
Corso di Perfezionamento interattivo
“Ippocrate nell’era ipertecnologica”
appuntamento con la clinica

a.a. 2014/2015

Sintesi

Presidente: Sergio Dalla Volta, Padova

Coordinatore generale e responsabile scientifico: Claudio Rapezzi, Bologna

Seminari:

Trieste 14 marzo 2015 “Miocarditi”

Responsabile: Gianfranco Sinagra

Milano S.R. 9 maggio 2015 “Fibrillazione atriale e terapia personalizzata”

Responsabile: Ottavio Alfieri

edito a cura di
Giuseppe Riggio e Eros Barantani

hanno collaborato:

Silvia Gamba

Alberto Salvadori



Corso di Perfezionamento interattivo
“Ippocrate nell’era ipertecnologica”
appuntamento con la clinica
a.a. 2014/2015

Sintesi

Presidente: Sergio Dalla Volta, Padova

Coordinatore generale e responsabile scientifico: Claudio Rapezzi, Bologna

Seminari:

Trieste 14 marzo 2015 “Miocarditi”

Responsabile: Gianfranco Sinagra

Milano S.R. 9 maggio 2015 “Fibrillazione atriale e terapia personalizzata”

Responsabile: Ottavio Alfieri

edito a cura di
Giuseppe Riggio e Eros Barantani

hanno collaborato:

Silvia Gamba

Alberto Salvadori



Premessa

L'obiettivo generale di tutti i Corsi di formazione organizzati dalla Fondazione Tonolli è orientato alla terapia personalizzata che è alla base del metodo clinico ippocratico. La povertà di ricerche genetiche in campo cardiovascolare riduce il valore della personalizzazione della terapia a fronte della individualità della malattia nel singolo paziente.

Nella presentazione dei seminari del Corso 2015 il Prof. Dalla Volta analizza l'importanza di altri fattori che nelle miocarditi e nella fibrillazione atriale giocano un ruolo difforme tanto da richiedere una particolare organizzazione mentale del medico per una più opportuna scelta terapeutica, appannaggio talvolta di competenze non cardiologiche.

Ciò porta a concludere che nella medicina non può non prevalere l'esigenza del singolo malato nella scelta della terapia.

Giuseppe Riggio

Eros Barantani

Pallanza, luglio 2015

*La sintesi dei seminari è riportata su
www.fondazionetonolli.it*

Prof. Sergio Dalla Volta - Padova

Presentazione del Seminario di Trieste 14 marzo 2015 su “MIOCARDITI”

Il ruolo della malattia infiammatoria del cuore, cioè le miocarditi, è oggi giudicato particolarmente importante per quanto riguarda la scelta, la natura, il tipo di trattamento di questa valutazione clinica. È molto importante premettere che l'aspetto clinico delle miocarditi è estremamente polimorfo, ma di grande importanza sia per quanto riguarda il tipo di fibrillazione clinica che la malattia propone sia la successiva evoluzione della storia naturale, anche in tema di complicanze.

Infatti accanto a forme chiaramente riconoscibili vi sono delle condizioni cliniche complesse multiple, spesso limitate a uno scarso numero di casi per cui può essere difficile dare un parere definitivo. In più la situazione clinica del malato e il nodo decisionale del trattamento sono estremamente variabili e vanno da casi a risoluzione rapida e favorevole a casi ad evoluzione complessa, per la comparsa di fibrosi endomiocardica che quindi regolano l'evoluzione a lungo termine della condizione clinica, che solo in parte dipende dalle modalità. Quindi si può arrivare alla guarigione completa o a una disfunzione ventricolare sinistra di grado variabile con quadri clinici che vanno dalla guarigione sino allo scompenso o alla morte clinica e raramente a forme fulminanti. Tutto questo richiede di considerare che la miocardite è una malattia a manifestazione variabile, per cui l'evoluzione successiva passa dalla guarigione a casi in cui la disfunzione ventricolare, la mortalità acuta, lo scompenso richiedono l'uso di metodiche di studio delle quali essenzialmente le più importanti sono: lo studio anatomico con biopsia del miocardio o l'impiego di tecniche strumentali moderne non invasive (risonanza magnetica, tac) o ripetizione di studi in tempi successivi per valutare il ruolo possibile di condizioni che giustificano la prevenzione delle complicanze. Le forme variamente eterogenee nell'evoluzione della storia naturale sono anche rese difficili dal fatto che la maggior parte delle casistiche è costituita da un numero non elevato di casi per cui le potenzialità delle metodiche di studio strumentali o anatomiche possono essere di molto difficile interpretazione o presentarsi a confusione con altre malattie, per esempio le cosiddette necrosi miocardiche a coronarie sane.

Questo comporta le necessità di atteggiamenti non dogmatici o costanti nell'analisi nella presentazione clinica, dell'evoluzione, della terapia di queste condizioni morbose.

In definitiva, le considerazioni che scaturiscono dall'analisi di tutti questi fattori, molto diversi tra loro per importanza e ruolo, evidenziano l'utilità dei seminari organizzati dalla Fondazione Tonolli; essi rendono edotti sulla constatazione che tante variabili cliniche giocano un ruolo importante nella valutazione delle possibilità terapeutiche odierne e indicano la necessità di armonia fra organizzazione mentale e applicazioni terapeutiche variabili.

**Seminario interattivo su “Miocarditi”
Trieste 14 Marzo 2015**

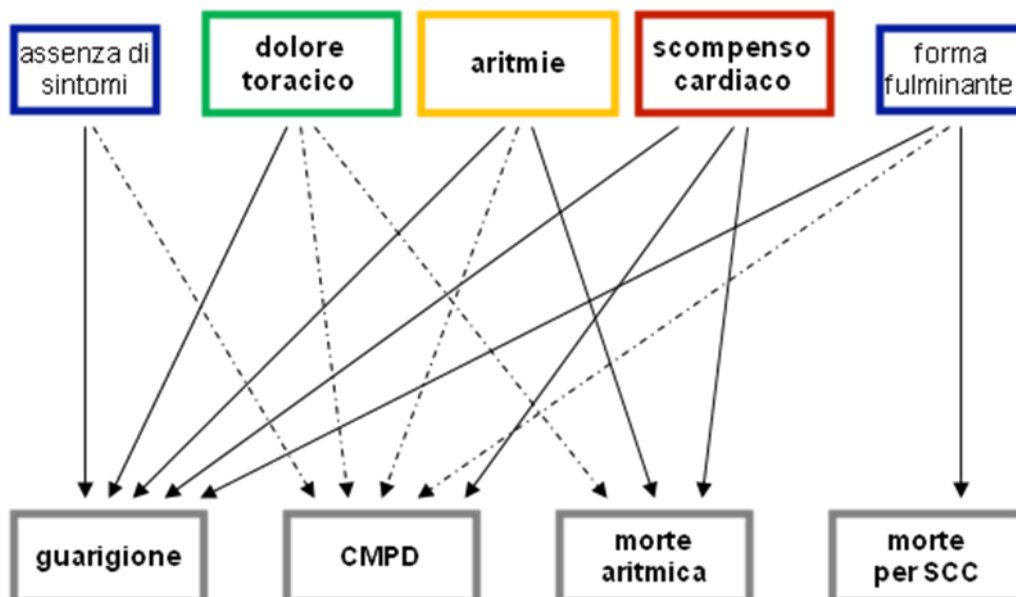
**Responsabile Prof. Gianfranco Sinagra
Direttore U.O.C. Osp/Univ Cattinara-Trieste**

**Sintesi a cura del Dr Marco Anzini
Scuola di Specializzazione in Malattie dell’Apparato Cardiovascolare,
Università di Trieste**

Il giorno 14 Marzo 2015 si è svolto il Seminario “Miocarditi” nell’ambito del corso di perfezionamento 2014/2015 “Ippocrate nell’era ipertecnologica”, supportato dalla Fondazione di Cultura per la Cardiologia e le Scienze Multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli. Sede dell’evento è stata l’Aula Magna Rita Levi Montalcini presso l’Ospedale Universitario di Cattinara, Trieste.

Lo spirito dell’incontro, è stato quello della trasmissione ai partecipanti di conoscenze teorico-pratiche tramite letture ed un’ampia discussione di casi clinici controversi, esemplificativi della gestione clinica di questa malattia. I principali destinatari sono stati gli specializzandi ed i medici in formazione, tuttavia all’incontro hanno partecipato anche specialisti in Cardiologia, Medicina Interna, Pediatria e Medicina d’Urgenza.

Il riscontro in termini di partecipazione è stato notevole ed ha coinvolto, oltre agli specializzandi della Scuola di Specializzazione in Malattie dell’Apparato Cardiovascolare, anche Specializzandi delle Scuole di Medicina Interna, Geriatria e Medicina d’Urgenza.



La giornata si è aperta con il saluto del Presidente della Fondazione Tonolli, Prof. Giuseppe Riggio e del Prof. Eros Barantani, Vice Presidente della Fondazione Tonolli ONLUS. E' stata ricordata l'importanza e la costanza dell'attività della Fondazione Tonolli che da molti anni sostiene e promuove autorevoli iniziative di elevato livello formativo in ambito cardiologico. E' stato ribadito come l'approccio sistematico alla revisione critica dei casi, come l'analisi degli errori in medicina, possa essere fonte importante di crescita per i professionisti.

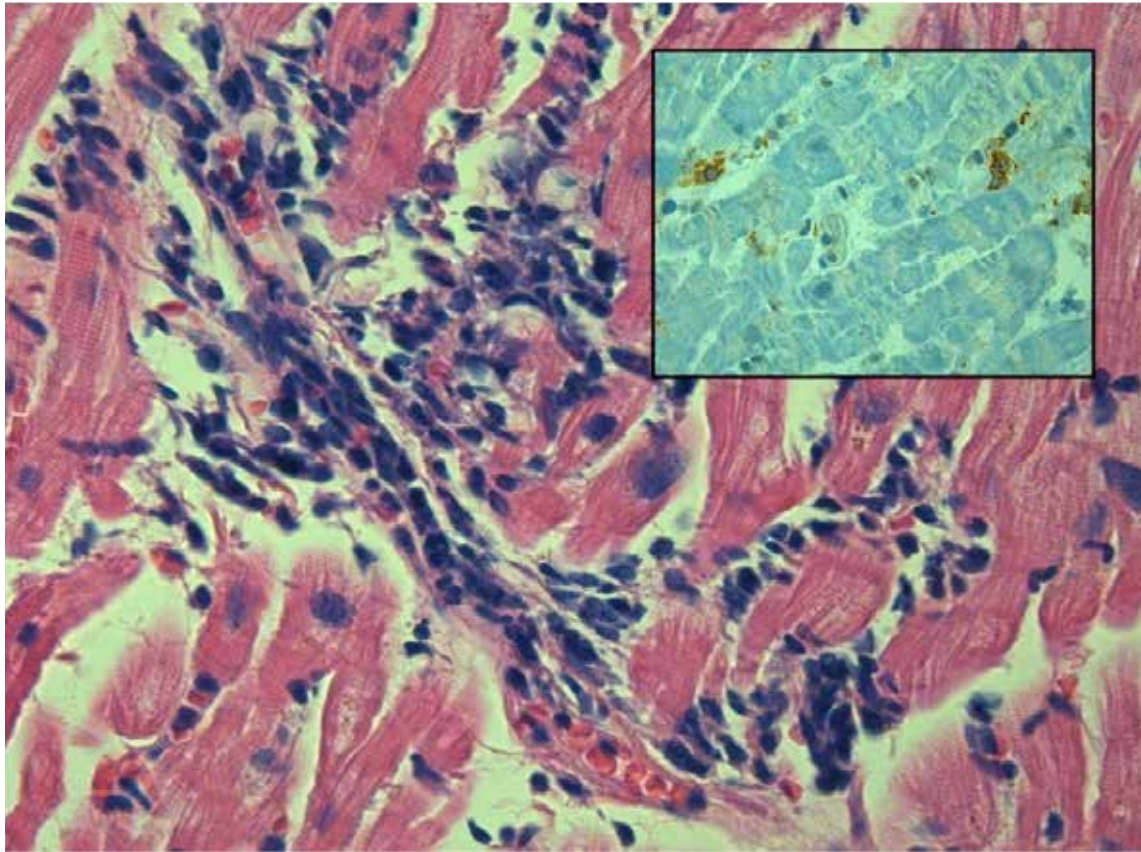
La sessione scientifica si è aperta con la relazione del professor Gianfranco Sinagra, il quale ha sottolineato la complessità nosologica, diagnostica e prognostica della miocardite, tanto polimorfa nella sua presentazione clinica, quanto eterogenea nell'evoluzione della sua storia naturale. Inoltre in questa occasione è stata ribadita l'assoluta necessità di un approccio clinico razionale e ragionato nella gestione di pazienti con problematiche cliniche spesso complesse, in un ambito in cui le evidenze scientifiche spesso sono suffragate da casistiche limitate ed opinioni di esperti.

Si è quindi aperta la prima sessione di casistica clinica, che in questa occasione è stata articolata su confronti di coppie di casi clinici emblematici riguardo peculiari aspetti critici e snodi decisionali nella gestione delle miocarditi. Messaggio fondamentale di questa sessione è stato che precoci segni di rimodellamento post-miocarditico (scompenso cardiaco refrattario, onde q e alterazioni persistenti della ripolarizzazione all'elettrocardiogramma, evoluzione aneurismatica all'ecocardiogramma, severa fibrosi alla biopsia endomiocardica, esteso "late gadolinium enhancement" alla risonanza magnetica cardiaca), possono costituire preziosi indizi della successiva evoluzione a lungo termine a partire dalle diverse modalità di presentazione clinica della miocardite (scompenso cardiaco con severa disfunzione ventricolare sinistra nei casi presentati dal dott. Alessandro Altinier, aritmie ventricolari maggiori nei casi presentati dal dott. Gaetano Morea, dolore toracico in corso di sindrome miopericardica nei casi presentati dal dott. Cosimo Carriere e nel contesto dell'arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare nei casi presentati dalla dott.ssa Sara Doimo).

La successiva relazione del dott. Bruno Pinamonti ha descritto il ruolo fondamentale dell'ecocardiografia nella diagnosi della miocardite.

Ambito della presentazione con scompenso cardiaco: ventricoli disfunzionanti, scarsamente rimodellati e dilatati, con conservazione di uno shape elissoide e di pareti non assottigliate, in presenza di alterazioni della cinetica segmentaria diffuse, prive di distrettualità coronarica e disomogenee rispetto eventuali alterazioni elettrocardiografiche.

Nella seconda sessione di casistica clinica la dott.ssa Rita Belfiore ha



Ambito dell'esordio con aritmie o dolore toracico: conservate dimensioni, cinetica e funzione ventricolare, possibile presenza di versamento pericardico più o meno rilevante.

E' stato sottolineato l'importante ruolo prognostico e di gestione del follow-up di questa metodica non invasiva.

La presentazione del dott. M Anzini ha riassunto i risultati della ricerca condotta negli ultimi trent'anni nel campo delle miocarditi nell'ambito del Gruppo di Studio delle Malattie del Miocardio della Cardiologia di Trieste. Il registro ha raccolto oltre 100 casi di miocardite attiva accertata biopticamente negli ultimi 35 anni: questa casistica rappresenta una delle più ampie e maggiormente caratterizzate, sia al momento della diagnosi che durante il follow-up. Ciò ha permesso recenti pubblicazioni scientifiche a livello sia nazionale che internazionale, ponendo la Cardiologia di Trieste come uno dei punti di riferimento per la gestione clinica di questa malattia¹. Nel corso della relazione è stato in particolare sottolineato il ruolo prognostico della rivalutazione clinico-strumentale seriata nella stratificazione prognostica delle miocarditi, come dimostrato in un lavoro recentemente pubblicato sulla rivista cardiologica Circulation². Inoltre sono stati presentati in anteprima dati innovativi sul ruolo della biopsia endomiocardica nella determinazione della prognosi della cardiomiopatia dilatativa a possibile etiologia post-miocarditica oltre che analisi esplorative sulla stratificazione del rischio delle miocarditi ad esordio aritmico maggiore.

presentato due casi di miocardite evoluti in cardiomiopatia dilatativa nei quali l'instabilizzazione emodinamica o aritmica ha giustificato la ripetizione della biopsia endomiocardica. In seguito la dott.ssa Paola Naso ha presentato un caso di miocardite ad espressività aritmica con extrasistolia ventricolare frequente e progressivo rimodellamento ventricolare sfavorevole nel quale la riflessione critica è stata posta sulla valutazione del momento più appropriato per l'esecuzione della biopsia endomiocardica. Infine, in conclusione della sessione di casistica clinica, il dott. Antonio De Luca ha presentato due casi che ricordano come i disturbi avanzati della conduzione atrioventricolare possano costituire un elemento caratteristico dell'esordio della miocardite acuta.

Il ruolo della biopsia endomiocardica nella definizione diagnostica e gestione delle malattie del miocardio è stato discusso nella relazione del prof. C Rapezzi, il quale, ricorrendo alla descrizione sintetica di casi clinici emblematici, ha sottolineato le potenzialità di questa metodica nell'ambito di cardiomiopatie di difficile interpretazione.

Analisi istopatologica (colorazione ematossilina-eosina, 20x) ed immunoistochimica (marcatore LN3 per antigeni HLA, 63x) di un campione di tessuto miocardico prelevato con biopsia endomiocardica da un paziente con miocardite acuta. (Gentile concessione della Prof.ssa R. Bussani, Istituto di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Trieste).

Il ruolo delle moderne tecnologie di assistenza meccanica al circolo nel conteso dello scompenso cardiaco avanzato è stato descritto dal prof. Gino Gerosa, direttore della Cardiochirurgia Universitaria di Padova, riportando nello specifico le più recenti evidenze sul ruolo dell'ECMO (Extra Coroporeal Membrane Oxygenation) nella gestione della miocardite fulminante.

Infine, il seminario si è concluso con la discussione da parte della prof.ssa Rossana Bussani, responsabile della Sezione di Patologia Cardiovascolare dell'Università di Trieste, delle biopsie endomiocardiche di alcuni casi di miocardite, descrivendo i peculiari quadri istologici ed immunoistochimici, in relazione agli specifici scenari clinici descritti dal dott. Marco Anzini, offrendo numerosi preziosi spunti di riflessione di correlazione clinico-patologica nell'ambito delle malattie infiammatorie del miocardio.

In definitiva l'incontro ha fornito un quadro globale della complessità di presentazione, evoluzione, diagnosi e gestione clinica della miocardite, cercando di approfondire i molti punti controversi di questa malattia.

I casi clinici, pensati per descrivere gli scenari di difficoltà di gestione a vario livello, e le relazioni degli esperti hanno determinato un arricchimento di conoscenze e hanno cercato di fornire delle direttive agli specializzandi e ai medici in formazione, adempiendo allo spirito degli incontri interattivi tradizionalmente promossi e sostenuti dalla Fondazione di Cultura per la Cardiologia e le Scienze Multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli.

Bibliografia

- 1. Anzini M, Moretti M, Merlo M, Perkan A, Bussani R, Sinagra G. Controversial issues and working practice in myocarditis: from scientific data to clinical grounds. G Ital Cardiol. 2013;14:504–516.*
- 2. Anzini M, Merlo M, Sabbadini G, Barbati G, Finocchiaro G, Pinamonti B, Salvi A, Perkan A, Lenarda A Di, Bussani R, Bartunek J, Sinagra G. Long-term evolution and prognostic stratification of biopsy-proven active myocarditis. Circulation. 2013;128:2384–2394.*

Prof. Sergio Dalla Volta - Padova

Presentazione del Seminario di Milano S. Raffaele - 9 MAGGIO 2015

“FIBRILLAZIONE ATRIALE E PERSONALIZZAZIONE DELLA TERAPIA”

Nel corso degli ultimi anni la fibrillazione atriale ha costituito oggetto di numerose ricerche che essenzialmente sono dovute a due cause principali: da un lato la dimostrazione che, indipendentemente dalle cause, essa costituisce una situazione clinica negativa per l'apparato circolatorio; dall'altro la possibilità oggi di trattamenti di natura diversa, e numerosi, sia dal punto di vista farmacologico sia mediante l'uso di tecniche elettriche o chirurgiche in grado di ripristinare o di rendere più facile il ripristino del normale ritmo del cuore.

Va anche sottolineato che nella genesi della fibrillazione atriale hanno verosimilmente un ruolo non minore alcune condizioni genetiche, solo in parte note, che giustificano come il ripristino del normale ritmo elettrico del cuore sia facilmente o difficilmente ottenibile e solo in parte dipendente dalle cause della fibrillazione atriale.

Si sta analizzando il ruolo che la malattia atriale, cioè alterazioni anatomiche e infiammatorie degli atri possano indurre la comparsa della fibrillazione atriale e le varie difficoltà di ripristinare il normale ritmo del cuore a seconda della situazione anatomica degli atri. Inoltre il ripristino del ritmo normale non significa necessariamente che esso si mantenga anche a distanza dal trattamento della fase acuta, per cui il ruolo della malattia atriale è in grado di modificare il destino del normale ritmo anche se questo una volta è stato ottenuto. Peraltro le scarse conoscenze che si hanno sopra il ruolo della genetica nella genesi e nel mantenimento della fibrillazione atriale e della incapacità o meno di mantenere il ritmo normale giustificano il motivo per cui la stessa terapia può essere o no di grande valore oppure incapace di mantenere il ritmo normale in una stessa malattia e in situazioni cliniche complessivamente molto simili tra di loro. Quando si parla di una terapia mirata per il mantenimento del ritmo che era andato perduto si può solo in parte attribuire questa condizione alle modificazioni anatomiche e volumetriche delle cavità atriali nella possibilità o meno di ottenere il ripristino di un ritmo normale. Vi sono alcuni elementi che possono solo in parte giustificare la possibilità o meno di mantenere indefinitamente, o per lo meno a lungo, il ritmo che è stato una volta ottenuto e che possono richiedere di prendere in considerazione trattamenti molto diversi per il mantenimento del ritmo normale.

Alcuni nuovi farmaci vengono utilizzati, accanto a medicinali da tempo conosciuti, che dovrebbero favorire la correzione definitiva della fibrillazione atriale.

Taluni di questi trattamenti richiedono l'uso di farmaci diversi da quelli fino ad ora usati, ma essi peraltro sono di maggior utilità nelle forme di fibrillazione atriale senza una patologia cardiaca sottostante oppure l'uso preventivo di tecniche non farmacologiche, quali la chiusura percutanea della auricola sinistra. Restano sempre presenti, e non sembra di poter dire che il fenomeno è meno frequente, alcune controindicazioni del trattamento, sia usando anticoagulanti sia ricorrendo ad alternative chirurgiche, con sistemi scarsamente traumatici. D'altra parte queste tecniche, solo in parte farmacologiche miniinvasive, richiedono l'impiego di metodi alternativi, quali il mappaggio elettrofisiologico l'uso di fonti energetiche diverse, del tipo della radio frequenza mono o bi polare ed energetiche. Tutto questo dimostra che nell'ambito delle decisioni da prendere per la correzione della fibrillazione atriale i problemi di una anatomia sfavorevole per il mantenimento del ritmo sinusale sono soltanto in parte legati alla malattia di fondo, dalle dimensioni dell'atrio ed in parte dipendono dalla difficoltà in caso di anatomia atriale sfavorevole di tecniche alternative.

Queste condizioni rendono più complesso il trattamento della fibrillazione atriale sia per quanto riguarda il tipo di patologia alla base dell'aritmia sia per la non sempre possibile terapia anticoagulante, la necessità di impiego di farmaci ora noti e ora molto recenti e, quindi non applicabili generalmente, la necessità di ricorrere a competenze multiple, quali l'uso di fonti energetiche variabili, per fornire il migliore trattamento dell'aritmia. D'altra parte il ruolo negativo della fibrillazione atriale per il funzionamento dell'apparato cardiovascolare è anche in parte legato alla diversità della comparsa dell'aritmia, al diverso ruolo della fibrillazione sul funzionamento del cuore, alla diversità e alla stratificazione del rischio, molto variabile da caso a caso, e alla diversità del ruolo negativo della trombosi atriale per quanto riguarda la sicurezza della terapia. Tutti questi fattori guidano oggi le indicazioni, i risultati ed i limiti delle tecniche usate per le riduzioni dell'aritmia, nella quale per la prima volta nella storia della cardiologia il ruolo di non cardiologi può diventare di importanza decisiva per il trattamento. Né va dimenticato che una fibrillazione atriale permanente, parossistica, isolata oppure associata (la condizione più frequente) a varie malattie di cuore possono rendere non solo la presentazione ma anche la tecnica decisionale più o meno importanti nella scelta del trattamento, tenendo anche conto che se da una parte la fibrillazione atriale è causa di complicanze, d'altra parte la scelta delle terapie mediche, elettriche, chirurgiche, comporta anche però la scelta tra metodiche di esclusione o di inclusione del malato nella scelte della terapia.

Tutto questo significa che come sempre in medicina la situazione del malato è la variabile più importante nella scelta o meno del trattamento dell'aritmia.

**Seminario interattivo su “Fibrillazione atriale e terapia personalizzata”,
Milano 9 Maggio 2015
Responsabile Prof. Ottavio Alfieri
Direttore Dipartimento Cardiochirurgia Osp. Univ. S. Raffaele - Milano**

Sintesi a cura del Dr Andrea Fumero

Lo svolgimento di questo Seminario sulla fibrillazione atriale (FA) ed il suo trattamento personalizzato, è stato mirato a sviscerare i diversi aspetti eziologici, fisiopatologici, diagnostici e terapeutici della patologia e delle sue complicanze. Questo è stato possibile grazie all'intervento di differenti figure professionali, dall'anatomo-patologo, al cardiologo clinico ed ecocardiografista, all'aritmologo elettrofisiologo ed al cardiochirurgo, che grazie alle loro specifiche competenze hanno potuto analizzare sotto diversi punti di vista in modo completo e dettagliato l'universo FA. Nella prima parte del seminario il Prof. Alfieri ha esposto una serie di considerazioni generali inerenti la diffusione di questa patologia in relazione al progressivo aumento dell'età media della popolazione, alla sintomatologia debilitante accusata dai pazienti ed alle conseguenze invalidanti della FA e delle sue complicanze. Da queste considerazioni si è evinto come i pazienti non siano tutti uguali e come solo grazie alla multidisciplinarietà di diversi specialisti si possa trattare in modo mirato e personalizzato questa patologia grazie a tecniche diagnostiche e terapeutiche estremamente avanzate. Particolare attenzione è stata posta sulla comprensione delle cause multifattoriali e/o predisponenti l'insorgenza della malattia (età, diabete, ipertensione, malattia valvolare e coronarica e scompenso cardiaco) e delle alterazioni strutturali indotte dalla FA stessa. Grazie al contributo del Prof. Corradi si è infatti potuto comprendere quali siano le alterazioni istologiche e anatomopatologiche della miocardiopatia atriale e come il rimodellamento strutturale indotto dalla de-differenziazione generi un fenotipo fetale che nel tempo provoca una fibrosi irreversibile. È stato quindi fatto un accenno a quelli che possono essere i biomarkers utili alla diagnosi precoce per la predisposizione all'insorgenza della FA (tra i quali PRO-BNP e Troponina), al fine di riuscire ad intervenire in modo opportuno e mirato prima della formazione delle alterazioni fibrotiche dell'atrio. Quindi il Prof. Margonato ha esposto le attuali linee guida al trattamento farmacologico della FA ed alla stratificazione del rischio trombo embolico ed emorragico. Successivamente ha sottolineato l'importanza che ancora oggi riveste la farmacoterapia nel controllo del ritmo e della frequenza cardiaca e come i nuovi farmaci anticoagulanti possano rivestire un ruolo di primo piano nella prevenzione della trombosi e nel ridurre il rischio emorragico direttamente collegato al trattamento, grazie alla maggior maneggevolezza e sicurezza di questi nuovi farmaci.

È stato inoltre fatto notare come il costo della patologia in sé, in relazione al trattamento delle sue complicanze trombotiche ed emorragiche, risulti essere ancora oggi una spesa nell'economia sanitaria generale non di poco peso. Al fine di poter quindi identificare un iter terapeutico ottimale per il singolo paziente, la Dott.ssa Alati ha esposto quali siano le metodiche oggi maggiormente in uso nella diagnostica cardiologica della FA con particolare attenzione alla metodica ecocardiografica transesofagea e tridimensionale. L'esame ecocardiografico infatti oltre a fornire importanti indicazioni sulle alterazioni anatomiche e dimensionali dell'atrio e degli apparati valvolari, fornisce indicazioni di particolare interesse anche sulla funzione contrattile e di riserva che svolge la camera atriale e l'auricola. In aggiunta l'esame ecocardiografico guida l'aritmologo, in base alla presenza di trombi, sull'indicazione alla cardioversione elettrica o all'ablazione transcatetere, ed è uno strumento fondamentale nella strategia decisionale e come guida intraprocedurale per la chiusura percutanea dell'auricola sinistra. Quest'ultimo argomento è stato accuratamente trattato dal Dott. Mazzone che ha esposto indicazioni, risultati e limiti della chiusura percutanea dell'auricola sinistra quale prevenzione del rischio tromboembolico nei pazienti con controindicazioni al trattamento anticoagulante, presentando una interessante serie di pazienti trattati presso l'unità funzionale di Aritmologia del San Raffaele (OSR) di Milano. Il dott. Fumero ha quindi presentato le alternative chirurgiche mininvasive di chiusura dell'auricola sinistra con sistemi atraumatici epicardici, metodica da utilizzarsi nei casi di impossibilità di applicazione della tecnica endovascolare per problemi di anatomia sfavorevole. Anche il dott. Fumero ha presentato una serie di pazienti operati con tecniche mininvasive presso il reparto di Cardiocirurgia dell'OSR. Successivamente il dott. Guarracini e il dott. Pozzoli hanno svolto una presentazione a quattro mani sui sistemi di mappaggio elettrofisiologico e sulle differenti fonti energetiche utilizzabili dall'aritmologo e dal cardiocirurgo (radiofrequenza mono e bipolare e crienergia) nel trattamento ablativo della FA. Questa presentazione ha ben valorizzato l'importanza di un percorso integrato di collaborazione fra diversi specialisti che ormai da tempo caratterizza le unità operative di Aritmologia e Cardiocirurgia dell'OSR nel trattamento delle aritmie cardiache (non solo FA ma anche tachicardie ventricolari), sempre nell'ottica di poter fornire ad ogni singolo paziente il trattamento migliore possibile. Le successive presentazioni ad opera della dott.ssa Cireddu e del dott. Fumero sono state svolte con il fine di presentare le indicazioni delle attuali linee guida al trattamento ablativo percutaneo e chirurgico della FA nelle sue diverse forme (isolata e concomitante; parossistica, persistente e cronica). Entrambi i relatori hanno inoltre presentato le diverse metodiche ablative con i risultati a lungo termine di due differenti serie di malati. Per concludere il seminario una Tavola Rotonda basata sulla presentazione e condivisione decisionale di alcuni casi clinici è stata orchestrata dai diversi relatori intervenuti durante la giornata.

Questo seminario ha quindi potuto portare all'attenzione dei partecipanti la vastità della patologia FA; di come giochi un ruolo fondamentale nel suo trattamento la possibilità di eseguire una diagnosi precoce che permetta un'alta probabilità di guarigione grazie alle differenti possibilità terapeutiche (farmacologiche, ablative percutanee e chirurgiche), con un basso rischio di complicanze tromboemboliche ed emorragiche grazie ai nuovi farmaci anticoagulanti orali o alle metodiche di esclusione endocavitaria o chirurgica dell'auricola. Tutto questo è reso possibile grazie alla collaborazione tra differenti figure professionali (cardiologo, aritmologo e chirurgo) che costituiscono una vera e propria squadra che mette a disposizione del singolo paziente le differenti competenze, metodologie e tecnologie a disposizione di ciascuno, in un percorso decisionale comune dove i limiti di ogni singolo vengono superati dal sinergismo dell'Heart Team.

