludono quindi affermando che questi dati non supportano un uso sistematico a scopo profilattico del defibrillatore impiantabile nei pazienti più anziani con HCM ma che dovrebbe essere posta maggiore attenzione nell'individuare e trattare patologie e fattori di rischio coesistenti

## L'impatto della vitamina D sul diabete

Fonte: *Clinical Nutrition* 2013; doi: 10.1016/j.clnu.2013.01.020.

Lo studio vuole valutare l'impatto a lungo termine di alte dosi di vitamina D sull'omeostasi glucidica, i livelli di adiponectina e leptina in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Sono stati arruolati 47 pazienti diabetici e divisi in due gruppi: il gruppo 1 ha assunto vitamina D alla dose di 1.000 U/die per 12 mesi; il gruppo 2 placebo. Dopo 12 mesi i parametri glucidici, la leptina e il rapporto leptina/adiponectina non sono cambiati in entrambi i gruppi. I livelli di 25 OH Vitamina D sono significativamente aumentati ( $p = 0.022$ ) e i livelli di adiponectina cresciuti marginalmente ( $p = 0.065$ ) durante i 12 mesi di trattamento nel gruppo 1 ma non nel gruppo placebo.

## Gli anziani in elevata attività fisica hanno un rischio minore di insufficienza cardiaca, IMA e mortalità cerebro-cardiovascolare

Fonte: *Int J Cardiol.* 2013: S0167-5273(12)01682-8.

Gli anziani che svolgono una elevata attività fisica hanno una minore incidenza di insufficienza cardiaca, mentre qualsiasi attività fisica è associata a un minor rischio di IMA e mortalità cerebro-cardiovascolare. Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori coordinate da Patel della University of Alabama (USA). Dal momento che in letteratura è poco noto su quali siano i livelli di attività fisica necessaria per la prevenzione episodi di insufficienza cardiaca (HF) e/o di altri eventi cardiovascolari nella popolazione anziana, i ricercatori hanno voluto studiare i 5.503 partecipanti al **Cardiovascular Health Study (CHS)**, di età  $\geq 65$  anni, privi di HF all'arruolamento. Una valutazione settimanale dei MET consumati per svolgere attività fisica è stata utilizzata per classificare i partecipanti in quattro gruppi di attività fisica: inattivi (0 MET-minuti,  $n = 489$ , di riferimento), bassa (1-499,  $n = 1.458$ ), medio (500-999,  $n = 1.086$ ) e alta ( $\geq 1.000$ ;  $n = 2.470$ ). I partecipanti avevano una età media di  $73 \pm 6$  anni, il 58% erano donne e il 15% afro-americana. Durante i 13 anni di follow-up, episodi di HF si sono verificati nel 26%, 23%, 20% e il 19% dei partecipanti, rispettivamente senza, attività bassa, media e alta fisica (trend  $p < 0,001$ ). Confrontati agli anziani inattivi, corretto il dato per età, sesso, razza, gli episodi di HF associati a bassa, media e alta attività fisica erano 0,87 (0,71-1,06,  $p = 0,170$ ), 0,68 (,54-0,85  $p = 0,001$ ) e 0,60 (0,49-0,74,  $p < 0,001$ ), rispettivamente (trend  $p < 0,001$ ). Solo una alta attività fisica aveva una significativa associazione indipendente con un minor rischio di eventi di HF (HR, 0,79, 95% CI, 0,64-0,97,  $p = 0,026$ ). Tutti i livelli di attività fisica avevano una significativa associazione indipendente con basso rischio di infarto acuto del miocardio e di mortalità cerebro-cardiovascolari.

## Sicurezza dell'impianto di pace-maker nei novantenni

Fonte: *Circulation* 2013; 127: 1453-1465.

Esistono pochi dati sugli esiti di impianto di pacemaker in novantenni (età ≥ 90 anni). Sono stati identificati i pazienti >70 anni di età (n = 115.683) sottoposti ad un primo impianto di pacemaker tra il 2004 ed il 2008 e inseriti nel data base **Healthcare Cost and Utilization Project-Nationwide Inpatient**. I risultati inclusi riguardavano la mortalità ospedaliera, le complicanze, la durata del ricovero e le spese relative. Risultati non rettificati sono stati confrontati con test  $\chi^2$  e Mantel-Haenszel. Una analisi multivariata basata su modelli gerarchici logistici e graduali modelli di regressione lineare sono stati corretti per appaiamento e raggruppamento dei dati. Pazienti di età superiore a 90 anni erano l'11% sul totale (12.917). Rispetto ai pazienti di età compresa tra 70 a 79 anni, i pazienti di età superiore a 90 anni avevano maggiore probabilità di avere comorbidità moderate/gravi (punteggio Charlson > 1; 43,2% rispetto al 40,1%) e meno probabilità di essere ricoverati in elezione (17,5% contro 29,9%, tutte le  $p < 0,001$ ). La mortalità non aggiustata ed il tasso di complicanze in pazienti di età compresa tra 70 a 79 anni sono stati 0,60% (intervallo di confidenza [CI], 0,53-0,67%) e 5,61% (CI, 5,40-5,82%) rispettivamente e nei pazienti di età >90 anni sono stati 1,87% (CI, 1,63-2,11%) e 6,31% (CI, 5,89-6,72%). La durata del ricovero e le spese in pazienti di età compresa tra 70 a 79 anni sono state 3,22 giorni (CI, 3,20-3,24 giorni) e \$ 38.871 (CI, \$ 38.700 - \$ 39.043) e in pazienti di età >90 anni, 4,27 giorni (CI, 4,25 -4,30 giorni) e \$ 41.373 (CI, \$ 41.190 - \$ 41.556). L'analisi multivariata ha rivelato che una comorbidità grave (odds ratio, 5,00, 95% CI, 4,05-6,17) era un predittore di mortalità maggiore rispetto all'aumentare dell'età (odds ratio, 2,81 per decade, IC, 2,35-3,35), tutte le  $p < 0,001$ . Allo stesso modo, una comorbidità grave (punteggio di Charlson >5) è risultata maggiormente associata a complicanze, durata del ricovero e spese relative.

## ASA si o ASA no nel diabetico senza progressi eventi CV?

Fonte: *BMJ Open* 2013; 3(4).

Questo studio ha valutato i benefici e i rischi associati al trattamento con aspirina nei diabetici di tipo 2 senza progressi eventi cardiovascolari. Sono stati arruolati 4.608 diabetici in terapia con basse dosi di aspirina e 14.038 che non assumevano aspirina e sono stati seguiti per 3,9 anni. Non si è osservata una relazione tra l'uso di aspirina e i benefici sul rischio CVD o morte. Piuttosto, c'è stato un aumentato rischio di CHD fatale o non fatale con aspirina; HR 1.19 (95% CI 1.01 to 1.41),  $p=0.04$ . L'aumentato rischio di eventi cardiovascolari associati con aspirina è stato visto quando sono state analizzate le donne separatamente; HR 1.41 (95% CI da 1.07 a 1.87),  $p=0.02$ , e HR 1.28 (95% CI da 1.01 a 1.61),  $p=0.04$ , per CHD e CVD, rispettivamente, ma non per gli uomini. C'è stata una tendenza verso un aumentato rischio di sanguinamento associato con aspirina,  $n=157$ ; HR 1.41 (95% CI da 0.99 a 1.99). I risultati supportano un più ristretto uso di aspirina nei pazienti con diabete e senza progressi eventi cardiovascolari.

## L'attività sessuale e l'ipertensione

Fonte: *Journal of Hypertension*: Giugno 2013 - Volume 31 - Numero 6 - p 1096-1105.

La relazione tra ipertensione e la salute sessuale è diversa per uomini e donne anziani. E' stato studiato un campione rappresentativo a livello nazionale di adulti di età compresa tra 57-85 anni (n = 3.005) del **National Social Health, Life and Aging Project**. Gli adulti sono stati classificati in base allo stadio di ipertensione (trattata, non trattata e non ipertesi). I farmaci antipertensivi erano: calcio-antagonisti,  $\beta$ -bloccanti o ACE inibitori, diuretici, e  $\alpha$ -bloccanti. Per ciascun gruppo di ipertensione e di farmaci, sono state determinate la prevalenza e le probabilità di essere sessualmente attivi e di avere qualsiasi problema sessuale. Tra gli uomini, confrontando l'ipertensione in trattamento rispetto all'ipertensione non trattata e ai non ipertesi, l'attività sessuale era meno diffusa (66,5 vs 75,9 vs.71.5%,  $P < 0.01$ ) ed i problemi sessuali erano più prevalenti (69,1 vs 57,7 vs 54,3%;  $P \leq 0,01$ ). Non c'era alcuna associazione tra ipertensione trattata e l'attività sessuale [odds ratio, OR = 0.86 (95% intervallo di confidenza 0,51-1,45)] ed un'associazione non significativa è stata riscontrata tra ipertensione trattata e problemi sessuali [OR = 1,49 (0,94-2,37)]. Tra le donne, la prevalenza di attività sessuale era più bassa nei gruppi trattati e non trattati rispetto al gruppo non ipertese (35,2 vs 38,3 vs 58,0%,  $p < 0,01$ ), la

prevalenza dei problemi sessuali era simile (73,7 vs 65,3 vs . 71,7%,  $p=0,301$ ). Le donne trattate [OR = 0.61 (.39-.95)] e non trattate [0,54 (0,30-0,96)] avevano una probabilità minore di svolgere attività sessuale rispetto alle non ipertese. Non c'erano associazioni significative tra classe di farmaci antipertensivi e l'attività sessuale o problemi dei due sessi

## **NSTEMI in soggetti anziani: consideriamo la loro "fragilità"**

**Fonte: European Journal of Preventive Cardiology May 3, 2013 doi: 10.1177/2047487313490257.**

Alla base di questo lavoro vi è la considerazione degli autori che lo studio della vasta popolazione di pazienti anziani con malattia cardiovascolare è fondamentale per individuare misure clinicamente rilevanti. La fragilità del paziente anziano viene definita come una diminuzione delle riserve fisiologiche o una aumentata vulnerabilità. Sono stati presi in esame pazienti con 75 o più anni, con diagnosi di NSTEMI e con dati clinici raccolti prospetticamente tra cui il giudizio sulla fragilità. La fragilità è stata definita secondo lo Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale. Dei 307 pazienti, 149 (48,5%) sono stati considerati fragili. Con l'analisi di regressione di Cox la fragilità è stata associata in modo indipendente con la mortalità ad 1 anno dopo l'aggiustamento per il rischio cardiovascolare e le condizioni di comorbidità (hazard ratio 4.3, 95% CI 2,4-7,8). Il tempo per il primo evento è stato significativamente più breve per i pazienti fragili rispetto ai non fragili (34 giorni, 95% CI 10-58,  $p=0.005$ ). In conclusione la fragilità è fortemente ed indipendentemente associata alla mortalità ad 1 anno. L'uso combinato di fragilità e di comorbidità può costituire un importante concetto di previsione di rischio per quanto riguarda i pazienti cardiovascolari con esigenze complesse.