TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN 2016: CONFRONTING 'REAL LIFE' CLINICAL CHALLENGES

A Practical, Interactive, Workshop

HIGHLIGHTS

Fondazione
Internazionale
Menarini

Londra (UK)

5 – 7 Maggio 2016

HIGHLIGHTS

Welcome to London!

Il Prof. Kaski e il Prof. Rosano, Chairmen del convegno, hanno aperto i lavori congressuali presentando l'Istituto di Ricerca S. Giorgio dell'Università di Londra che ne è l'anima scientifica. Il Simposio ha affrontato i principali temi della Cardiologia del nostro tempo a partire dagli studi sulla genetica fino agli aspetti clinici legati alla vita reale dei pazienti. Ai lavori congressuali hanno partecipato alcuni fra i principali esperti mondiali del settore.

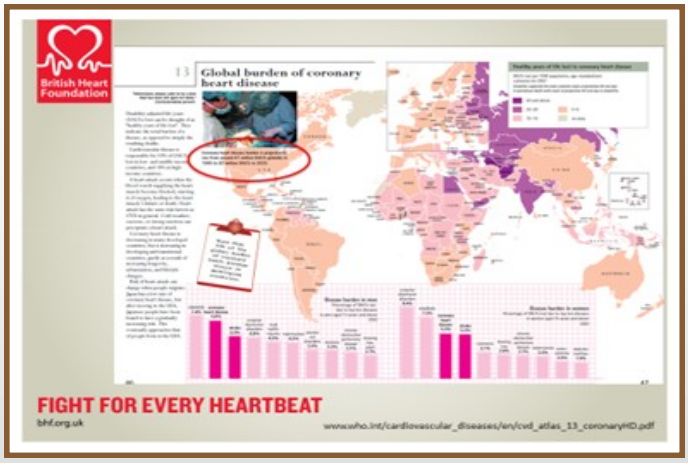
Per seguire le presentazioni di questo convegno clicca su questo link:
www.fondazione-menarini.it/...
e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

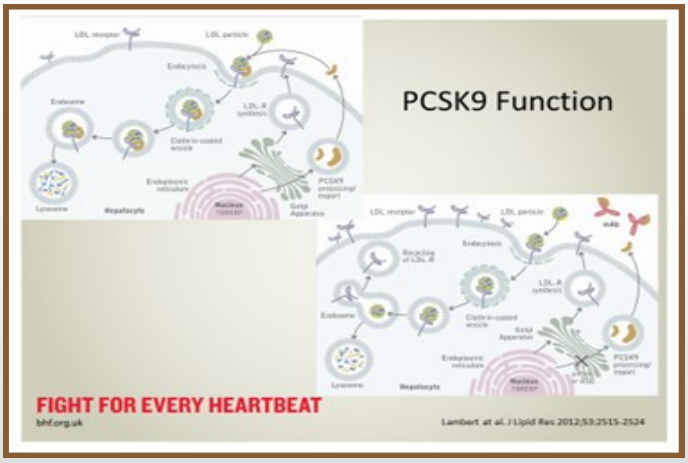
HIGHLIGHTS

La cardiologia nei prossimi 10 anni: le sfide che ci aspettano

Peter Weissberg
(Londra, UK)

In questa lettura il Prof. Weissberg di Londra ha affrontato alcune delle principali tematiche legate alla ricerca clinica in cardiologia, quali la prevenzione, la genetica e la terapia cellulare. Nonostante i risultati ottenuti nelle decadi passate per quanto riguarda la riduzione della prevalenza e incidenza di eventi cardiovascolari nei paesi occidentali, la malattia cardiaca resta un problema di primaria importanza dal punto di vista della salute pubblica in quanto l'intensificazione delle strategie preventive permetterebbe di aumentare in maniera significativa la spettanza di vita diminuendo la prevalenza e l'incidenza degli eventi cardiovascolari. In altre parole, l'identificazione precoce del rischio permetterebbe di modificare la prevalenza stessa delle diverse manifestazioni di malattia. Un altro pilastro della ricerca in cardiologia è la genetica e le sue applicazioni cliniche. Sono stati identificati un numero considerevole di geni implicati in diverse forme di malattia cardiovascolare responsabili di più del 10% delle manifestazioni ereditarie di malattia. Una delle scoperte più entusiasmanti ottenute grazie alla genetica è stata l'identificazione della proteina PCSK9, localizzata nel fegato, che interagisce con i recettori epatici per le LDL. La sua mutazione può essere responsabile sia del drammatico aumento del colesterolo LDL che della sua riduzione. La sintesi di anticorpi monoclonali che inibiscono l'attività della PCSK9 ha aperto una nuova era nel trattamento delle iperdislipidemie, soprattutto quelle familiari. Il relatore ha parlato anche dei test genetici indicandoli come il punto di partenza della medicina personalizzata. La scoperta di geni marcatori di malattia può aiutare nella diagnosi anche se la loro individuazione non sempre è facilmente interpretabile in termini di rischio di evoluzione della malattia stessa. Per quanto riguarda la terapia cellulare, il relatore l'ha definita come nuova frontiera della medicina rigenerativa, presidio terapeutico utile a rigenerare il cuore colpito da eventi patologici distruttivi od anche da anomalie congenite. Gli studi attualmente in corso sugli animali hanno dato risultati significativi che devono essere tuttavia ancora confermati nell'uomo. Il relatore ha concluso la sua lettura sottolineando come i cardiologici dovranno aumentare il loro livello di conoscenza della genetica, in quanto le future terapie saranno basate più sulle scoperte biologiche che su quelle farmacologiche.





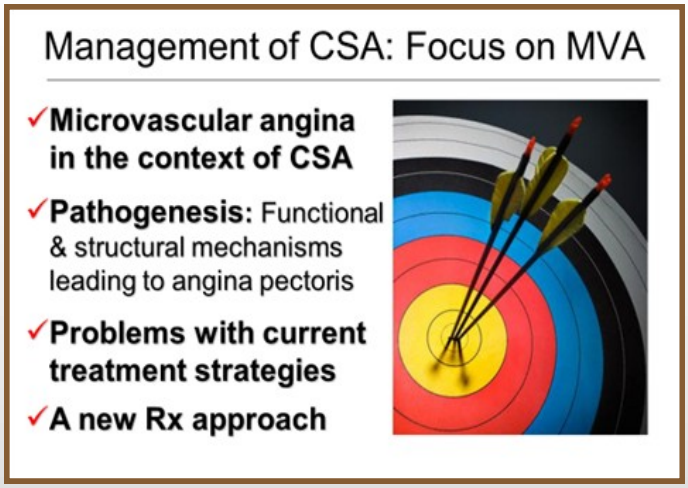
Quali sono i gli aspetti principali delle strategie preventive applicabili nei prossimi 10 anni? Come è possibile ridurre la prevalenza del rischio di malattia cardiovascolare? Quali sono le principali scoperte effettuate grazie alla genetica in ambito cardiovascolare? A che punto è la terapia cellulare rigenerativa in ambito cardiovascolare?

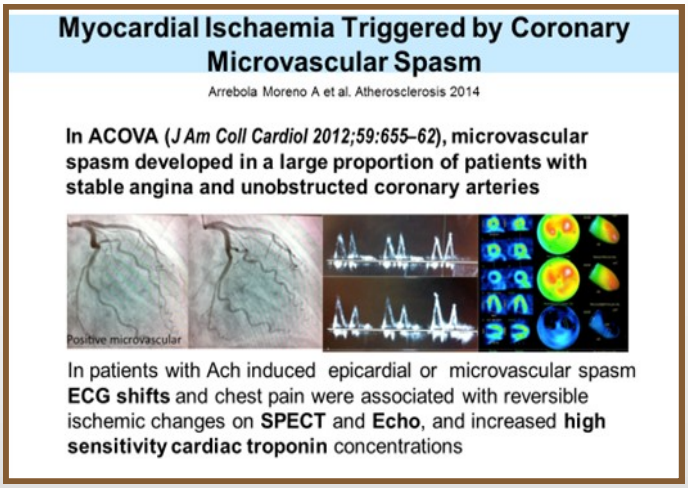
HIGHLIGHTS

La cura dell'angina pectoris: focus sulla forma microvascolare

Juan Carlos Kaski
(Londra, UK)

Il Prof. Kaski di Londra ha parlato della cura dell'angina pectoris e, più in particolare, della forma microvascolare partendo dai meccanismi patogenetici che determinano questa condizione. L'angina pectoris è una patologia che coinvolge circa 7 milioni di persone negli Stati Uniti. La sua prevalenza aumenta con l'età ed espone i soggetti affetti ad un rischio più che raddoppiato di sviluppare un evento cardiovascolare maggiore. Dal punto di vista eziopatogenetico, la lesione aterosclerotica a livello dei vasi coronarici è sempre stata considerata la causa principale. Il relatore ha presentato dati in base ai quali circa il 40% dei pazienti affetti da angina pectoris presentano un albero coronarico libero da lesioni aterosclerotiche. Alla base di queste forme è presente la cosiddetta "disfunzione microvascolare" caratterizzata, dal punto di vista strutturale, dalla presenza di ipertrofia miocitaria, fibrosi perimiocitica, inspessimento della parete vascolare e alterazione del rapporto parete/lume coronarica. Dal punto di vista funzionale, i pazienti affetti da questa patologia presentano spasmo microvascolare che a sua volta è responsabile della tipica sintomatologia caratterizzata da dolore retrosternale. Dal punto di vista del trattamento dell'angina pectoris, il relatore ha sottolineato l'importanza di trattare la forma microvascolare in quanto non solo migliora la qualità di vita del paziente risolvendo la sintomatologia dolorosa, ma migliora anche la prognosi a medio/lungo termine in quanto viene ridotta l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori. I farmaci attualmente disponibili per il trattamento dell'angina pectoris riescono solo in parte ad agire sui principali meccanismi patogenetici responsabili della malattia. Il relatore ha sottolineato la necessità di sviluppare nuovi presidi terapeutici che siano in grado di affrontare i meccanismi patogenetici legati allo spasmo coronarico.





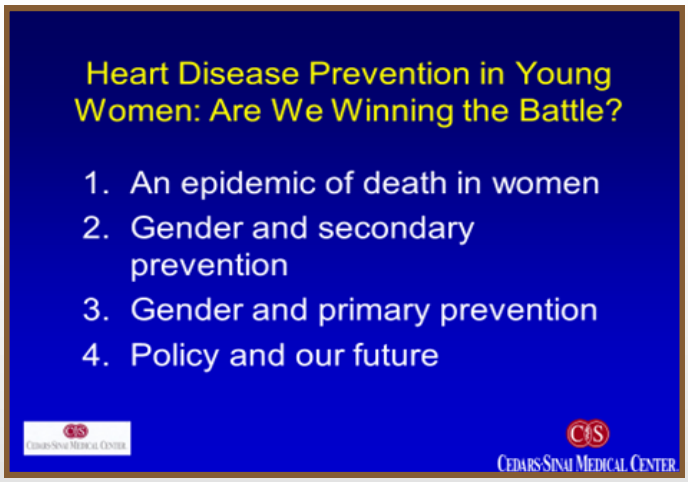
Quali sono i principali meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza dello spasmo microvascolare? Qual è l'effetto della terapia farmacologica classica sullo spasmo microvascolare? Quanto sono importanti le cosiddette comorbidità nell'evoluzione dell'angina scatenata dallo spasmo microvascolare?

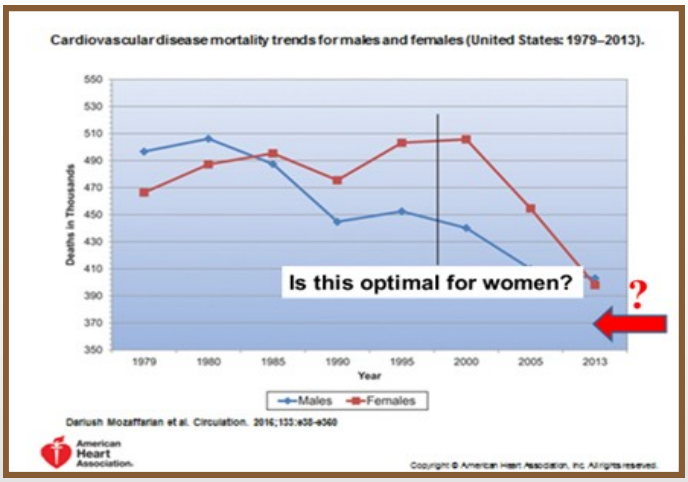
HIGHLIGHTS

La prevenzione della malattia cardiovascolare nelle donne: a che punto siamo?

Noel Bairey Merz
(Los Angeles, USA)

La Prof.ssa Bairey Merz di Los Angeles ha approfondito questa problematica partendo dal dato che negli Stati Uniti le donne sono a maggior rischio rispetto agli uomini di morire a causa di un evento cardiovascolare e, ancora più in particolare, sono le donne giovani ad essere più a rischio. Il problema sembra essere legato alla differente fisiopatologia della malattia cardiovascolare negli uomini e nelle donne responsabile sia della maggiore difficoltà di ottenere una diagnosi corretta nelle donne negli stessi tempi necessari per gli uomini, che la ridotta applicazione nelle pazienti delle linee guida per il trattamento della malattia cardiovascolare, come invece viene fatto negli uomini. Come risultato di questa differente gestione di malattia fra generi, gli eventi cardiovascolari maggiori si sono ridotti in maniera significativa negli uomini rispetto alle donne nella fascia di età 25-54 anni. Per quanto riguarda la prevenzione primaria della malattia cardiovascolare negli uomini e nelle donne, in termini assoluti i dati sembrano dimostrare il raggiungimento di una sostanziale parità nella mortalità maschile e femminile. Tuttavia questa parità è solo fittizia in quanto la popolazione femminile è prevalente in termini numerici su quella maschile; sono pertanto necessari ulteriori sforzi sia a livello educazionale che di ricerca al fine di annullare questo gap. La relatrice ha concluso la sua presentazione affermando che l'applicazione delle linee guida potrebbe concretamente aumentare il numero di vite salvate fra le donne, senza però annullare il gap fra uomini e donne in termini di outcome. Per far questo sarebbe necessario implementare specifiche linee guida per il trattamento della malattia cardiovascolare nelle donne.





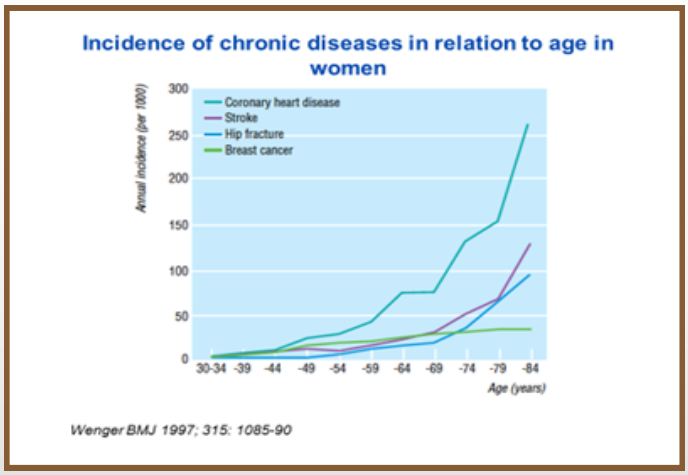
Qual è l'attuale trend di mortalità per malattia cardiovascolare negli uomini e nelle donne negli USA? Perché le donne muoiono più degli uomini per eventi cardiovascolari? Di quanto verrebbe ridotta la mortalità cardiovascolare femminile se venissero applicate le linee guida? Quanto influiscono le differenze di genere sugli outcome cardiovascolari negli uomini e nelle donne?

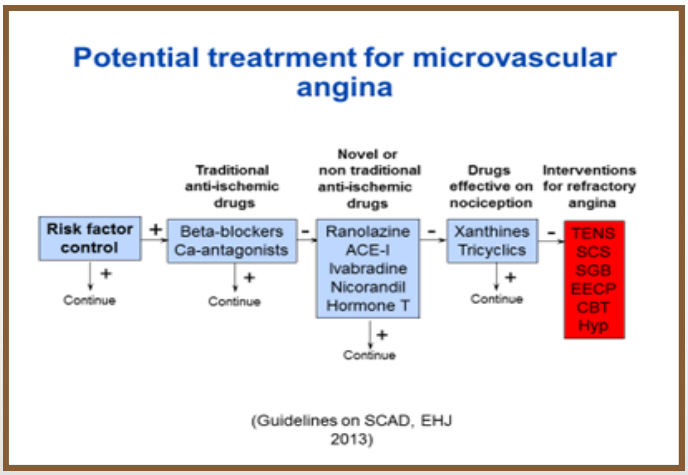
HIGHLIGHTS

L'angina microvascolare nella donna in menopausa

Peter Collins
(Londra, UK)

Il Prof. Collins di Londra ha approfondito questo tema partendo dalla considerazione che l'incidenza della malattia cardiovascolare aumenta in maniera quasi esponenziale nella popolazione femminile rispetto a quella maschile dopo i 50 anni di età. Un altro dato significativo è che, nella donna in fase postmenopausale, il rischio cardiovascolare viene solitamente sottostimato e più in generale individuato con difficoltà. Dopo la menopausa aumenta in maniera significativa nella donna la prevalenza di ipertensione arteriosa, di diabete, di obesità e la presenza contemporanea di queste patologie ne aumenta significativamente il rischio cardiovascolare. Questi dati indicano chiaramente la necessità di implementare delle specifiche linee guida per il trattamento delle malattie cardiovascolari nelle donne in menopausa. A livello coronarico il principale problema nelle donne è la cosiddetta angina microvascolare, sostenuta dalla disfunzione microvascolare. Il relatore ha presentato dei dati tratti dalla sua pratica clinica, in base ai quali la somministrazione di ranolazina ad una paziente affetta da disfunzione microvascolare ha di fatto ridotto in maniera significativa la sintomatologia e l'evoluzione della malattia. Questa forma di angina è caratterizzata dalla presenza di dolore retrosternale, positività dei test di ischemia miocardica e assenza di lesioni nell'albero coronarico all'esame angiografico. I dati tratti dalla letteratura indicano come queste pazienti siano ad alto rischio di sviluppare eventi cardiovascolari mortali. Il relatore ha sottolineato che per impostare una corretta strategia terapeutica è necessario considerare lo specifico profilo psicologico di queste pazienti, frequentemente caratterizzato da un livello più elevato di ansietà alternato a stati variabili di depressione. Il trattamento farmacologico dell'angina microvascolare nella donna in menopausa con anche i relativi caratteristici sintomi non può prescindere dall'utilizzo di specifiche terapie sostitutive ormonali in associazione con farmaci antianginosi e tecniche di training autogeno.





Qual è l'incidenza di malattia cardiovascolare nella donna in menopausa? Qual è la prevalenza di ipertensione arteriosa nelle donne e negli uomini secondo i dati dell'UKPDS? Quali sono i principali fattori di rischio cardiovascolari nelle donne? Qual è l'impatto della terapia ormonale sostitutiva nella donna con angina microvascolare?

HIGHLIGHTS

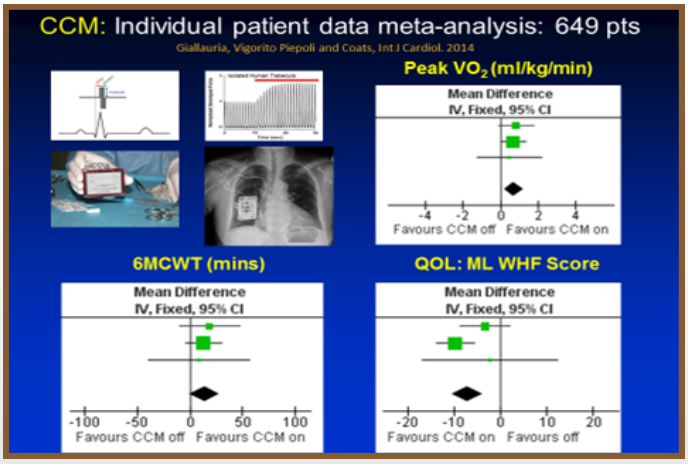
Lo scompenso cardiaco: novità in tema di trattamento

Andrew Coats
(Melbourne, Australia)

Il Prof. Coats di Melbourne con la sua lettura ha fatto il punto sullo stato dell'arte in tema di scompenso cardiaco. Più in particolare ha presentato dati tratti dai principali studi clinici condotti in pazienti affetti da scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta e da scompenso cardiaco acuto. L'unico studio che ha dimostrato un effetto positivo in termini di riduzione di eventi mortali cardiovascolari e di ospedalizzazione per scompenso cardiaco è stato il Paradigm-HF dove il trattamento farmacologico con un complesso molecolare composto da Valsartan unito a un inibitore del Peptide Natriuretico Atriale, denominato LCZ696, ha dimostrato di ridurre significativamente la mortalità cardiovascolare e l'ospedalizzazione rispetto ad Enalapril, in pazienti affetti da scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta. Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco acuto, nessuno studio farmacologico di confronto finora condotto ha mostrato benefici in termini di outcome in confronto a placebo o ad altro farmaco. Altri studi sono attualmente in corso e non sono stati ancora pubblicati dati al riguardo. Il relatore ha quindi presentato dei dati sull'utilizzo di medical device impiantabili specificando che, dal 2012 ad oggi, sono state ridefinite le indicazioni di alcuni di questi device farmaceutici e nel frattempo sono sorte nuove indicazioni e aumentate le informazioni al riguardo. In particolare, ha presentato i dati di uno studio condotto con un device impiantabile caratterizzato da un biopolimero di arginato ultrapuro che, impiantato a livello medio ventricolare, ha ridotto la dilatazione ventricolare e ha contribuito ad aumentare lo spessore della parte ventricolare stessa. I dati di picco di VO^2 a 6 e a 12 mesi sono significativi ed accompagnati dal miglioramento della sintomatologia dei pazienti. Il relatore ha concluso il suo intervento specificando che difronte ad un presente dove il trattamento dello scompenso cardiaco rivela ancora delle grandi aree non sufficientemente sviluppate, il futuro sembra essere decisamente più promettente grazie a nuovi farmaci, device, composti biologici e relative combinazioni.

Treatment of patients with HFrEF: ongoing or just completed studies

HFrHF Trial	n. of pts	Drug	Primary end-point
ATMOSPHERE	5937	Aliskiren	M&M
PARADIGM-HF	7980	LCZ 696	M&M
MOOD-HF	700	Escitalopram	M&M
SOCRATES Reduced	410	Vericiguat	NT-proBNP
COSMIC-HF	570	Omecamtiv mecarbil	PK study Ejection Fraction
RESHAPE-HF	*800*	*MitraClip*	*M&M*



Quali sono i principali studi condotti in pazienti affetti da scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta? Quali sono i risultati prodotti dal trattamento con LCZ696 in pazienti affetti da scompenso? Qual è l'effetto del trattamento a base di carbossimaltoso ferrico in pazienti affetti da scompenso cardiaco? Quanti impianti di biopolimero di arginato ultrapuro sono stati eseguiti a livello cardiaco per ridurre la dilatazione ventricolare e migliorare la funzionalità cardiaca?

HIGHLIGHTS

La gestione del rischio di malattia secondario a cause psicologiche nei pazienti affetti da malattia cardiaca ischemica

Andrew Steptoe
(Londra, UK)

Il Prof. Steptoe di Londra ha affrontato questo tema troppo spesso sottostimato dalla classe medica: la morbilità secondaria a cause psicologiche nei pazienti affetti da malattia cardiaca ischemica. Questi pazienti spesso hanno problemi legati allo stato depressivo, ad ansietà e alla difficoltà di adattamento alla vita reale. Il cardiologo dovrebbe fare particolare attenzione agli stati depressivi dei suoi pazienti in quanto la depressione non solo impatta sulla qualità di vita ma anche sui costi legati ad un maggiore utilizzo dei servizi sanitari, all'aumento dei giorni lavorativi persi e all'aumento della stessa morbilità per eventi cardiovascolari. Il relatore ha parlato delle forme di difficoltà di adattamento che spesso colpiscono questi pazienti e la loro relazione col rischio di mortalità e morbilità cardiovascolare. Questi pazienti vanno individuati e, nel caso in cui non sia possibile ottenere un recupero spontaneo dello stato di salute psichica, è necessario utilizzare specifici presidi farmacologici. Il relatore ha presentato dei dati di letteratura sui trattamenti farmacologici più adeguati sottolineando il ruolo degli inibitori selettivi dell'uptake della serotonina. In questa tipologia di pazienti l'insorgenza di nuovi quadri di depressione sembra peggiorare l'outcome rispetto a quadri depressivi ricorrenti o già presenti. La risposta al trattamento è scarsa e anche i sintomi somatici peggiorano la prognosi dei pazienti affetti da malattia cardiaca ischemica. Un altro segno prognostico negativo è l'aumento dei fattori pro infiammatori in concomitanza con l'insorgenza di depressione. Il relatore ha concluso la sua presentazione sottolineando l'importanza di gestire questi quadri mediante l'applicazione di specifici modelli collaborativi fra medici di differenti specialità.

Why should cardiologists be concerned about psychological issues?

Impact on:

- Psychological wellbeing
- Quality of life
- Health service utilisation
- Return to work and other activities
- Cardiac morbidity

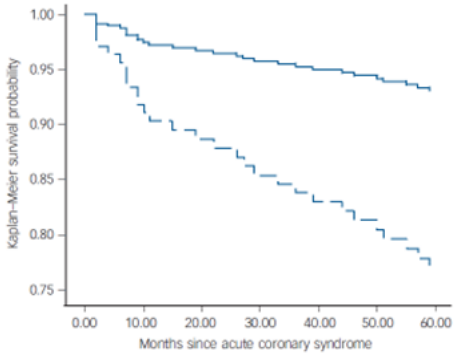


Fig. 1 Kaplan–Meier curves for survival without experiencing a major adverse cardiac event in patients with low (dashed line) and high (solid line) scores for task-oriented coping.

Results were adjusted for age, gender, ethnicity, socioeconomic status, Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) risk score, history of clinical depression, depressive symptoms, smoking and adherence to medication.

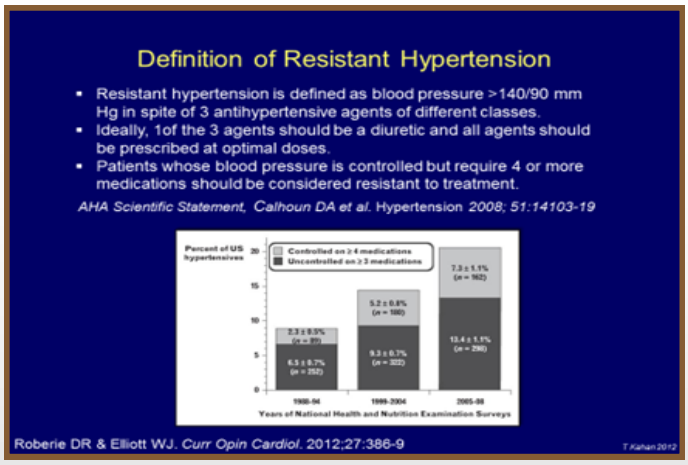
Qual è l'impatto della depressione sull'outcome dei pazienti affetti da malattia cardiovascolare? Qual è l'incidenza di depressione e di ansietà insorte in seguito alla manifestazione di un evento cardiovascolare? Quali sono i trattamenti farmacologici più efficaci in questa tipologia di pazienti?

HIGHLIGHTS

Come trattare l'ipertensione refrattaria?

Thomas Kahan
(Stockholm, Sweden

Il Prof. Kahan di Stoccolma ha approfondito il tema relativo alla cosiddetta ipertensione refrattaria, intesa come l'ipertensione che presenta livelli pressori >140/90 mmHg malgrado l'assunzione di tre trattamenti antiipertensivi in associazione. Il principale problema legato alla diagnosi di ipertensione refrattaria è rappresentato dalla diagnosi differenziale con l'ipertensione non controllata dove le cause del mancato controllo dei livelli pressori possono dipendere da fattori esterni, non legati cioè ai meccanismi fisiopatogenetici responsabili dell'insorgenza del quadro ipertensivo. Il relatore ha approfondito questo concetto affrontando i problemi legati all'inadeguatezza del "care giver", alla scarsa aderenza del paziente al protocollo terapeutico, all'insorgenza dell'effetto "white coat" e ai casi di ipertensione secondaria. Una volta che queste cause di ipertensione non controllata sono escluse, si può parlare di ipertensione refrattaria. Il relatore ha sottolineato con forza il concetto che questo quadro ipertensivo non deve essere considerato come incurabile, bensì identifica semplicemente pazienti che devono essere studiati in maniera più approfondita al fine di scoprire la causa della scarsa risposta al trattamento farmacologico. Una buona parte di questi pazienti possono risolvere il loro problema semplicemente presentandosi in centri specialistici particolarmente attrezzati per il trattamento dell'ipertensione arteriosa. La pratica della denervazione renale ed altri protocolli terapeutici basati sull'applicazione di specifici device sono indubbiamente promettenti, tuttavia i loro ruolo deve ancora essere completamente definito. Il relatore ha concluso la sua presentazione affermando che, al fine di risolvere il problema dell'ipertensione refrattaria, è necessario un approccio sistematico ed è necessario impostare un follow-up strutturato mediante l'implementazione di specifici registri di malattia.



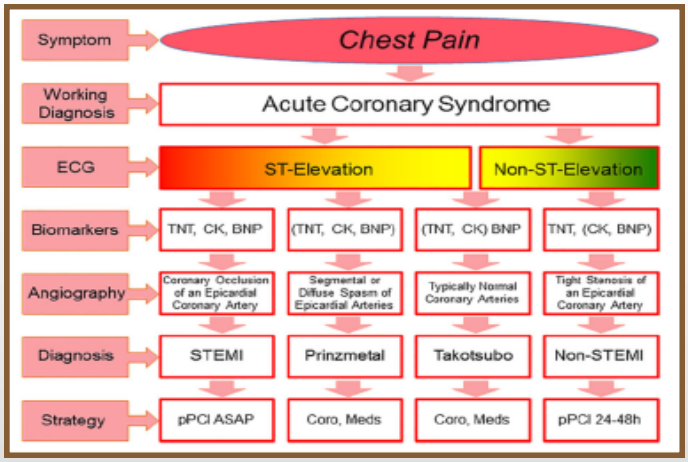
Quali sono i principali i problemi legati alla corretta risposta al trattamento antiipertensivo? Quanto pesa l'effetto" white coat" sulla difficoltà ad individuare correttamente i casi di ipertensione refrattaria alla terapia? Quali sono le condizioni che definiscono la presenza di un quadro di ipertensione refrattaria? Quali sono i principali presidi terapeutici in presenza d'ipertensione refrattaria? La denervazione renale è il presidio più efficace da applicare in corso di ipertensione refrattaria?

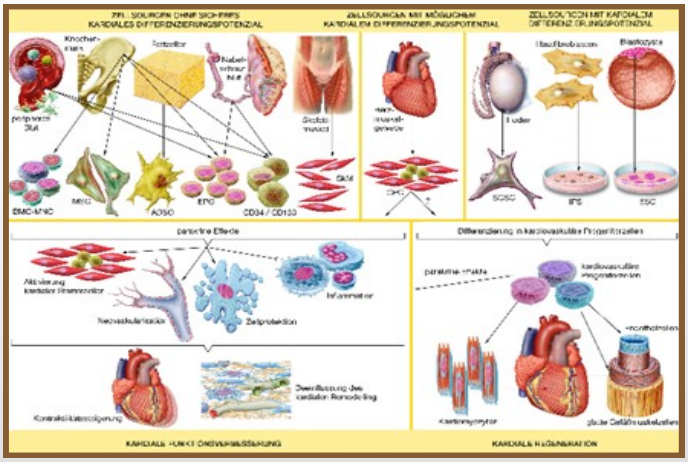
HIGHLIGHTS

La stratificazione del rischio in pazienti affetti da sindrome coronarica acuta

Thomas Lüscher
(Zurich, Switzerland)

Il Prof. Lüscher di Zurigo ha approfondito questa tematica affrontando le principali problematiche che la caratterizzano, a partire dai criteri che permettono di diagnosticare il dolore retrosternale in tempi il più possibile veloci. La diagnosi di sindrome coronarica acuta comporta la necessità di identificare le forme caratterizzate da sopraslivellamento del tratto ST separandole dalle forme dove il tratto ST è normale, ovvero sottoslivellato. Al fine di eseguire una diagnosi differenziale fra presenza di STEMI, sindrome di Tako Tsubo o Non-STEMI, è fondamentale l'ausilio dei test dei biomarkers quali il TNT, il CK e il BNP. Il relatore, citando la consensus del 2012 sulla terza definizione mondiale di infarto del miocardio, ha indicato che la presenza di valori alterati di TNT e CK identificano la sindrome STEMI, che i valori alterati in particolare del BNP identificano la sindrome di Tako Tsubo, mentre l'alterazione del TNT identifica la sindrome Non-STEMI. Il relatore si è soffermato in particolare sul significato diagnostico del test della Troponina T cardiaca ad alta sensibilità presentando anche un algoritmo in grado di valutare non solo la presenza di Non-STEMI ma anche il suo livello di gravità e di conseguenza i presidi terapeutici e i tempi di intervento più adeguati. Per quanto riguarda i presidi di trattamento, il relatore li ha suddivisi per fasi. Già nella fase iniziale il problema principale è quello di somministrare al paziente antiaggreganti piastrinici per ridurre il rischio di sanguinamento e la manifestazione di eventi cardiaci maggiori.
Il relatore ha presentato dati pubblicati recentemente sui principali antiaggreganti piastrinici disponibili e sui nuovi inibitori del recettore piastrinico P2Y12. Infine ha approfondito le problematiche legate alla terapia interventistica mostrando dati sui differenti presidi utilizzabili per mantenere le coronarie pervie ed ha parlato anche delle nuove strategie terapeutiche basate sull'utilizzo delle cellule staminali al fine di rigenerare il tessuto miocardico colpito dalla lesione infartuale. Questi presidi, che nell'animale da esperimento hanno mostrato dei risultati decisamente incoraggianti, nell'uomo non hanno prodotto risultati altrettanto interessanti. Il relatore ha concluso che la terapia con cellule staminali resta un presidio promettente che tuttavia necessita di ulteriori studi.





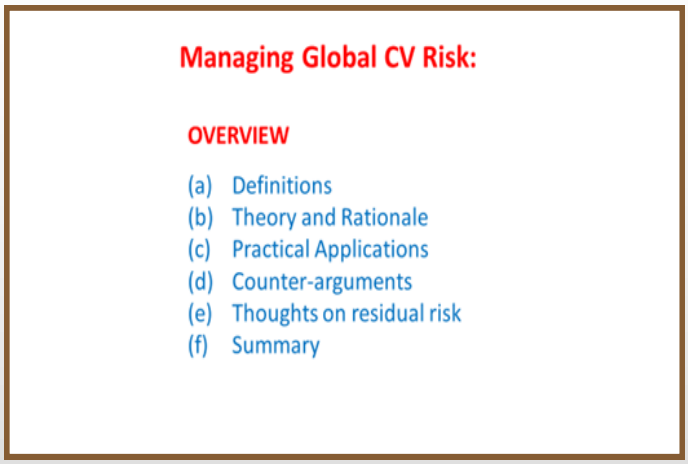
Quanti tipi di infarto miocardico sono ufficialmente conosciuti? Qual è l'algoritmo diagnostico per l'infarto NON-STEMI? Come può essere ridefinita la sindrome di Takotsubo? Qual è il ruolo degli inibitori della proteina PCSK9 nel trattamento dei pazienti affetti da infarto del miocardio?

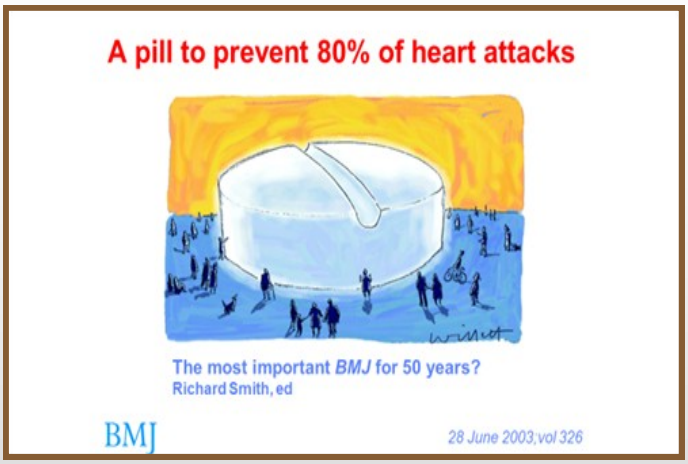
HIGHLIGHTS

La gestione del rischio cardiovascolare globale: nuove indicazioni

Neil Poulter
(Londra, UK)

Il Prof. Poulter di Londra ha parlato della gestione del rischio cardiovascolare globale inteso come rischio stimato in maniera totale. Il primo problema è legato alla modalità da applicare per la misurazione del rischio: rischio assoluto, relativo, NNT, scores specifici o altre modalità. Un altro problema è legato all'origine multifattoriale del rischio e alla difficoltà di inglobare negli algoritmi sviluppati per il loro calcolo tutti i fattori coinvolti, attribuendo loro un corretto peso statistico. Il relatore ha sottolineato come alcuni di questi siano difficilmente calcolabili. Il sistema di scoring deve essere semplice, comprensibile sia al medico che al paziente, deve essere validabile e soprattutto deve essere veramente utile. Le applicazioni pratiche attualmente presenti a livello mondiale sono ad esempio le tabelle del rischio cardiovascolare per uomini e donne pubblicati dalle varie società scientifiche. Questi strumenti tuttavia presentano un limite evidente rappresentato dal peso eccessivo del fattore di rischio rappresentato dall'età rispetto agli altri fattori di rischio. In tal modo si tende a sottostimare il rischio in soggetti giovani e di sovrastimarlo all'aumentare dell'età. Un'altra problematica legata alla misurazione del rischio globale è la tentazione di produrre una cosiddetta polipillola in grado di trattare tutte le principali patologie tipiche del soggetto affetto da malattie cardiovascolari. Una polipillola che contemporaneamente possa curare l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'iperdislipidemia. Ma, su che basi è possibile sviluppare un simile presidio terapeutico? Quali dovrebbero essere le molecole che la compongono? Come gestire gli eventi avversi ad essa correlati? Su quali dati basare la sua produzione? Come assumerla? Il relatore, in tal modo, ha dimostrato l'impossibilità di imboccare questa strada in quanto mancano modelli predittivi efficaci e applicabili alla sua produzione. Un altro aspetto importante da tenere presente è legato alla necessità di gestire il rischio indipendentemente dagli indicatori di malattia che possono essere in parte considerati dei parametri puramente convenzionali, non realmente predittivi del rischio globale a cui i pazienti sono esposti. Il relatore ha quindi affrontato il problema del rischio residuo dando anche su questa tematica una chiave di lettura concreta ed originale.





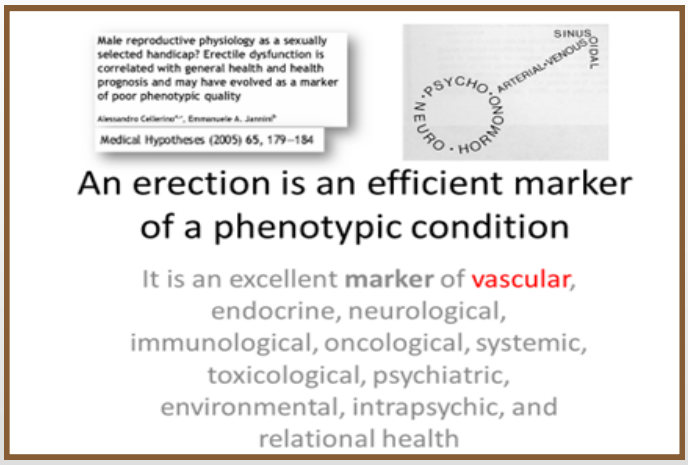
Quali sono le definizioni più significative di rischio globale? Quali sono gli strumenti utilizzabili come misuratori di rischio? Quali sono le caratteristiche ideali dei sistemi di misurazione del rischio? Quali sono i principali problemi legati al concetto di polipillola?

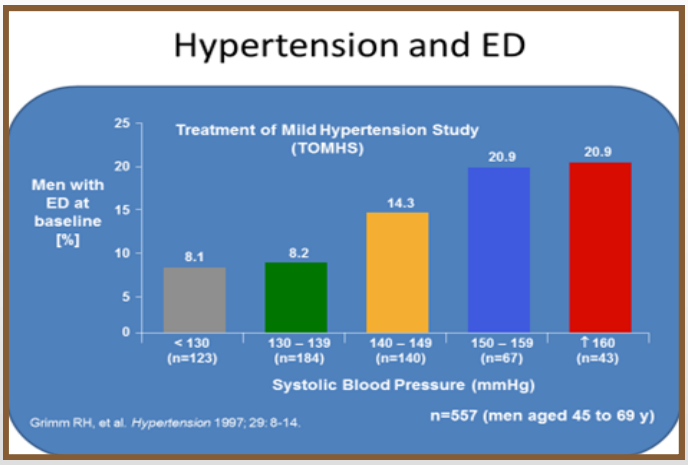
HIGHLIGHTS

La gestione della disfunzione erettile nel paziente affetto da malattia cardiovascolare

Emmanuele Jannini
(Roma, Italia)

Il Prof. Jannini di Roma ha affrontato questo tema partendo dall'idea darwiniana della evoluzione della selezione sessuale. Sia gli animali che gli umani utilizzano ornamenti sessuali per due tipi di competizione sessuale, interna ed esterna. Tuttavia, nell'animale maschio, rispetto all'uomo, la funzione erettile è di tipo meccanico ed è sostenuta dalla presenza di una protesi ossea che nel corso dell'evoluzione è sparita nel genere maschile umano. In tal modo, nell'uomo l'erezione si è trasformata in un fenomeno biologico sostenuto da processi psico-neuro-endocrini e da specifici meccanismi vascolari. Il relatore ha sottolineato l'importanza dell'erezione come fattore fondamentale per l'evoluzione della specie. Tuttavia, questo fattore viene oggi chiaramente svalutato se non addirittura sottostimato. Nell'uomo infatti esso correla significativamente con lo stato di salute della persona. Esiste tutta una serie di malattie che determinano disfunzione erettile, ad esempio le malattie cardiovascolari, l'ipertensione, il diabete, l'obesità. Perché la disfunzione erettile correla con queste malattie? Il relatore ha sottolineato lo stretto legame che esiste fra disfunzione erettile ed alterazione dei vasi arteriosi dei corpi cavernosi, cioè un'alterazione di tipo aterosclerotico. È l'aterosclerosi l'anello di congiunzione fra disfunzione erettile e malattia cardiovascolare, intesa nel significato più ampio del termine, e alla base di questi due quadri patologici esiste una specifica alterazione fisiopatologica: la disfunzione endoteliale. In tal modo la disfunzione erettile acquista un elevato valore diagnostico nel senso che in un'età ancora non avanzata, quando è possibile impostare delle strategie terapeutiche di tipo preventivo, la sua presenza diventa per il medico un forte indicatore di malattia cardiovascolare permettendone di conseguenza la diagnosi precoce. Il relatore ha concluso il suo intervento indicando l'importanza della terapia a base degli inibitori della 5 fosfodiesterasi e in particolare ha mostrato dati relativi al profilo di selettività dei nuovi farmaci appartenenti a questa classe e al loro rapporto di efficacia/sicurezza.





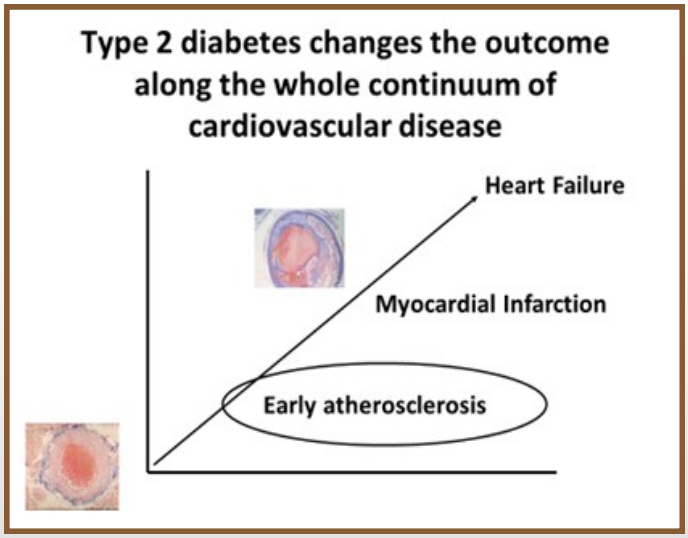
Quali sono i principali aspetti legati all'evoluzione delle specie umana in tema di selezione sessuale? Quali sono i principali inibitori della 5 fosfodiesterasi? Quale correlazione esiste fra disfunzione erettile ed ipertensione arteriosa?

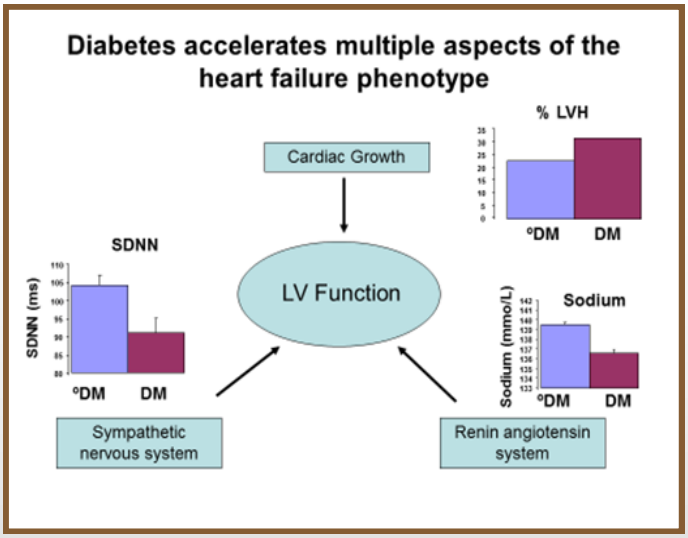
HIGHLIGHTS

Diabete e rischio cardiovascolare: nuove sfide per la gestione dei pazienti nella vita reale

Mark Kearney
(Leeds, UK)

Il Prof. Kearney di Leeds ha presentato dati sulla correlazione fra malattia cardiovascolare e diabete. Partendo dal concetto che la malattia cardiovascolare è un continuum a partire dai primi fenomeni di aterosclerosi già presenti nei soggetti giovani, l'insorgenza di diabete modifica in maniera significativa l'outcome di questo continuum, nel senso che aumenta sia la morbilità che la mortalità per eventi cardiovascolari di almeno tre volte rispetto ai soggetti senza diabete. Nei pazienti diabetici post infartuati, l'effetto positivo della terapia a base di aspirina in prevenzione secondaria viene ridotto in maniera significativa aumentando di conseguenza la mortalità. In corso di diabete aumenta anche la prevalenza di scompenso cardiaco e di mortalità per eventi cardiovascolari. Più in particolare in questi pazienti aumenta la prevalenza sia di morte progressiva che di morte improvvisa. Perché la presenza del diabete peggiora l'outcome dei pazienti affetti da scompenso cardiaco? Dal punto di vista fisiopatogenetico, il diabete accelera molteplici aspetti del profilo fenotipico dello scompenso cardiaco, in altre parole è un driver di malattia estremamente efficace. Il relatore ha concluso il suo intervento sottolineando l'importanza di approfondire la conoscenza dei meccanismi fisiopatologici che sottendono al diabete, di migliorarne le strategie di cura, di ottimizzare l'utilizzo degli strumenti farmacologici attualmente disponibili al fine di migliorare la prevenzione secondaria riducendo così l'incidenza degli eventi mortali.





Qual è la relazione fra diabete e malattia cardiovascolare? Quali sono i meccanismi fisiopatogenetici che sottendono allo scompenso cardiaco e che vengono accelerati in presenza di diabete? Quale correlazione esiste fra morte improvvisa e diabete? Quanto influisce sui parametri di funzionalità cardiaca, la presenza di diabete?

HIGHLIGHTS

Queste sono solo alcune delle tematiche trattate durante i lavori congressuali. Per un maggior approfondimento si rimanda al sito della **Fondazione Internazionale Menarini** dove sono presenti le relazioni congressuali in versione integrale.

Per seguire le presentazioni di questo convegno clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login entra nel materiale multimediale.

Fondazione Internazionale Menarini
Centro Direzionale Milanofiori 20089 Rozzano (MI) - Edificio L - Strada 6
Tel. +39 02 55308110 Fax +39 02 55305739 Email: milan@fondazione-menarini.it
www.fondazione-menarini.it - www.facebook.com/fondazionemenarini