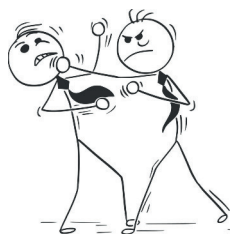


In questo numero

EDITORIALI



Lo studio ISAR-REACT 5

La duplice antiaggregazione è il cardine della terapia nelle sindromi coronariche acute e gli inibitori del recettore P2Y₁₂ più potenti sono certamente più efficaci del clopidogrel. Quest'affermazione è valida per entrambi i farmaci visti i risultati dello studio TRITON-TIMI 38 per il prasugrel e del PLATO per il ticagrelor. Nella pratica quotidiana la scelta tra prasugrel e ticagrelor è in gran parte legata alla strategia terapeutica attuata (ticagrelor se pre-trattiamo i pazienti prima dell'angioplastica, prasugrel, salvo eccezioni legate ai soggetti con infarto

miocardico con sopraslivellamento del tratto ST, se lo somministriamo ad anatomia coronarica nota) dal momento che non sono disponibili studi randomizzati di confronto. Schüpke et al. hanno cercato di colmare questa lacuna con lo studio ISAR-REACT 5 nel quale il prasugrel sembra sbaragliare il campo! Non sono della stessa idea *Marco Ferlini et al.* che nel loro interessante editoriale sottolineano i punti meno convincenti dello studio, i limiti metodologici, le diverse strategie applicate. Insomma, nonostante i contendenti si siano scambiati un sacco di pugni... un chiaro vincitore non l'abbiamo trovato! •



Novità in tema di embolia polmonare: le linee guida ESC 2019

Iolanda Enea et al. illustrano le principali novità della diagnosi e del trattamento dell'embolia polmonare edite lo scorso agosto nelle linee guida della Società Europea di Cardiologia. Sebbene il "gold standard" diagnostico rimanga l'angiotomografia polmonare, viene data molta rilevanza alla valutazione della probabilità clinica a priori di embolia polmonare mediante sistemi a punteggio, quali score di Wells e Geneva. Il D-dimero ad alta sensibilità, se negativo, rimane valido per escluderne la diagnosi. Nell'algoritmo diagnostico acquisisce invece un po' più di spazio la scintigrafia ventilo-perfusoria per casi comunque selezionati. La

stratificazione prognostica permette di suddividere i pazienti a basso rischio, a rischio intermedio e ad alto rischio, ma in merito a questo aspetto rimane non chiarito se i pazienti a rischio intermedio si possano beneficiare di una precoce terapia ripercussiva come i soggetti ad alto rischio. La terapia anticoagulante orale deve essere effettuata per almeno 3 mesi e viene espressa una preferenza per gli anticoagulanti orali diretti anche nei pazienti con embolia polmonare a rischio elevato, sempre secondo giudizio clinico. Una corretta stratificazione prognostica permette inoltre di estendere la durata della terapia anticoagulante oltre i 6 mesi di trattamento. Nelle linee guida viene poi affrontata la categoria di pazienti con cancro e delle pazienti in gravidanza. •

PDTA IN CARDIOLOGIA



Embolia polmonare: proposta di PDTA

Dopo la pubblicazione avvenuta lo scorso agosto delle linee guida sull'embolia polmonare da parte della Società Europea di Cardiologia, ci si interroga sulla loro applicabilità nel mondo reale, date le note limitazioni di risorse infrastrutturali, diagnostiche, terapeutiche e specialistiche. L'embolia polmonare, dopo l'infarto miocardico e l'ictus, rimane la terza

causa di morte cardiovascolare nei paesi industrializzati. Pertanto *Loris Roncon et al.* forniscono dei possibili modelli diagnostico-terapeutici per lo sviluppo di percorsi assistenziali locali, comprensivi della gestione del follow-up. Suggestiscono inoltre che un ulteriore contributo al miglioramento gestionale della patologia potrà derivare dalla creazione di un network regionale e nazionale. •

QUESTIONI APERTE



L'aspetto aritmico della miocardite

Dietro un'aritmia ventricolare può nascondersi una miocardite. L'aritmia infatti è una delle modalità di presentazione della miocardite, cui spesso però, di fronte a una tachicardia ventricolare, non si pensa. I meccanismi alla base dell'aritmogenesi in

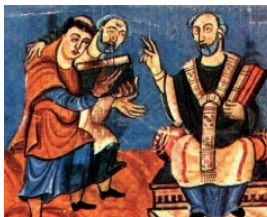
questa condizione patologica sono diversi e comprendono fenomeni infiammatori e fenomeni riparativi. Purtroppo gli esami di primo livello non aiutano a smascherare una miocardite in atto o pregressa e anche per questo viene spesso non diagnosticata. Tra le diverse modalità di presentazione della

> QUESTIONI APERTE

miocardite, l'aritmia maligna è sicuramente una di quelle con maggiore impatto clinico, dall'instabilità emodinamica alla morte improvvisa. In questa rassegna *Giovanni Peretto et al.* illustrano lo stato dell'arte

sulla miocardite ad esordio aritmico e suggeriscono dei percorsi diagnostico-terapeutici derivanti dall'esperienza di un centro di riferimento internazionale per la gestione delle aritmie ventricolari. •

RASSEGNA



La rinascita carolingia delle cardiomiopatie

La recente entrata in commercio di nuove terapie farmacologiche per il trattamento delle cardiomiopatie e la scoperta che alcune di esse ritenute rarissime (amiloidosi e malattia di Anderson-Fabry) abbiano in realtà una prevalenza più elevata di quanto non si pensasse, ha risvegliato un grande interesse culturale in un campo fino a qualche tempo fa ritenuto di

nicchia. *Samuela Carigi et al.* propongono un approccio pratico molto utile per il cardiologo clinico che, partendo dal fenotipo e utilizzando il metodo clinico delle "red flag", ovvero la ricerca di indizi specifici per arrivare ad un preciso "nome e cognome della malattia" (laminopatia, desminopatia per citare alcuni esempi), aiuta il cardiologo clinico a districarsi in un mondo complesso che comprende malattie spesso a coinvolgimento multiorgano o sindromi rare. •

STUDI OSSERVAZIONALI



La natura tende sempre ad agire nel modo più semplice... la chirurgia dovrebbe!

Jacques Bernoulli sosteneva che la "natura tende sempre ad agire nel modo più semplice". Ebbene la chirurgia altro non è che cercare di riparare ciò che la natura aveva già creato e quindi dovrebbe essere semplice, ma efficace. E se in cardiocirurgia c'è una procedura che risponde a queste due prerogative, quella è la "edge-to-edge" per la riparazione dell'insufficienza mitralica, conosciuta anche come tecnica di Alfieri dal chirurgo che per primo la mise a punto nel 1991. Questa tecnica consiste nel trasformare una valvola beante in una valvola continente, utilizzando uno o più punti che vadano a suturare la rima ("edge") del lembo anteriore con la corrispondente del lembo posteriore, sia a livello centrale (più spesso) sia a livello delle commissure. È la metafora chirurgica di due mani che si aggrappano l'una all'altra per risolvere un problema. Per la sua semplicità è assolutamente riproducibile da tutti i chirurghi e si adatta

a trattare diverse tipologie di insufficienza mitralica, quella dovuta ad un prollasso dei due lembi come nella malattia di Barlow, o nei prollassi commissurali, o nel prollasso del lembo anteriore finanche nel caso dell'insufficienza mitralica funzionale come quella di natura ischemica o quella dovuta a cardiomiopatia. In molti casi la tecnica "edge-to-edge" è un ottimo metodo per risolvere una complicanza post-riparazione della mitrale come il movimento del lembo anteriore in sistole che crea un ostacolo nel tratto di efflusso del ventricolo sinistro. La sua semplicità è stata poi alla base dell'odierno trattamento percutaneo con MitraClip che riproduce proprio la tecnica di Alfieri. *Antonino Rubino et al.* hanno applicato questa tecnica in 180 casi, riportando un follow-up a 15 anni che mostra come la tecnica "edge-to-edge" sia efficace tanto da assicurare a 15 anni una sopravvivenza prossima al 90% con un fallimento della riparazione a distanza molto basso. Ovviamente va sottolineato che in tutti i casi gli autori hanno ritenuto di effettuare oltre alla "edge-to-edge" anche un'anuloplastica. •



Sfida in punta di fioretto

Oggi il trattamento chirurgico della stenosi aortica sta diventando sempre più un "campo di battaglia" tra sostenitori e delatori dell'impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI). In questa diatriba, negli ultimi anni, è entrato di diritto, a supportare i cardiocirurghi la chirurgia mini-invasiva, dove per approccio "meno invasivo" non si intende solo un'incisione più piccola, con tutti i risvolti sia estetici che funzionali, ma una serie di accorgimenti tecnici e tecnologici che portano la chirurgia della valvola aortica ad avere un minor impatto sul paziente

che si sottopone ad un intervento di sostituzione valvolare aortica. In quest'ottica, il lavoro di *Paolo Berretta et al.* porta all'attenzione dei nostri lettori proprio un insieme di accorgimenti come l'uso di un mini-accesso chirurgico, l'impianto di bioprotesi sutureless e l'impiego di sistemi di circolazione extracorporea mini-invasivi e di una strategia anestesologica di ultra fast track che vanno a realizzare il sogno chirurgico di nuova generazione, ovvero quello di essere di minor impatto possibile sul paziente. In 3 anni, ad Ancona, questa strategia di sostituzione della valvola aortica con tecnica mini-invasiva (MI-

> STUDI OSSERVAZIONALI

AVR) ha coinvolto 520 pazienti con una mortalità a 30 giorni molto bassa (0.4%) ed un tasso di ictus dello 0.6%. Ovviamente questa metodica ha un bassissimo impatto perioperatorio con

ripercussioni anche nel primo anno post-chirurgico. Bisognerà aspettare un follow-up più lungo ed un eventuale studio comparativo tra MI-AVR e TAVI, insomma una sfida in punta di fioretto. •

CASO CLINICO



Miocardite: una delle grandi simulatrici

Lorenzo Spighi et al. presentano un caso molto particolare di peri-miocardite acuta in un giovane paziente in corso di infezione delle vie urinarie da *Escherichia coli* in assenza di segni di sepsi. Il caso

è molto particolare in quanto vi sono caratteristiche di "unicità" rappresentate da infezione da *E. coli*, assenza di sepsi, associazione con pericardite. Il percorso diagnostico è molto completo ed accurato e spazia dalla clinica, al laboratorio, all'ECG, all'imaging integrato. •

DOCUMENTO DI CONSENSO



Gastrolesività e gastroprotezione: è tutto oro quel che luccica?

In questo documento di consenso intersocietario ANMCO/AIGO, *Maurizio Abrignani et al.* focalizzano i rischi ed i benefici della gastroprotezione in vari scenari clinici: dalla singola terapia antiaggregante alla terapia anticoagulante, alla loro associazione passando per la doppia antiaggregazione, sottolineando che "tutto a tutti" non è una buona pratica clinica. Attraverso un'analisi critica dei fattori predisponenti al

sanguinamento gastrointestinale, del rischio di sanguinamento dei diversi antiaggreganti ed anticoagulanti sia nei trial clinici che nel mondo reale, delle interazioni farmacologiche, dell'eventuale ricerca di una infezione da *Helicobacter pylori* e dopo un commento delle linee guida, gli autori giungono a conclusioni su quando e come utilizzare i gastroprotettori nei pazienti in terapia antiaggregante ed anticoagulante che hanno un importante impatto clinico nell'appropriatezza prescrittiva. •