



ASSOCIAZIONE per la LOTTA alla TALASSEMIA
- Rino Vullo - ODV
c.f. 93040390382



ALT Ferrara ha organizzato in data 8 ottobre 2020 un incontro informale tra pazienti e medici per discutere di alcuni problemi cardiologici che pur essendo stati affrontati in precedenti incontri ufficiali, hanno lasciato alcuni dubbi soprattutto tra quei pazienti maggiormente affetti da patologie di tipo cardiologico.

Erano presenti, in un numero ristretto, per rispetto delle disposizioni anticovid, tra i medici il dott. Gallerani, Resp. del Reparto di Medicina Interna, il dott. Bertini e il dott. Malagù per il settore aritmologico della Cardiologia, e il dott. Strada, Responsabile del Pronto Soccorso dell'Arcispedale Sant'Anna di Cona.

Coordinava i lavori insieme a Valentino Orlandi di ALT Ferrara, la dott.ssa Gamberini Responsabile del Modulo Semplice del D.H.T.E., centro regionale *Hub* per la cura della talassemia ed emoglobinopatie.

Era inoltre presente la dott.ssa Tiseo, della Medicina.

I pazienti presenti erano in tutto 4.

In apertura, la dott.ssa Gamberini riferisce dei controlli eseguiti presso il DHT su alcuni nostri pazienti dal dott. Bertini e dai suoi collaboratori. Tali colloqui, anche di più di 30 minuti, sono stati giudicati molto accurati e positivamente accolti dai pazienti. La dott.ssa sottolineava che tali visite hanno evidenziato e instaurato un rapporto di lavoro molto proficuo anche a livello di scambio con il DHT stesso, ma soprattutto la grandissima qualità del rapporto tra i medici della cardiologia ed i pazienti del DHT stesso.

Marco Bianchi sottolinea inoltre l'importanza della presenza all'incontro del Responsabile del P.S., dott. Strada, perché uno degli aspetti più critici per i pazienti che soffrono di aritmie o fibrillazione è proprio la modalità di accesso al P.S.

La dott.ssa Gamberini chiede a tal proposito ai medici presenti se sia sempre necessario l'accesso in P.S. per i pazienti con fibrillazione o aritmia.

Il dott. Bertini risponde che se il paziente è al primo episodio, deve accedere in P.S.

Se al contrario il paziente ha già esperienze di F.A. o aritmia, dipende dal tipo di episodio a cui si trova di fronte. Bertini, il dott. Strada e il dott. Gallerani concordano sulla definizione di episodio grave da curare con accesso in P.S.: forte batticuore, dolore al petto, giramento di testa, sono tutti sintomi che devono consigliare un accesso al P.S.

Viceversa, in caso di paziente con precedenti episodi di F.A. o aritmie, in assenza di tali sintomi e con battito cardiaco non troppo veloce né troppo lento, è possibile restare a casa in attesa di verificare se l'episodio si vada ad esaurire oppure sia invece persistente ed in peggioramento.

La dott.ssa Gamberini chiede cosa deve fare il paziente mentre è in P.S., a quali domande è importante farsi trovare pronti con risposte chiare?

Bertini: anticoagulante, importante capire se lo prende e da quanto tempo. Inoltre, se e da quando prenda medicine antiaritmiche e quali.



ASSOCIAZIONE per la LOTTA alla TALASSEMIA
- Rino Vullo - ODV
c.f. 93040390382



Strada: il medico del P.S. quando si trova di fronte un paziente talassemico, che dichiara di essere trasfusione dipendente o meno, tratta la fibrillazione atriale con maggior cautela, in quanto ritiene che il rischio trombotico sia leggermente più elevato rispetto alla popolazione non talassemica. Maggiormente ancora in caso di S.C.D.

Orlandi: come mai a volte l'episodio passa in alcune ore ed altre volte è più persistente? Quanto tempo deve passare in un caso non troppo grave, prima di accedere in P.S.? inoltre a volte in P.S. fanno un'iniezione per controllo, altre volte no, perché?

Bertini: quando il ritmo cardiaco è molto accelerato non è facile capire se si tratti di aritmia o fibrillazione. Pertanto è necessario isolare l'atrio dai ventricoli per analizzare la natura della patologia. Per fare questa diagnosi è necessaria una iniezione di adenosina. In questo modo, controllando solo l'attività dell'atrio, si può fare diagnosi corretta di fibrillazione atriale. Alcuni pazienti non fanno l'iniezione perché probabilmente non hanno un battito così veloce da creare difficoltà in tale diagnosi.

Orlandi descrive poi i vari tipi di reazioni dei pazienti: c'è chi sta meglio a casa, chi si preoccupa immensamente, chi si tranquillizza solo al P.S.

A tal proposito interviene Emilio Zago, paziente proveniente da Rovigo: cita la sua esperienza di accesso in P.S., diversa in momenti diversi in due differenti P.S., a Cona e a Rovigo. A Rovigo è stato dimesso ancora in F.A., mentre a Cona gli hanno riferito che non lo avrebbero potuto mandare a casa se non avesse prima terminato lo stato di F.A. Ore 4,15 della notte, la prima volta a Rovigo, è stato dimesso ancora in fibrillazione. Solo Holter di controllo. Si chiede ora Emilio: ma se rientro in ritmo dopo una F.A., rischio di entrare in una fase di bradicardia pericolosa? Posso comunque sempre venire in P.S. a Ferrara? Il dott. Strada conferma che il paziente anche di altre provincie può sempre accedere al P.S. di Ferrara se vuole. È ovvio che se chiama il 118 e l'ambulanza, questa lo porta nel P.S. più vicino dal punto di vista territoriale. Inoltre si chiede Orlandi: quante cardioversioni si possono fare? Inoltre, se un paziente entra in P.S. e va poi in Reparto, va in Cardiologia o in Medicina Interna?

Bertini: non c'è un limite prestabilito alle cardioversioni. Tuttavia, se un paziente ad un certo punto della sua vita fa spesso cardioversioni, evidentemente c'è qualcosa che non sta andando, o in lui, o nelle terapie che gli erano state prescritte. Quindi si deve cambiare strategia.

Orlandi: abbiamo notizie di nostri pazienti talassemici con *Pace Maker*. Perché?

Il *Pace Maker* dice Bertini, si mette per altre ragioni, non solo aritmie. Devono esservi altri problemi correlati oltre all'aritmia o F.A. Il dott. Strada e il dott. Gallerani confermano che non può essere solo la F.A., a portare a tale soluzione.

Orlandi: l'emoglobina bassa può influenzare e provocare la F.A.? Risposta di Bertini, Gallerani e Strada: potrebbe influenzare in qualche modo, ma non ne è la causa.

Bianchi: i disturbi vagali possono influenzare la F.A.?

Bertini: l'ipertono vagale in parte può essere facilitato da un'emoglobina bassa. Nel NON talassemico è spesso possibile che ci sia un'ereditarietà. Nel talassemico ci sono invece anche altre cause, dovute alle terapie e alla condizione generale del paziente talassemico.

Bertini: le ultime linee guida danno l'ablazione non più come seconda scelta, a volte in certi casi come prima scelta, in quanto le ultime tecniche l'hanno resa più sicura e più specifica nel tipo di intervento.

Emilio Zago chiede di chiarire un suo dubbio: al P.S. di Cona gli hanno fatto capire che l'opzione rimasta ad un certo punto era tra una scarica (cardioversione) o un farmaco. È in quel caso che si deve ricoverare il paziente, cioè quando le opzioni sono state tentate tutte senza successo?

Strada: in realtà, ad alcune condizioni, si può anche decidere di dimettere il paziente mandandolo a casa, ma se è sicuramente e completamente scoagulato e se il ritmo non è troppo alto.

Rischio tromboembolico: i talassemici riferiscono sia Gallerani, che Bertini e Strada, hanno un maggior rischio rispetto alla popolazione NON talassemica. Splenectomie, altre cause.

Bianchi: servono e quando le manovre vagali per far rientrare il ritmo?



ASSOCIAZIONE per la LOTTA alla TALASSEMIA
- Rino Vullo - ODV
c.f. 93040390382



Bertini: funzionano soprattutto in un tipo specifico di aritmie o F.A., la tachiaritmia parossistica. Nelle restanti tipologie servono a poco.

Gallerani: è importante considerare che esiste un'interazione tra farmaci che va sempre considerata per ogni singolo paziente. In particolare i Nuovi Anticoagulanti Orali possono interferire con molti altri farmaci aumentandone o diminuendone l'azione. Anche per i farmaci antiaritmici vi deve essere particolare attenzione per le interazioni e le associazioni.

Gamberini: chiede informazioni sulla miocardite e la sua relazione con la F.A..

Gallerani e Bertini: Le miocarditi sono malattie del miocardia a diversa causa ed eziologia (infettiva, infiammatoria, immunitaria, ecc...). Può essere utile oltre all'inquadramento clinico ed anamnestico anche l'utilizzo di indagini laboratoristiche e tra queste la valutazione di enzimi di lisi miocardica, e strumentali tra queste la Risonanza Magnetica Nucleare cardiaca. La F.A. può essere una delle manifestazioni cliniche di miocardite.

Bianchi: gli anticoagulanti hanno controindicazioni, nel lungo periodo?

Gallerani: Sì. Non sono indicati in pazienti con insufficienza renale importante, e nei soggetti a rischio di gravi sanguinamenti. Per la valutazione del rischio vi sono degli score specifici validati internazionalmente.

Antonella Gattolin, paziente: io sono passata al nuovo anticoagulante, mi trovo bene.

Strada: anche gli anti-coagulanti di nuova generazione fanno sanguinare, seppure con meno emorragie cerebrali che sono le più pericolose. Non avendo ancora uno strumento ben conosciuto e utilizzato per verificare il grado di anticoagulazione (come invece accade per il Coumadin tradizionale attraverso la misurazione dell'INR), si può verificare il caso di pazienti che finiscono per prendere troppo anticoagulante rispetto al proprio bisogno, o meno del necessario.

Gallerani conferma questo punto di vista.

Bertini: dal punto di vista del cardiologo, l'anti-coagulante di nuova generazione è più semplice e più efficace e sicuro

Bertini e Gallerani: per i pazienti per i quali non è possibile un controllo farmacologico corretto della frequenza cardiaca con episodi di tachiaritmia e ancor più di grave bradicardia sintomatica, deve essere presa in considerazione l'applicazione di un *Pace Maker*.

Gamberini: non riusciamo a fare la R.M. ai portatori di *Pace maker*.

Bertini: è un problema conosciuto. In realtà la legge nazionale non ha ancora aggiornato tale eventualità. Andrebbe aggiornato il regolamento nazionale. A livello aziendale però, esiste già un protocollo in tal senso.

Ore 18,15 circa si conclude l'incontro e l'ALT Ferrara tramite il presidente Orlandi ringrazia i dottori Malagù, Tiseo, Bertini, Gallerani, Strada e Gamberini per la loro presenza.

Ecco alcune domande che il tempo non ha concesso di porre, e che saranno eventualmente affrontate in un successivo incontro:

- Chiarimento di alcuni pareri clinici contrastanti su ablazione.
- Chiarire diversità tra *flutter* o fibrillazione.
- Il timore o suggestione possono aiutare nel scatenare l'aritmia?
- I pasti, le posizioni assunte dopo i pasti, possono aiutare nel scatenare le aritmie?
- Perché certi pazienti riferiscono di percepire maggiormente il cuore se coricati in un fianco, e meno o nulla nell'altro? È vero, e se sì, perché, i problemi di cuore si scatenano maggiormente di notte, con aritmia o ritmo accelerato?
- Perché fortunatamente certe volte si risolve tutto in modo spontaneo?
- Fare sesso, con l'aumento del battito cardiaco, può facilitare l'induzione di aritmia, *flutter* o fibrillazione? Fare sesso è sconsigliato?
- I problemi di aritmie possono essere riconducibili a familiarità?



ASSOCIAZIONE per la LOTTA alla TALASSEMIA

- Rino Vullo - ODV

c.f. 93040390382



- È mai stato provato che vi possa essere un chelante che possa indurre maggiormente le aritmierispetto ad altri?
- Un paziente che non sia in terapia, ma con alcuni episodi risolti spontaneamente o con cardioversione, prima di accedere al pronto soccorso se ha battiti non in ritmo o accelerati (sui 120/130 battiti al minuto), è corretto che prenda in autonomia cordarone o bisoprololo ? Questi farmaci possono a casa o in viaggio aiutare a risolvere e ristabilire il ritmo o no? Se sì, a quali dosaggi il tentativo?
- Chi utilizza Tildiem, è possibile che avverta che il beneficio del farmaco finisca?

IL PRESIDENTE

Valentino ORLANDI

Corso Giovecca, 203 - 44121 Ferrara
TEL/FAX +39 0532/202034
info@altferrara.it
www.altferrara.it

