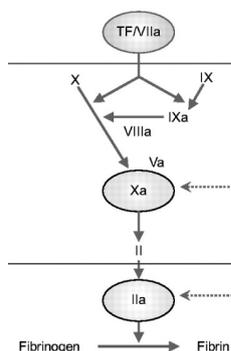


In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL Nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale: edoxaban vs warfarin



Questo mese *Andrea Rubboli e Paolo Colonna* commentano per noi lo studio ENGAGE AF-TIMI 48, che ha confrontato l'inibitore diretto del fattore X attivato (Xa) edoxaban con il warfarin nella prevenzione di ictus ed embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. Gli incoraggianti risultati, la cui rilevanza clinica è ormai parte integrante della nostra pratica quotidiana, sono analizzati in modo puntuale per farci meglio comprendere l'architettura ed il razionale dei trial farmacologici, in particolare di quelli sui nuovi anticoagulanti orali (NAO), che negli ultimi anni hanno costituito probabilmente la principale novità in ambito terapeutico per

i nostri pazienti cardiopatici. Interessante è il confronto con i precedenti studi condotti sui NAO, che ci fa capire come il disegno dello studio, il tipo di analisi statistica e soprattutto la scelta degli endpoint sia determinante nell'interpretazione dei risultati. In questo trial, la cui popolazione di studio è stata di ben 21 105 pazienti, arruolati in quasi 1400 centri distribuiti su 46 paesi, si confrontano inoltre due diversi dosaggi di edoxaban – 60 e 30 mg – con la possibilità di dimezzare dinamicamente la dose durante lo studio, in base a specifici criteri. Questa caratteristica ha reso il disegno dello studio particolarmente vicino alle situazioni che regolarmente incontriamo nella pratica clinica, che spesso sono invece distanti e difficilmente assimilabili al mondo aureo dei grandi trial. •

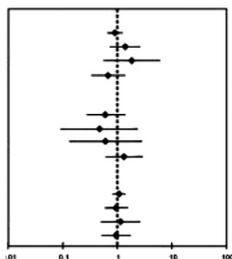


Sospetta coronaropatia: approccio anatomico o funzionale?

Una delle situazioni che più frequentemente ci troviamo a dover affrontare nella pratica clinica quotidiana è quella del rilevamento di un'eventuale coronaropatia in pazienti con dolore toracico tipico e atipico. Abbiamo a disposizione una serie di strumenti diagnostici con caratteristiche molto diverse fra loro, sia in termini di accuratezza, sia come approccio concettuale – anatomico o funzionale – alla malattia coronarica. Nonostante le linee guida ci diano alcune indicazioni, rimane spesso del tutto empirica la scelta del test con cui iniziare la nostra valutazione. Il trial PROMISE rappresenta in questo senso un'importante

novità, in quanto è uno dei primissimi studi prospettici e randomizzati di outcome in cui l'oggetto della randomizzazione non è un farmaco o un dispositivo, ma un test di imaging. Con la sua popolazione di 10 000 pazienti sintomatici, randomizzati in due bracci, uno sottoposto inizialmente a valutazione anatomica (angio-tomografia coronarica) e l'altro a valutazione funzionale (prova da sforzo, scintigrafia o eco-stress), è di fatto il più grande studio mai eseguito per l'analisi delle strategie diagnostiche in pazienti con sospetta malattia coronarica. Se la *promessa* iniziale è stata mantenuta, ci aiutano a capirlo, da prospettive diverse, *Nicola Gaibazzi* da un lato, e *Filippo Cademartiri* ed *Erica Maffei* dall'altro. •

POINT BREAK

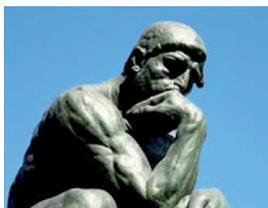


Tutto quello che avreste sempre voluto sapere ma non avete mai osato chiedere sulle metanalisi

La meta-analisi è un tipo di analisi statistica sempre più utilizzato e, apparentemente, apprezzato, visto che il loro numero sta aumentando esponenzialmente nella letteratura scientifica. Ma cosa sappiamo realmente di questo strumento? Sono veramente utili le metanalisi? Sono affidabili? Quando ha senso utilizzarle e quando invece rischiamo che i dati siano fuorvianti invece che di supporto? Che significato hanno le metanalisi nell'era della medicina personalizzata

post-genomica? Queste sono alcune delle domande alle quali l'articolo di *Giuseppe Biondi-Zoccai et al.* vuole dare delle risposte. Il cardiologo del XXI secolo ormai non può più fare a meno di conoscere i rudimenti della statistica: strumenti preziosi per comprendere in modo più approfondito e analizzare in modo critico la messe di articoli, studi, trial, dati in genere che ci vengono riversati quotidianamente, e fra i quali dobbiamo trovare un significato statistico ma soprattutto clinico, che ci fornisca informazioni utili alla cura dei nostri pazienti. •

> POINT BREAK

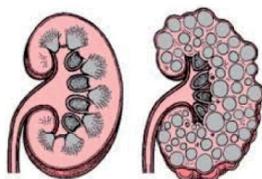


Dubitare o non dubitare: questo è il problema

Sempre parlando di fibrillazione atriale, *Alberto Genovesi Ebert* e *Furio Colivicchi* ci offrono una stimolante analisi e discussione di una delle più frequenti problematiche che ci troviamo ad affrontare quotidianamente: la terapia anticoagulante orale nella fibrillazione atriale parossistica. Una donna di 66 anni senza fattori di rischio per coronaropatia, senza alterazioni morfo-strutturali evidenziabili all'ecocardiogramma, senza altre particolari comorbidità, che si presenta alla nostra osservazione per un episodio di fibrillazione atriale parossistica, teoricamente dovrebbe essere gestita, dal punto di vista della profilassi tromboembolica, come un paziente con fibrillazione atriale persistente o

permanente. Questo ci dicono le linee guida sia europee che americane. Ma quante volte ci siamo trovati a riflettere sul sottile equilibrio fra rischio e beneficio nel trattare questo tipo di pazienti? L'articolo ha il pregio di analizzare per noi le caratteristiche delle popolazioni di studio dei principali trial clinici che hanno portato a queste raccomandazioni. E qui iniziano ad affacciarsi i molti dubbi, conseguenti al fatto che, come spesso succede, l'unicità del singolo paziente lo rende molto diverso dall'anonimo paziente standard del grande trial multicentrico. I dubbi sono quindi più numerosi delle certezze? Dubitare è comunque il primo passo necessario e fondamentale per approcciarsi in modo critico e più consapevole alla nostra professione. •

AL FONDO DEL CUORE



Cuore e rene nella malattia renale policistica

Qual è la causa di circa il 10% delle insufficienze renali terminali che necessitano terapia dialitica? Probabilmente la risposta non sarà immediata, perché nonostante la relativa alta frequenza di questa condizione, la malattia renale policistica autosomica dominante non è sicuramente uno degli argomenti maggiormente presenti sulle nostre riviste. E sapevamo che i pazienti con malattia policistica hanno un aumentato rischio di aneurismi aortici e difetti valvolari cardiaci,

con un rischio 5 volte superiore di morte improvvisa per rottura di aneurismi intracerebrali? Le complicanze cardiovascolari rappresentano quindi la principale causa di morte in questi pazienti, che spesso necessitano di una gestione integrata cardio-nefrologica. Tutto quello che il cardiologo dovrebbe sapere sulla malattia policistica autosomica dominante potete trovarlo in questo efficace contributo di *Adelaide Di Lorenzo et al.*, dalla diagnostica alla terapia, con interessanti cenni al *fondo del cuore*, dall'embriogenesi alla patogenesi e al ruolo della genetica. •

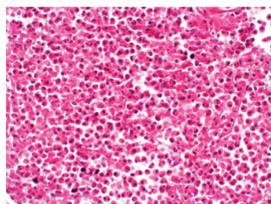
RASSEGNE



La dieta amica del cuore

Non si parla d'altro, dai quotidiani alle trasmissioni televisive, da Facebook alle riviste scientifiche: il ruolo essenziale dell'alimentazione nella nostra salute è ormai argomento di continuo dibattito. Non c'è attività della vita quotidiana che ci coinvolga così da vicino come quella di mangiare, con tutte le implicazioni sociali, economiche e sanitarie che ne derivano. Non passa giorno che non venga proposto un nuovo tipo di dieta, che non venga messo al bando un cibo specifico o una classe di alimenti, che non vengano glorificate le fantomatiche doti di questa o quella sostanza. È molto difficile

talvolta, anche per gli addetti ai lavori, riuscire a districarsi in questo continuo proliferare di input, che anche la migliore letteratura scientifica continuamente ci propone. La rassegna di *Andrea Poli et al.* vuole proprio aiutarci ad orientarci nel complesso mondo delle interazioni fra alimentazione e rischio cardiovascolare, cercando di sfatare miti effimeri e basandosi solo su evidenze forti. Dagli zuccheri alla carne, dal sale all'alcool, vengono analizzati in modo sistematico e con approccio scientifico i tanti studi esistenti. In fondo è difficile negare che in larga parte Feuerbach aveva ragione: siamo quello che mangiamo. •



Eosinofili e cuore: la sindrome di Churg-Strauss

Che le malattie reumatiche e l'apparato cardiovascolare siano strettamente interconnessi è noto a noi tutti. Ma quali siano nello specifico i principali determinanti del coinvolgimento cardiaco nelle singole malattie reumatiche, e come vadano gestite è argomento più complesso, che il *Giornale* sta affrontando sistematicamente con una serie di rassegne affidate ad esperti. Questo

mese è la volta della sindrome di Churg-Strauss, una vasculite sistemica dei piccoli e medi vasi, che tutti abbiamo studiato sui libri, ma che non necessariamente abbiamo incontrato nella nostra pratica clinica. Poiché il coinvolgimento cardiaco è spesso una manifestazione precoce della malattia ed è il principale determinante prognostico, è utile saper gestire al meglio questi pazienti, in cui ogni struttura cardiaca può essere interessata dalla patologia. La frequente

> RASSEGNE

paucisintomaticità e la scarsa specificità della sintomatologia cardiovascolare portano spesso a diagnosi tardiva di coinvolgimento cardiaco. In questo contesto vengono sottolineate le potenzialità della risonanza magnetica, che può consentire la rilevazione di anomalie difficilmente diagnosticabili con esami di routine e il cui ruolo si sta sempre

più delineando nell'ambito delle patologie reumatiche. Una curiosità: perché non dovremmo più chiamarla sindrome di Churg-Strauss ma granulomatosi eosinofila con poliangioite, e soprattutto perché è meglio usare il termine granulomatosi con poliangioite, invece di sindrome di Wegener? •

STUDIO OSSERVAZIONALE

Articolo del mese

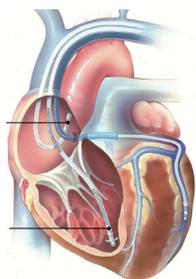


Percorsi di rete nello STEMI

Sappiamo che uno dei punti cruciali nella gestione dei pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è l'integrazione fra territorio e ospedale nel ridurre al massimo il tempo che intercorre fra il contatto del paziente con l'arrivo in sala di emodinamica e la relativa rivascolarizzazione. Negli anni sono state messe in atto numerose strategie per migliorare queste tempistiche, ma molto ancora si può fare. Questo studio osservazionale retrospettivo di *Pier Camillo Pavesi et al.* ha voluto verificare l'efficienza della rete per lo STEMI, selezionando dalla banca dati regionale le schede di dimissione

ospedaliera per STEMI, integrate con i verbali di Pronto Soccorso. Molto interessanti i risultati che ci consentono una visione dei percorsi assistenziali dei pazienti con STEMI che accedono alle UTIC della Regione Emilia-Romagna, con analisi delle diverse caratteristiche dei pazienti in base alla modalità di accesso al Pronto Soccorso (con mezzo proprio o tramite 118), al tipo di Pronto Soccorso (centro Hub o Spoke), e alla modalità di accesso alla sala di emodinamica. Una fotografia complessa ma molto reale, che ci aiuta a meglio comprendere, e potrebbe servire per monitorare ed ottimizzare, la struttura e la dinamicità delle reti per l'infarto. •

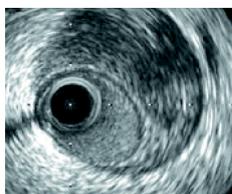
DAL PARTICOLARE AL GENERALE



Resincronizzazione cardiaca: oltre la stimolazione biventricolare

La tecnica di resincronizzazione cardiaca con stimolazione biventricolare è ormai da tempo parte del nostro armamentario per il trattamento dello scompenso cardiaco. Ne conosciamo pregi e difetti, e sappiamo che purtroppo, a fronte di un gruppo di pazienti che rispondono in modo molto positivo, una percentuale significativa di soggetti cade nel gruppo dei non-responder. Il posizionamento e le caratteristiche di stimolazione dell'elettrocattetero per il ventricolo sinistro sono spesso cruciali nel determinare la risposta clinica. Per questo, negli anni, sono state esplorate vie alternative di stimolazione, come quella che ci

propongono *Giosuè Mascioli et al.* Vengono illustrati due casi clinici in cui il posizionamento dell'elettrocattetero per via transvenosa è risultato non praticabile o inefficace per ripetuti spositonamenti, in cui è stato quindi impiantato un catetere endocardico per il ventricolo sinistro per via chirurgica transapicale. Da sottolineare l'utilizzo dell'ecocardiografia tridimensionale che ha consentito di ottenere una chiara mappa del pattern di attivazione del ventricolo sinistro, in modo da identificare la porzione di miocardio col maggior ritardo elettrico. Quali sono vantaggi e limiti di questo tipo di procedura? Quali i pazienti che potrebbero giovarsene? Anche nei non-responder, quindi, non è detta l'ultima parola. •



Quando dimagrire può far male al cuore

Cosa lega una terapia anoressizzante alla sindrome coronarica acuta? Il caso descritto da *Leonardo Misuraca et al.* ci aiuta a rispolverare le nostre conoscenze sulla dissezione coronarica spontanea, causa infrequente ma non rara di infarto miocardico acuto, soprattutto nel sesso femminile. Chi sono i soggetti più a rischio? Quali le comorbidità più

frequentemente associate? Quali le ipotesi patogenetiche più plausibili? La sindrome coronarica acuta ci rivela ancora una volta tutte le sue numerose sfaccettature, e la necessità di non fermarsi all'aspetto delle coronarie per comprendere quello che sta succedendo al nostro paziente. Anche qui, un'anamnesi accurata è stata determinante per inquadrare correttamente la situazione e gestire il caso in modo ottimale. •