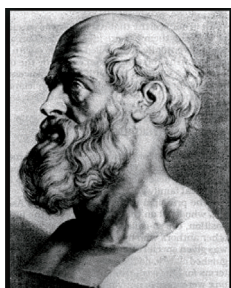


## In questo numero

### PROCESSO AI GRANDI TRIAL *Primum non nocere*



Lo studio clinico PEITHO pubblicato sul New England Journal of Medicine, è lo studio più numeroso finora eseguito per valutare l'efficacia clinica, la mortalità e la sicurezza della terapia fibrinolitica in aggiunta alla terapia con eparina, in pazienti con embolia polmonare acuta a rischio intermedio, cioè normotesi ma con disfunzione ventricolare

destra. Il fibrinolitico si è dimostrato molto efficace, ma anche associato ad un rischio emorragico importante. Come evidenziano *Gianfranco Alunni* e *Daniele Coen*, i motivi del fallimento del trial possono essere molteplici, ma innanzitutto gioca un ruolo importante la nostra incapacità di stratificare adeguatamente il rischio nei pazienti con embolia polmonare acuta. •



### Ridurre la frequenza cardiaca riduce sempre la mortalità?

Il trial SIGNIFY si poneva l'obiettivo di dimostrare che nei pazienti con cardiopatia ischemica stabile, funzione sistolica ventricolare sinistra conservata, frequenza cardiaca >70 b/min ed angina pectoris, la somministrazione di ivabradina ad alto dosaggio (sino a 10 mg bid) potesse associarsi ad un significativo beneficio prognostico. In SIGNIFY sono stati pertanto

randomizzati più di 19 000 pazienti con queste caratteristiche ma i risultati sono stati, inaspettatamente, negativi. *Salvatore Pirelli*, *Giorgio Caretta* e *Gabriele Fragasso* disquisiscono sulle motivazioni di questo fallimento. Si va dalla nostre difficoltà di comprendere appieno i meccanismi di regolazione della frequenza cardiaca nell'uomo a quelli che a posteriori possono essere considerati errori nel disegno del trial. •

### POINT BREAK

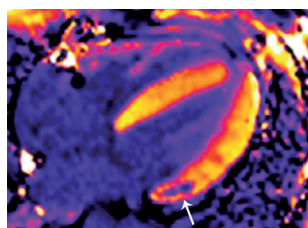


### Il nuovo stetoscopio

Negli ultimi anni, gli avanzamenti tecnologici hanno permesso di sviluppare apparecchiature ecocardiografiche miniaturizzate ma comunque capaci di effettuare esami con tecniche bidimensionale, colore, Doppler. Se questi strumenti sostituiranno completamente lo stetoscopio non è dato sapere, ma non si può non concordare con queste affermazioni di *Sabino Iliceto* e *Rosa Sicari*:

«Gli ultrasuoni hanno raggiunto il ruolo di tecnologia consolidata ma non hanno ancora espletato a pieno il loro ruolo di tecnologia dirompente: quelle caratteristiche uniche di portabilità, versatilità in condizioni cliniche fra le più diverse, basso costo, con uno straordinario profilo di sicurezza ne fanno uno strumento unico ed insostituibile in medicina. La rivoluzione è appena cominciata». •

### RASSEGNE



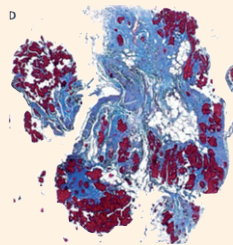
### Imaging cardiaco sempre più avanzato

La risonanza magnetica cardiaca è già adesso il "gold standard" per lo studio delle alterazioni strutturali del ventricolo sinistro e destro; tuttavia le sequenze tradizionali consentono una valutazione solo qualitativa, o al più semiquantitativa, delle alterazioni del miocardio. I recenti progressi tecnologici hanno reso possibile l'acquisizione molto rapida del segnale (T1 e T2) del miocardio e la costruzione quindi

di mappe che forniscono misure quantitative utilizzabili nella normale pratica clinica. Questi esami permettono una valutazione accurata dell'edema nella patologia miocardica acuta, sia ischemica che infiammatoria, e della fibrosi miocardica sia locale che diffusa. La revisione di *Carlo Tessa et al.* fornisce una rassegna delle prospettive aperte dall'introduzione delle mappe T1 e T2 nello studio del cuore. •

> RASSEGNE

Articolo del mese



**Percorsi diagnostico-terapeutici nella cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro**

La cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro è una malattia ereditaria del muscolo cardiaco che predispone all'insorgenza di aritmie ventricolari e morte improvvisa, particolarmente nel giovane e nell'atleta. Anche se l'accento è sul ventricolo destro, ci sono varianti fenotipiche caratterizzate da un precoce e prevalente coinvolgimento del ventricolo sinistro, il che dimostra che questa è una patologia genetica del miocardio che

colpisce tutto il cuore. La diagnosi e la terapia della cardiomiopatia aritmogena rimangono una importante sfida della moderna Cardiologia: come sottolineano *Alessandro Zorzi et al.*, è necessario fare ancora molti progressi per capire la genetica, la patobiologia e la storia naturale della malattia, e sono necessari studi prospettici a lungo termine su ampie popolazioni di pazienti che dimostrino l'efficacia della terapia. L'articolo è offerto alla discussione attraverso la piccola posta ([piccolaposta@gioornaledicardiologia.it](mailto:piccolaposta@gioornaledicardiologia.it)) fino alla fine del mese di dicembre. •

STUDIO OSSERVAZIONALE

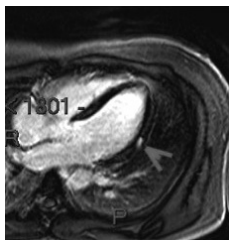


**Ridurre la frequenza cardiaca riduce i costi (nello scompenso cardiaco)**

L'obiettivo di questo studio di *Barbara Polistena et al.* era quello di valutare il rapporto incrementale di costo-efficacia e di costo-utilità di ivabradina, aggiunta alla terapia standard in pazienti con scompenso cardiaco cronico. Le analisi sono state effettuate applicando un

modello sviluppato dallo studio SHIFT ad una popolazione italiana arruolata nello studio IN-HF (in pratica dati di "mondo reale"). I risultati confermano che ivabradina, aggiunta al trattamento standard dello scompenso, ha un costo per anno di vita aggiustato per la qualità (QALY) che è socialmente accettabile. •

DAL PARTICOLARE AL GENERALE



**Infarto o miocardite?**

*Simona Gambetti et al.* presentano il caso di un giovane paziente ricoverato per dolore precordiale acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST simulante un infarto miocardico acuto ma che in realtà era una miocardite acuta,

correttamente diagnosticata, dopo che la coronarografia aveva mostrato reperti di normalità, mediante risonanza magnetica cardiaca. Gli autori, dopo aver descritto il caso clinico, presentano anche una precisa ed esaustiva revisione della letteratura. •

REGISTRI



**Solo dati?**

Il Registro Italiano Pacemaker e Defibrillatori, tradizionalmente mantenuto da *Alessandro Proclemer et al.*, riporta i dati relativi all'anno 2013. Tabelle e dati contengono elementi di rilievo non solo per gli aritmologi, ma anche per i cardiologi clinici. In effetti potrebbe

essere di potenziale interesse discutere dell'uso estremamente limitato dei pacemaker biventricolari e del costante aumento degli impianti di defibrillatore in prevenzione primaria (molti dei quali biventricolari). I dati regionali del registro possono essere trovati online. •