

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL **Warfarin ed ancora warfarin**



Lo studio BRIDGE ha cercato di dare una risposta al problema del trattamento anticoagulante da effettuare negli interventi chirurgici elettivi in pazienti con fibrillazione atriale. Lo studio dimostra che la sospensione del warfarin senza bridging con eparina comporta un beneficio clinico netto superiore rispetto alla strategia del bridging. Infatti, l'incidenza di tromboembolie arteriose è risultata sovrapponibile con le due strategie, ma l'incidenza di emorragie maggiori è risultata 2.5 volte più elevata

nei pazienti sottoposti al bridging. Tutti i problemi sono risolti? Come spiegano *Mario Luzi, Alessandro Capucci, Giuseppe Di Pasquale e Silvia Zagnoni*, è necessario fare alcune considerazioni e puntualizzazioni in rapporto al tipo di pazienti arruolati ed a qualche limite tecnico dello studio, ma possiamo ragionevolmente concludere che dopo la pubblicazione dello studio BRIDGE la strategia del bridging nei pazienti con fibrillazione atriale anticoagulati debba essere riservata solo a quelli con rischio tromboembolico particolarmente elevato. •

POINT BREAK



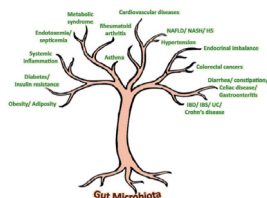
Le Danaïdi
John William Waterhouse
(1849-1917)

Pensieri utili sulla futilità in Cardiologia

Cosa possiamo definire "futile" in Cardiologia? E ha realmente senso utilizzare questo termine per quanto riguarda la Medicina? *Massimo Romandò* affronta questo mese un tema di grande attualità, che spazia dalla fisiologia alla filosofia, dall'economia all'etica, e con il quale ci troviamo a confrontarci quotidianamente. L'argomento, trattato con molta competenza e arricchito da una bibliografia mirata, include alcune interessanti riflessioni sul concetto di futilità sociale, che ci spinge a valutare il nostro operato non solo approcciandoci al singolo paziente, ma anche in una prospettiva globale, di

popolazione. Si parla di appropriatezza, e della differenza fra l'appropriatezza clinica, quella che possiamo studiare sulle linee guida, una sorta di Mondo delle Idee, e l'appropriatezza più in senso lato, quella del mondo reale, che deve includere una valutazione integrata del contesto in cui stiamo operando, da un punto di vista anche organizzativo e temporale. E si parla della sottile linea che separa l'autonomia e la libertà del paziente dalla necessaria autorità del medico: un equilibrio spesso di difficile regolazione, che passa attraverso una comunicazione corretta ed efficace e una condivisione della complessità del processo di cura. •

AL FONDO DEL CUORE



Gli insospettabili legami tra il cuore e l'intestino

Il microbiota intestinale ha un ruolo emergente nella patogenesi di numerose patologie, compresi il diabete di tipo 2, la sindrome metabolica e, come suggeriscono studi recenti, i disordini cardiovascolari. *Viviana Gerardi et al.* analizzano il possibile ruolo del microbiota intestinale nelle

patologie cardiovascolari. Le evidenze riportate in letteratura (ottenute per ora in studi su animale da esperimento) suggeriscono la possibilità di modulare il microbiota al fine di migliorare gli outcome cardiovascolari, dal rimodellamento post-infartuale all'emodinamica dello scompenso cardiaco, tracciando un sentiero per futuri trial interventistici anche sull'essere umano. •

RASSEGNE

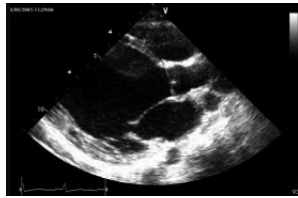


L'importanza di controllare nel tempo l'evoluzione della cardiomiopia dilatativa

Questa rassegna di *Marco Merlo et al.* sulla cardiomiopia dilatativa è di estremo interesse non soltanto perché ci ricorda che cos'è questa malattia e quali sono le ragionevoli certezze che abbiamo in tema di terapia farmacologica e non farmacologica

che ci hanno permesso di modificarne radicalmente il decorso, ma anche perché offre una disamina degli aspetti tuttora controversi e delle prospettive future. Il vero punto di forza della rassegna è che gli autori aprono una finestra su una visione diversa della cardiomiopia dilatativa, una patologia che oggi può essere considerata un processo dinamico più che una malattia statica. Il

>RASSEGNE



rimodellamento ventricolare inverso ottenuto grazie alla terapia è un target importante, spesso associato ad una remissione prolungata, ma non può essere

considerato un sinonimo di "guarigione permanente", confermando la necessità di un follow-up attento e continuativo nel tempo. •

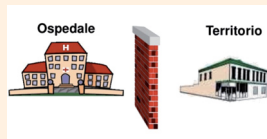
Quando impareremo ad usare bene le metodiche di imaging?

L'ecocardiografia è da sempre la metodica più utilizzata per lo studio dei pazienti con scompenso cardiaco in virtù della sua ampia diffusione, della non invasività e della capacità di fornire valutazioni di tipo diagnostico, funzionale, emodinamico e prognostico. Tuttavia non sempre è eseguita in modo appropriato. Ciò può

portare alla generazione di esami inutili o di scarsa rilevanza clinica, cioè ad un consumo non ottimale delle risorse diagnostiche oggi disponibili. Scopo dell'articolo di *Donato Mele* è descrivere in che modo utilizzare al meglio questa metodica nella valutazione dei pazienti con scompenso cardiaco. L'autore ci indica anche quali potrebbero essere le prospettive future per un migliore utilizzo clinico dell'ecocardiografia. •

STUDI OSSERVAZIONALI

Articolo del mese



Medicina Generale e Medicina Specialistica: una collaborazione si impone

Lo scompenso cardiaco (SC) è una di quelle malattie croniche ad alta e crescente prevalenza, per la quale si impone l'esigenza di strategie operative condivise tra Cardiologia e Medicina Generale. In fase di diagnosi, selezionare precocemente i pazienti che possono beneficiare della consulenza cardiologica e avviarli prontamente alle terapie farmacologiche di documentata efficacia è un obiettivo cruciale per la Medicina Generale. L'utilizzo di biomarcatori di facile accesso e basso costo potrebbe essere di indubbio ausilio. *Gaetano D'Ambrosio et al.* ci riferiscono di una survey che l'Area Cardiovascolare della Società Italiana di Medicina Generale ha condotto tra i suoi aderenti con l'obiettivo di sondare le conoscenze relative ai possibili impieghi del dosaggio dei peptidi natriuretici nelle cure primarie. I medici intervistati dichiarano un utilizzo marginale di questi biomarcatori nella gestione dei pazienti con SC, ma in parte ciò sembra legato alla percezione che anche gli specialisti siano poco propensi ad usare questi dosaggi nella loro pratica. La conclusione è l'auspicio di una maggiore collaborazione tra Medicina Generale e Cardiologia per poter definire meglio il

ruolo dei peptidi natriuretici come possibile strumento nella gestione ospedale-territorio del paziente con SC cronico. Ma è arrivato il momento di promuovere con forza l'utilizzo dei peptidi natriuretici in alcune situazioni cliniche particolari di grande rilevanza per i percorsi del paziente, per la sua gestione e per l'utilizzo di risorse? Questo è quello che si chiede *Andrea Di Lenarda* nel suo commento editoriale al lavoro. L'obiettivo ovviamente, non è gestire i pazienti utilizzando i peptidi natriuretici, ci spiega Di Lenarda. La clinica, l'eziologia, la fisiopatologia dello scompenso nel singolo paziente, così come la prognosi, la valutazione della terapia e dei bisogni sociali ed assistenziali dei nostri pazienti non possono in alcun modo essere riassunti e semplificati in un numero magico. L'obiettivo è cercare di fare un salto di qualità nei percorsi ospedale-territorio, ed un punto di partenza relativamente semplice ed economicamente sostenibile ma al tempo stesso di cruciale importanza potrebbe essere la misurazione, in tutti i pazienti con SC, di un peptide natriuretico prima della dimissione; da usare come base di confronto con i successivi controlli ambulatoriali in modo da migliorare il monitoraggio del paziente con SC effettuato dal medico di medicina generale. •



Il tempo è vita

In un contesto di urgenza come l'infarto miocardico acuto, il tempo di accesso al trattamento ripercussivo ha una importanza critica: l'intervallo di tempo tra il primo contatto medico e la rivascolarizzazione coronarica attualmente raccomandata dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia è di massimo 90-120 min. Tempi superiori possono ridurre, annullare o addirittura peggiorare la prognosi dell'infarto. *Marco Ferlini et al.* ci spiegano le principali modifiche organizzative messe in

atto a partire dal 2009 nella realtà della "rete" della provincia di Pavia per ridurre il tempo "door-to-balloon". I risultati sono stati premianti, perché hanno consentito di raddoppiare la quota di pazienti rivascolarizzati entro i 90 min, con risultati più evidenti per i pazienti soccorsi dal 118 e con accesso diretto al Pronto Soccorso del centro hub. Rimangono delle criticità per i pazienti inviati da alcuni centri spoke in cui il trasporto all'hub può essere talora decisamente rallentato, da affrontare in futuro con interventi mirati. •

**DAL PARTICOLARE
AL GENERALE**

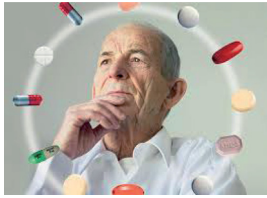


Un anello non consigliabile

Uberto Maccari et al. ci riportano il caso clinico di una donna che presentava dispnea da sforzo, alla quale è stata poi diagnosticata una rara cardiopatia congenita. Gli anelli vascolari sono delle anomalie congenite derivanti da un'anomala regressione o persistenza di

differenti componenti del sistema dell'arco aortico embrionale, accomunate dalla caratteristica di circondare e comprimere la trachea e l'esofago. L'imaging con angio-tomografia o con angio-risonanza permette di porre diagnosi e di ottenere le necessarie informazioni per l'eventuale intervento chirurgico. •

POSITION PAPER



Sindrome coronarica acuta ed età avanzata

Questo documento di posizione della Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE) vuole essere una guida pratica offerta al cardiologo clinico ed interventista sulla gestione della terapia antitrombotica nel paziente anziano con sindrome coronarica acuta (SCA). I pazienti di età >75 anni, che rappresentano quasi un terzo dei pazienti ricoverati per SCA, mostrano un rischio di morte quasi raddoppiato rispetto ai pazienti più giovani. La scelta terapeutica antitrombotica ottimale in questi pazienti è spesso difficile e complessa anche a

causa delle peculiarità tipiche dell'età avanzata (presenza di disfunzioni d'organo, frequenti comorbidità, multiple terapie concomitanti e aumentato rischio sia ischemico che emorragico). *Giuseppe Tarantini et al.* presentano e discutono vari scenari clinici di pazienti con SCA, dando indicazioni terapeutiche mirate sulla terapia antitrombotica, senza tralasciare di porre l'attenzione su casi "limite" rappresentati ad esempio dal grande anziano, nefropatico e con pregressi accidenti cerebrovascolari. Lavoro di sintesi, proposta di terapia "su misura", utile guida terapeutica in casi frequenti ma poco studiati in letteratura. Why not? •