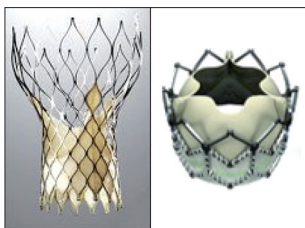


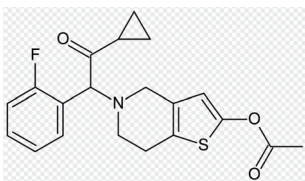
# In questo numero

## PROCESSO AI GRANDI TRIAL TAVI: quale valvola?



La prima procedura di impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) nell'uomo è stata eseguita nel 2002 e da allora questa rivoluzionaria metodica si è diffusa in tutto il mondo. Ma quale valvola impiantare? Questo è l'obiettivo del trial randomizzato CHOICE pubblicato su *JAMA*, in cui 241 pazienti sono stati randomizzati all'impianto di una valvola Medtronic o di una valvola Edwards Lifesciences. Purtroppo i risultati non sono dirimenti. Ed in gran parte proprio per come è stato progettato il

trial, come ci spiegano *Giuseppe Tarantini, Chiara Fraccaro e Francesco Bedogni*. L'endpoint primario dello studio, il "device success", non è dimostrato che correli con la sopravvivenza a lungo termine; una delle due protesi è ormai tecnologicamente superata; i metodi utilizzati per quantizzare il rigurgito paravalvolare non sono esenti da critiche. Ulteriori studi sono necessari per determinare quale valvola garantirà un maggior tasso di sopravvivenza a lungo termine ed una miglior qualità di vita dopo intervento di TAVI. •

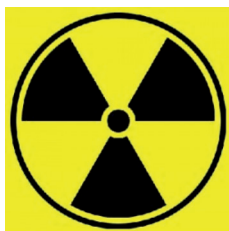


## Doppia antiaggregazione: precoce o non precoce?

Quando iniziare la doppia antiaggregazione nelle sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST? Prima o dopo coronarografia? Commentando lo studio ACCOAST, che confronta due diverse strategie di somministrazione di prasugrel (prima e dopo l'esame coronarografico), *Stefano De Servi, Alberto Menozzi e Leonardo De Luca* non soltanto ci spiegano con molta chiarezza i risultati dello studio, ma ci fanno capire quanto difficile possa

essere il disegno di un trial anche se gli obiettivi scientifici da raggiungere sembrano semplici, che i nuovi problemi aperti dai risultati sono talora maggiori di quelli risolti, che in definitiva anche le evidenze su cui si basano le linee guida che usiamo nella pratica clinica per decidere il trattamento dei pazienti con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST non sono facilmente generalizzabili ma sono da adattare alle caratteristiche di rischio (ischemico ed emorragico) del singolo paziente. •

## EDITORIALI



## Radiazioni a scopi medici e rischio di cancro

*Maria Grazia Andreassi ed Emanuela Piccaluga* ci spiegano con chiarezza gli effetti molecolari, genetici e clinici dell'esposizione alle basse dosi di radiazioni che si verificano per motivi medici. L'aumento della consapevolezza radiologica rappresenta infatti una priorità medica e sociale: promuovere una migliore conoscenza dei danni biologici delle radiazioni è una strategia efficace per ridurre i rischi connessi all'esposizione medica e migliorare la sicurezza della prestazione medica, nell'interesse non solo dei pazienti ma anche degli operatori sanitari. Il cardiologo interventista e tutto lo staff del laboratorio (infermieri e

tecnici) che operano a distanza ravvicinata dal paziente sono le figure mediche con la più alta esposizione professionale a radiazioni ionizzanti e possono ricevere nel corso della loro vita lavorativa dosi cumulative significative. Di questa problematica si è occupata di recente la Società Europea di Cardiologia, che ha pubblicato un position statement sull'appropriatezza e l'uso giustificato della diagnostica per immagini con radiazioni ionizzanti in Cardiologia, e la Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE), che ha promosso uno studio osservazionale allo scopo di valutare i potenziali effetti clinici dell'esposizione a radiazioni ionizzanti sul personale dei laboratori di cardiologia invasiva. •

## POINT BREAK



## Sovradiagnosi: un rischio nell'era della medicina basata sulle evidenze

I progressi tecnologici (principalmente delle metodiche tomografiche e di risonanza magnetica) ci permettono oggi di riconoscere stadi precoci di malattie una volta non diagnosticabili; questo induce a trattare un maggior numero di pazienti. Tuttavia i protocolli terapeutici la cui efficacia è stata documentata in pazienti gravi ed instabili non necessariamente funzionano allo stesso modo nei soggetti asintomatici;

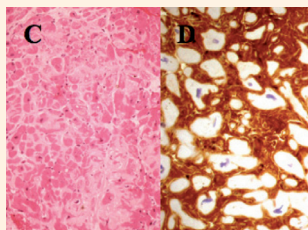
anzi, in questi le conseguenze possono essere più drammatiche del non trattamento. Al giorno d'oggi, la principale preoccupazione dei medici consiste nel non trattare un paziente per un difetto di diagnosi, esponendosi a rivele giudiziarie. Poco invece si riflette sul pericolo opposto: il sovratattamento indotto da sovradiagnosi. Due esempi molto comuni: l'aumentato numero di diagnosi di embolia polmonare, che non ha ridotto i decessi ma ha aumentato il numero di emorragie da conseguente trattamento anticoagulante, e

> POINT BREAK

L'aumentato numero di diagnosi di infarto sulla base dell'elevazione della concentrazione plasmatica di troponina. Come ci spiegano

Marco Bobbio e Giovanni Galvagano, per cercare di far di più e meglio, rischiamo concretamente di fare peggio. •

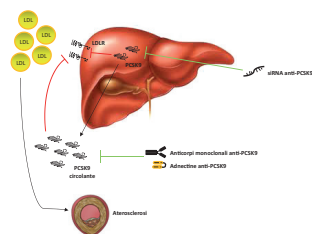
**AL FONDO DEL CUORE**  
Articolo del mese



**È curabile l'amiloidosi da transtiretina?**

L'amiloidosi rappresenta un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate dalla deposizione extracellulare di proteine fibrillari insolubili che determina una disorganizzazione della struttura dei tessuti coinvolti con conseguente disfunzione d'organo. Il coinvolgimento cardiaco può essere riconducibile a tre forme eziologiche distinte: la più frequente è l'amiloidosi AL, secondaria alla presenza di cloni plasmacellulari nel midollo osseo che producono catene leggere libere circolanti delle immunoglobuline responsabili dei depositi fibrillari; l'amiloidosi senile, dovuta a depositi di transtiretina non mutata; infine l'amiloidosi ereditaria correlata alla transtiretina (ATTRm), malattia autosomica dominante con espressività variabile, che può essere causata da oltre 100 mutazioni del gene della transtiretina. *Simone Longhi et al.* ci spiegano le diverse strategie

terapeutiche specifiche dirette contro il processo amiloidogenico e ci illustrano le diverse classi di farmaci che sono in fase avanzata di studio e potrebbero modificare la storia naturale dei pazienti affetti da amiloidosi da transtiretina. Leggere questo contributo è illuminante per capire come sia difficile innanzitutto fare diagnosi precoce di amiloidosi cardiaca e successivamente identificare il tipo specifico di amiloidosi. Senza una diagnosi precisa non ci può essere una terapia efficace. Terapie avanzate come quelle prospettate sono ovviamente possibili solo in Centri esperti, ma tutti i cardiologi devono conoscere le linee essenziali della malattia, per saperla riconoscere nella pratica clinica il più precocemente possibile e poi inviarla in centri specifici per la terapia ottimale. L'articolo è offerto alla discussione attraverso la piccola posta ([piccolaposta@gioaledicardiologia.it](mailto:piccolaposta@gioaledicardiologia.it)) fino alla fine del mese di luglio. •



**Oltre le statine**

Nonostante la documentata efficacia clinica delle statine, in numerosi pazienti, soprattutto in quelli caratterizzati da un elevato rischio cardiovascolare, i livelli ottimali di colesterolo LDL sono difficilmente raggiungibili. L'efficacia delle statine è peraltro limitata dal fatto che parallelamente all'aumento di espressione dei recettori per le LDL (che porta alla riduzione dei livelli plasmatici di colesterolo) viene anche attivata l'espressione di PCSK9, una proteina che è in grado di legare i recettori delle LDL

favorendone la degradazione. Come ci descrive *Giuseppe Danilo Norata*, l'inibizione dell'attività di PCSK9 è uno dei nuovi e più promettenti approcci terapeutici per la terapia delle ipercolesterolemie. Rimangono tuttavia una serie di punti che nel futuro andranno presi in dovuta considerazione, come la sicurezza a lungo termine di questa nuova terapia, ma in particolare la ricerca clinica dovrà attentamente valutare se il raggiungimento di livelli di colesterolo LDL estremamente bassi sia sempre privo di rischi per l'organismo. •

**RASSEGNA**



**Un'aortite di difficile diagnosi**

La polimialgia reumatica (PMR) è una comune malattia infiammatoria di incerta eziologia che colpisce pazienti al di sopra dei 50 anni di età. Come per le altre patologie infiammatorie sistemiche (lupus eritematoso, artrite reumatoide, gotta), negli ultimi anni anche per la PMR è stata riscontrata una chiara correlazione con un aumentato rischio cardiovascolare. In particolare, dalla letteratura emerge una forte associazione tra PMR e patologia aortica (aneurismi e dissezioni dell'aorta toracica).

L'eziopatogenesi delle lesioni aortiche è sconosciuta, benché si possa considerare la PMR come un'arterite infiammatoria diffusa. La diagnosi, come ci spiegano *Cecilia De Lorenzi et al.*, si basa sulla tomografia ad emissione di positroni con fluorodesossiglucosio (FDG-PET), che mostra, in molti casi, un'aumentata captazione di FDG a livello vascolare, indicativa di infiammazione attiva. Il distretto vascolare maggiormente coinvolto dall'infiammazione è risultato quello delle arterie succlavie, seguite dall'aorta toracica. •

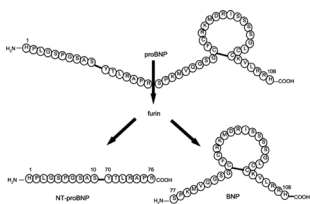
**STUDI OSSERVAZIONALI**

**Sempre più BNP per la diagnosi di scompenso**

L'identificazione precoce della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica (DVSA) è

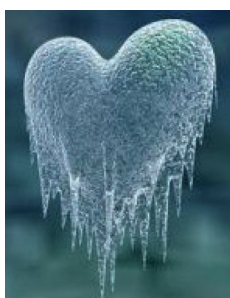
una delle principali raccomandazioni delle linee guida sullo scompenso cardiaco. Il rischio di sviluppare scompenso aumenta progressivamente con l'età, per entrambi i

## > STUDI OSSERVAZIONALI



sessi, e talora supera il rischio di sviluppare altre patologie che vengono comunemente sottoposte a campagne di screening nella popolazione generale. Tuttavia la strategia ottimale per identificare la DVSA nella popolazione generale è ancora discussa. La combinazione di una valutazione clinica con ecocardiografia, ovvero la metodica di riferimento per diagnosticare la DVSA, è un processo lungo e costoso, che difficilmente può essere applicato su larga scala. DAVID-Berg è uno studio collaborativo svolto da cardiologi e medici di medicina generale in provincia di Bergamo, volto a determinarne la prevalenza in un campione ad alto rischio cardiovascolare della

popolazione lombarda ed a valutare il valore predittivo dell'NT-proBNP e del Framingham Heart Failure Risk Score (FHFRS). La prevalenza di DVSA in questo campione di soggetti ad alto rischio è risultata pari al 5.3%. Il dosaggio dell'NT-proBNP è risultato equivalente alla combinazione di FHFRS ed ECG nel predire la DVSA. Per la sua facilità di esecuzione e di interpretazione, *Antonello Gavazzi et al.* suggeriscono come l'NT-proBNP possa quindi essere utilizzato di routine nell'ambito delle cure primarie per identificare i soggetti che devono essere indirizzati a ulteriori indagini diagnostiche come l'esame ecocardiografico. •

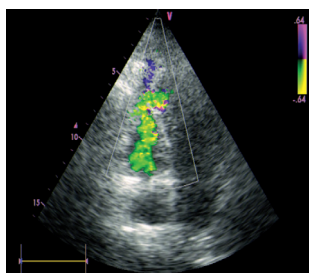


## Il freddo fa bene al cuore (e al cervello)

L'ipotermia terapeutica è integrata nelle linee guida internazionali come supporto terapeutico fondamentale nel trattamento dei pazienti rianimati e sopravvissuti ad arresto cardiaco extraospedaliero. Tuttavia recenti trial randomizzati, condotti su popolazioni disomogenee, sollevano qualche dubbio sulla reale utilità di tale metodica, lasciando quindi spazi aperti per individuare quei sottogruppi di pazienti che possano maggiormente beneficiare di tale ausilio. L'esperienza riportata da *Chiara Angeletti et al.* è quella di una serie consecutiva di pazienti giunti all'Ospedale Bolognini di Seriate in coma per infarto

miocardico acuto complicato da arresto cardiaco e trattati con angioplastica (PTCA) primaria seguita da ipotermia terapeutica. I risultati mostrano che l'associazione della PTCA primaria con l'ipotermia è fattibile e permette buoni risultati clinici soprattutto in caso di ripristino di ritmo spontaneo entro i primi 20 minuti dall'inizio della rianimazione. Ma il dato fondamentale da sottolineare è l'importanza di avere una rete di soccorso per urgenze ed emergenze efficiente e ben sviluppata sul territorio ed una buona organizzazione intraospedaliera per poter contenere i tempi tra l'arresto extraospedaliero e la PTCA e/o l'induzione dell'ipotermia terapeutica. •

## DAL PARTICOLARE AL GENERALE



## Una rara complicanza dell'infarto

*Chiara Anchisi et al.* presentano un caso inusuale di rottura di setto interventricolare come complicanza di un infarto miocardico a coronarie angiograficamente normali. La diagnosi viene effettuata precocemente con ecocardiografia, poi confermata mediante angiografia. In quinta giornata di degenza, in condizioni di compenso cardiocircolatorio, la paziente viene sottoposta ad intervento cardiocirurgico di chiusura del difetto del setto mediante

applicazione di un patch in Dacron. Il caso è lo spunto per riparlare di questa complicanza dell'infarto acuto, la cui incidenza si è significativamente ridotta nell'era delle più moderne tecniche ripercussive ma che rimane sempre e comunque potenzialmente letale. Gli autori fanno una revisione della letteratura sia per quanto riguarda l'epidemiologia che la patogenesi della rottura di setto, in particolare dei casi estremamente rari di rottura di setto in presenza di coronarie angiograficamente normali. •