

In questo numero

EDITORIALE



Aspirina: non è ancora tempo di cambiare

Nel trattamento della cardiopatia ischemica, la duplice terapia antiaggregante rappresenta sicuramente un caposaldo nonché uno degli aspetti più interessanti. Infatti, nell'impostare la terapia è necessario affrontare diversi aspetti tra cui la selezione dell'inibitore del recettore P2Y₁₂ e la durata della terapia al fine di ottenere il miglior equilibrio tra rischio ischemico e rischio emorragico. Nel corso degli ultimi anni si

sono susseguiti molti studi al riguardo che hanno proposto strategie terapeutiche differenti tra cui l'omissione dell'aspirina, con l'obiettivo di ridurre il rischio di sanguinamento, pur mantenendo un tasso ridotto di eventi ischemici.

Lo studio GLOBAL LEADERS rappresenta uno degli studi principali sull'argomento; *Leonardo Bolognese* fa una disamina dei risultati e delle relative possibili spiegazioni, concludendo che ancora non è tempo di abbandonare l'utilizzo dell'aspirina. •

QUESTIONI APERTE

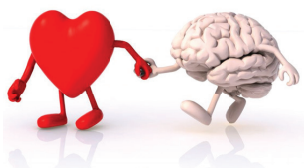


La Rete dello Stroke

L'ictus ischemico è causato dall'occlusione di un grande vaso cerebrale e costituisce la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e la principale causa di invalidità. Fino a pochi anni fa il trattamento di scelta era la terapia trombolitica mediante infusione endovenosa dell'attivatore tissutale ricombinante del plasminogeno (rt-PA), che aumenta le possibilità di un'evoluzione neurologica e funzionale favorevole senza significative disabilità. Nonostante l'efficacia dell'rt-PA, la stretta finestra terapeutica, il rischio di emorragia intracranica e la bassa incidenza di ricanalizzazione soprattutto delle arterie di grosso calibro, ha aperto la strada all'innovazione con i trattamenti endovascolari. La trombectomia meccanica, usata in combinazione con la trombolisi sistemica o come strategia terapeutica primaria, rappresenta ormai il trattamento di scelta dell'ictus ischemico entro 6 h dall'insorgenza, e in alcuni pazienti con determinati requisiti la finestra temporale

può essere estesa fino a 16 h. *Giovanni Falsini et al.* raccontano che in questo nuovo scenario si rendono necessarie delle reti integrate per il trattamento dell'ictus ischemico acuto, secondo i modelli "mother-ship" (trasferimento diretto del paziente in un centro dotato di neurologia interventistica) e "drip-and-ship" (trasferimento del paziente nell'ospedale più vicino autorizzato alla somministrazione della trombolisi sistemica e successivo trasferimento del paziente in un centro di neurologia interventistica qualora sia indicato un trattamento endovascolare). Gli alti costi dell'implementazione delle infrastrutture necessarie e della formazione di personale medico ed infermieristico dedicato potrebbero essere difficili da sostenere. Una soluzione potrebbe essere quella di far confluire nello Stroke Team interventisti provenienti da altre specializzazioni, quali radiologi e cardiologi, ed è stata presa in considerazione anche la possibilità di utilizzare per l'ictus i centri già attivi per il trattamento dell'infarto miocardico acuto. •

CUORE E INTERAZIONI



La classe nobile: il cuore e il cervello

Lo studio delle interazioni cuore-cervello è di vecchia data, ma solo a partire dalla fine degli anni '80 c'è stata una rinascita di interesse, in particolare nel settore della patologia cerebrovascolare ischemica. Nella presente rassegna *Letizia Riva et al.* illustrano un quadro aggiornato della letteratura sulle tre principali interazioni neuro-cardiache: associazione di ischemia cerebrale e coronaropatia, ischemia cerebrale di

origine cardioembolica e conseguenze cardiovascolari del danno cerebrale. In questo ambito assume particolare rilievo la valutazione cardiologica dei pazienti con ictus criptogenico per la ricerca di patologie cardiache silenti potenzialmente responsabili dell'ischemia cerebrale con evidenti implicazioni di tipo terapeutico. La gestione ottimale del paziente con ischemia cerebrale deve pertanto prevedere un approccio multidisciplinare con un ruolo fondamentale della competenza cardiologica. •

RASSEGNA



La rivoluzione del terzo millennio: le terapie ripercussive nell'ictus ischemico

Fino a qualche anno fa la terapia dell'ictus ischemico era limitata al ricovero in Stroke Unit, un reparto con letti e personale dedicato, che rispetto al ricovero in reparti internistici, ne comporta una riduzione di mortalità e disabilità. Ai giorni nostri la maggior parte dei pazienti con ictus ischemico viene ricoverata in Stroke Unit, dopo aver effettuato una terapia ripercussiva: la trombolisi endovenosa e/o la trombectomia meccanica. Entrambe hanno ridotto ulteriormente la mortalità e la disabilità dei pazienti con ictus ischemico. Le finestre terapeutiche temporali,

rispetto all'insorgenza dei sintomi, sono state notevolmente ampliate, grazie alla possibilità di studiare i pazienti in acuto con neuroimaging avanzato, che permette di quantificare il core e la penombra ischemica. *Andrea Zini* illustra la possibilità di trattare l'ictus ischemico anche al risveglio, nei casi in cui non sia databile per insorgenza e in presenza di finestra terapeutica tardiva (fino a 9 h nella trombolisi endovenosa e fino a 24 h nella trombectomia meccanica) se presente "mismatch" favorevole al neuroimaging. Sulla scia di questa rivoluzione terapeutica il futuro prevede l'impiego di nuovi trombolitici e della trombectomia meccanica primaria nelle occlusioni di arterie intracraniche. •

DOCUMENTO DI CONSENSO



Quando un paziente con scompenso cardiaco arriva in Pronto Soccorso...

Tra i documenti disponibili sulla gestione dello scompenso cardiaco mancava finora una guida pratica alla gestione del paziente che arriva in Pronto Soccorso/ Dipartimento d'Emergenza-Accettazione (PS/DEA). *Andrea Mortara et al.* hanno costruito un documento di consenso, frutto della collaborazione di sei Società Scientifiche, in cui vengono analizzati in dettaglio gli scenari clinici con cui il paziente con scompenso cardiaco si può

presentare in PS/DEA con i relativi algoritmi di comportamento, quali pazienti devono essere ospedalizzati e quali potrebbero essere gestiti a domicilio, quali pazienti potrebbero essere dimessi direttamente e, in quelli ospedalizzati, come dovrebbe avvenire la scelta del reparto. Questo documento, che integra il precedente sulla rete cardiologica per l'assistenza ambulatoriale, rappresenta un nuovo importante riferimento organizzativo nella gestione dello scompenso cardiaco nel nostro Paese. •