

I BATTITI PREMATURI VENTRICOLARI IN CARDIOLOGIA DELLO SPORT

Luigi Sciarra

Malattie dell'Apparato Cardiovascolare – Università degli Studi dell'Aquila – L'Aquila.

Lorenzo Buzzelli

Malattie dell'Apparato Cardiovascolare – Università Campus Biomedico – Roma.

I battiti prematuri ventricolari (BEV) sono frequentemente riscontrati nelle visite medico-sportive, con una prevalenza che varia dall'1% negli ECG standard fino al 75% nelle registrazioni Holter per individui apparentemente sani. Sebbene la loro presenza sia spesso associata a una prognosi benigna, è necessario considerare attentamente il contesto clinico. La prognosi dei BEV dipende, infatti, in gran parte dalla presenza o meno di una cardiopatia sottostante. Nei soggetti senza cardiomiopatie strutturali, questi battiti non comportano generalmente rischi aggiuntivi; al contrario, nei soggetti con anomalie cardiache, i BEV possono essere indicatori di un rischio aumentato di eventi clinici avversi. Bisogna sempre tener presente che la cardiopatia può riguardare anche un microscopico difetto dei canali ionici, in cuori che in tal caso risultano macroscopicamente normali.

La visita medico-sportiva assume un ruolo centrale in questo processo diagnostico, rappresentando una delle rare occasioni in cui un soggetto asintomatico può essere sottoposto a screening cardiologico approfondito. L'individuazione dei BEV durante questo tipo di valutazione è un esempio paradigmatico di come lo screening sportivo possa rivelare patologie cardiache latenti, fornendo indicazioni utili per una diagnosi precoce e una gestione clinica mirata.

Un elemento importante da considerare è che la numerosità dei BEV, in assenza di cardiopatie, non possiede un valore prognostico rilevante. La semplice frequenza dei BEV non è sufficiente a predire un aumento del rischio cardiovascolare. Il vero fattore di rischio è rappresentato dalla presenza di una cardiopatia strutturale o aritmogena sottostante. Questo approccio evita diagnosi superficiali basate su criteri quantitativi eccessivamente semplicistici, focalizzando l'attenzione sulla ricerca di eventuali anomalie strutturali, che costituiscono il reale rischio clinico.

La valutazione dei BEV può oggi avvalersi di avanzati strumenti diagnostici. L'ECG è il primo approccio per analizzare eventuali anomalie elettrocardiografiche sospette, e la sua interpretazione può fornire indizi iniziali sulla sede e natura dei BEV. Tuttavia, l'imaging cardiaco riveste un ruolo sempre più importante in soggetti con sospetta cardiopatia, consentendo una valutazione precisa delle

strutture cardiache e dell'eventuale presenza di lesioni o anomalie. Sebbene tecnologie come la risonanza magnetica e la tomografia computerizzata offrano elevata risoluzione diagnostica, il loro utilizzo deve essere ponderato e selezionato con criterio, per evitare esami complessi o invasivi non strettamente necessari. Una valutazione clinica accurata permette di definire se tali esami siano effettivamente giustificati.

La classificazione dei BEV come "comuni" o "non comuni" rappresenta un ulteriore strumento per orientare la diagnosi. I BEV comuni, che originano tipicamente dalla zona di efflusso ventricolare destro o sinistro o dalla regione fascicolare, sono generalmente considerati benigni. Tuttavia, ogni regola ha le sue eccezioni: anche i BEV con origine comune possono presentare rischi se associati a una cardiopatia sottostante. La distinzione comune vs. non comune, dunque, non è assoluta, ma funge da guida utile nella stratificazione iniziale del rischio, che deve sempre tenere conto del quadro complessivo.

In questo contesto l'anamnesi familiare assume un'importanza centrale, poiché la presenza di episodi di morte improvvisa giovanile o di altre patologie aritmogene in famiglia può rappresentare un segnale di allarme per un rischio aumentato.

Inoltre, negli atleti con aritmie ventricolari non sostenute a morfologia di blocco di branca destra (che quindi provengono dal ventricolo sinistro), alcune specifiche anomalie elettrocardiografiche possono predire la presenza di cicatrici non ischemiche del ventricolo sinistro (NLVS). Questi predittori includono: voltaggi del QRS bassi nelle derivazioni degli arti, onde T negative nelle derivazioni inferiori e nelle precordiali (V4-V6), onde T negative nelle derivazioni degli arti I-aVL, blocco fascicolare posteriore sinistro, onde Q patologiche e una scarsa progressione dell'onda R nelle derivazioni precordiali destre. La rilevazione di queste anomalie all'ECG può quindi guidare lo screening di atleti a rischio di NLVS.

L'analisi dei BEV sotto sforzo è un altro fattore prezioso da considerare: la riproducibilità dei BEV durante test da sforzo ripetuti e successivi è correlata con la presenza di cicatrici miocardiche, contribuendo così a migliorare la stratificazione del rischio e l'ottimizzazione del percorso clinico per gli atleti.

Infine, l'uso di flow chart diagnostiche, come quella proposta dalla Società Italiana di Cardiologia dello Sport (SIC Sport), offre un percorso sistematico per la gestione dei pazienti con riscontro di BEV. Questi protocolli aiutano a seguire un percorso logico, riducendo la possibilità di esami inutili e ottimizzando le risorse diagnostiche. Dopo i test di prima linea (storia clinica, esame obiettivo, ECG, test da sforzo massimale, ECG ambulatoriale di 24 ore ed ecocardiografia), se emergono

sospetti di cardiopatia sottostante, sono indicati test aggiuntivi mirati, come risonanza magnetica cardiaca, TAC cardiaca e test genetici. In assenza di sospetti, ma in presenza di caratteristiche a rischio nei BEV, una risonanza magnetica cardiaca può essere utile per confermare o escludere anomalie strutturali.

In conclusione, negli sportivi, i BEV sono in molti casi benigni, ma non vanno banalizzati: possono infatti costituire un primo segno di patologia, e un iter diagnostico adeguato permette di identificare i soggetti a rischio e prendere le misure necessarie per garantire la loro salute e sicurezza. Un approccio diagnostico razionale e guidato dal contesto clinico permette di distinguere i casi effettivamente a rischio, contribuendo a una gestione clinica appropriata.