

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

EARLY ACS e TIMACS



Salvador Dalí
La persistencia del tiempo

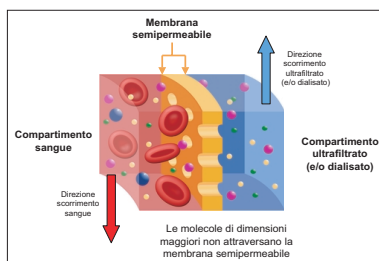
In questo numero del Giornale trova spazio l'approfondimento su due grandi trial disegnati per far luce su alcuni aspetti ancora controversi nel trattamento invasivo delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE): l'EARLY ACS (Early Glycoprotein IIb/IIIa Inhibition in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome) e il TIMACS (Timing of Intervention in Acute Coronary Syndromes). Due studi che hanno a che fare strettamente con il fattore tempo.

Nell'EARLY ACS è stato effettuato un confronto tra somministrazione di eptifibatide routinaria *upstream* e somministrazione *downstream* decisa dall'operatore sulla scorta dei risultati dell'angiografia (*provisional*). Il risultato, sostanzialmente negativo per il trattamento *upstream*, si presta facilmente ad un attacco finale nei confronti degli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa, accusati di scarsa efficacia in presenza delle più moderne terapie antitrombotiche, a fronte di un incremento delle complicanze emorragiche. La "singolar tenzone" tra *Michele Galli* e *Gianluca Campo* è oggetto di un commento editoriale di *Cesare Greco*, che interpreta con la consueta saggezza il ruolo di giudice d'appello.

Lo studio TIMACS ha invece indagato la tempistica ottimale per l'esecuzione della coronarografia nei pazienti avviati a strategia invasiva: precoce verso differita. Il confronto elegante tra *Giuseppe Steffeno* e *Marco Zimarino* offre interessanti spunti di riflessione, riassunti nell'editoriale di *Francesco Saia* anche alla luce delle più recenti evidenze provenienti dallo studio ABOARD (Angioplasty to Blunt the Rise of Troponin in Acute Coronary Syndromes Randomized for an Immediate or Delayed Intervention).

NUOVE COMPETENZE IN UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

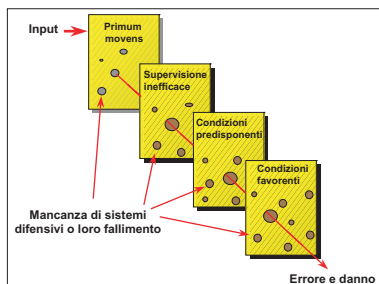
Ultrafiltrazione ed emofiltrazione nel paziente cardiologico



Secondo capitolo della serie dedicata alle nuove competenze del medico di terapia intensiva cardiologica, focalizzato sulle metodiche di terapia sostitutiva della funzione renale (*renal replacement therapy*, RRT). L'interesse per l'argomento nasce dalla constatazione che ultrafiltrazione ed emofiltrazione sono di impiego sempre più frequente in ambito cardiologico, con estensione delle indicazioni rispetto a quelle nefrologiche classiche. *Enrico Fiaccadori et al.* ci descrivono elementi tecnici e fisiopatologici poco noti alla maggior parte dei cardiologi e riassumono razionale ed evidenze attuali in particolare sull'impiego della RRT per il trattamento dell'insufficienza cardiaca e per la prevenzione della nefropatia da mezzo di contrasto. Un utile manuale di "decriptografia" della RRT.

RASSEGNE

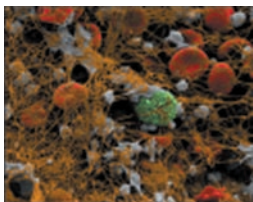
L'errore in cardiologia



Nel 2000 un articolo pubblicato su JAMA (Starfield B. JAMA 2000;284:483-5) rivelava alla comunità medica che l'errore medico rappresenta la terza causa di morte negli Stati Uniti. Negli ultimi anni questo argomento ha guadagnato spazi sempre maggiori, anche a causa della crescita esponenziale delle azioni legali contro gli operatori sanitari. È opinione diffusa che i medici non debbano fare errori e l'errore medico è spesso considerato una colpa individuale da biasimare. In realtà, l'errore può essere certamente commesso dal singolo ma è altrettanto spesso il risultato finale di una serie di fattori concatenati che producono un fallimento del sistema di assistenza. *Roberto Tarquini et al.* propongono delle riflessioni sull'ontogenesi dell'errore in cardiologia, sottolineando il fatto che "la frequen-

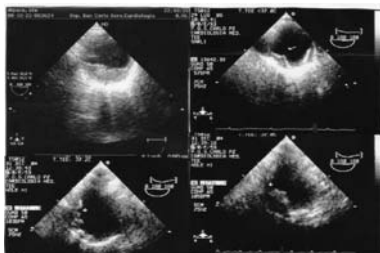
za e soprattutto le conseguenze dell'errore in cardiologia rendono indispensabile che il cardiologo, sia come singolo professionista che come parte di un team, se ne occupi considerandolo come un determinante della qualità delle cure". Dalla tassonomia dell'errore si passa quindi alla descrizione di alcuni strumenti di prevenzione o correzione, quali l'audit clinico, l'*incident reporting* o l'analisi FMEA (*failure mode and effect analysis*). "Ogni grande errore ha un momento a metà strada, una frazione di secondo in cui si può annullare e forse rimediare" (Pearl Sydenstricker Buck, 1892-1973, premio Nobel per la letteratura). Con questo monito in testa, gli autori ci offrono una lettura piacevole, interessante ed educativa.

Entità dell'inibizione dell'aggregazione piastrinica ed eventi clinici: nuove evidenze ottenute con prasugrel



La doppia terapia antiaggregante è un trattamento cardine nei pazienti con sindrome coronarica acuta ed in quelli sottoposti a procedura di rivascularizzazione coronarica mediante angioplastica percutanea. In questa rassegna, *Rosanna Abbate* ed un insigne gruppo di colleghi ripercorrono le tappe del successo del clopidogrel sulla ticlopidina, come farmaco da associare all'aspirina, ma ne evidenziano anche i limiti, inquadrando nel più ampio capitolo della resistenza agli agenti antiaggreganti. Gli autori spiegano inoltre che il concetto di "resistenza" sarebbe da superare a favore di quello fisiopatologicamente più corretto di reattività piastrinica residua, ne illustrano i meccanismi e le conseguenze cliniche. Da qui, il rationale per i benefici del prasugrel, che garantisce una più intensa e più precoce inibizione dell'aggregazione piastrinica rispetto al clopidogrel. La storia del trattamento antischemico ci insegna però che ogni nuovo farmaco antitrombotico ha ridotto l'incidenza di eventi ischemici aumentando in parallelo quella di eventi emorragici; il prasugrel non si discosta da questa regola generale. Tuttavia, lo studio TRITON-TIMI 38 ne ha dimostrato chiaramente i benefici clinici rispetto al clopidogrel nelle condizioni previste dallo studio, in particolare nella popolazione priva di alcune caratteristiche cliniche associate ad un maggiore rischio emorragico.

STUDI OSSERVAZIONALI



Se in un soggetto asintomatico si documenta un'ateromasia dell'aorta ...

In questo articolo, *Italo De Tommaso et al.* si sono proposti di determinare la correlazione tra due riconosciuti indicatori preclinici di rischio cardiovascolare: lo spessore medio-intimale carotideo misurato con l'ultrasonografia bidimensionale ad alta risoluzione e la presenza di ateromasia aortica, valutata mediante ecocardiografia transesofagea. Un'ulteriore dimostrazione della polidistrettualità della malattia aterosclerotica anche nei pazienti asintomatici, che invita ad uno *screening* più completo nei pazienti con fattori di rischio per malattie cardiovascolari.

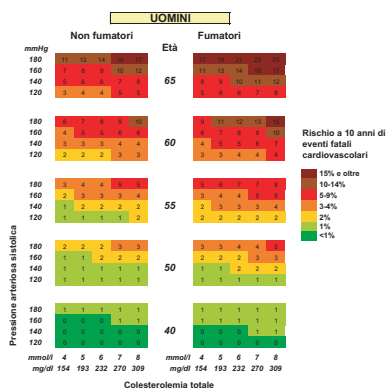
L'ipertensione arteriosa in età pediatrica: un'altra opportunità di prevenzione primaria?



L'ipertensione arteriosa in età pediatrica è considerata un potenziale precursore dell'ipertensione essenziale nell'adulto e, come tale, è oggetto di numerose indagini cliniche. Attraverso questa rilevazione regionale *Andrea Raffaele Marras et al.* riportano la nostra attenzione su un problema erroneamente sottovalutato, al pari di altri fattori di rischio cardiovascolare che potrebbero originare da comportamenti alimentari squilibrati in età infantile, come il diabete e le dislipidemie. L'articolo contiene anche un richiamo alla necessità di stabilire con maggior chiarezza i criteri diagnostici di ipertensione arteriosa in età pediatrica, quando più forte appare l'influenza dell'ipertono adrenergico da ansia o stress. Infine, attualmente non è possibile anticipare quali soggetti con un'impronta ipertensiva svilupperanno un'ipertensione essenziale conclamata. Quindi, gli adolescenti ipertesi o *borderline* rappresentano da una parte un'interessante popolazione da studiare, dall'altra una potenziale opportunità di prevenzione primaria su larga scala.

Le carte del rischio cardiovascolare: quando CUORE fa rima con SCORE

La valutazione del rischio cardiovascolare globale è considerata come preliminare a qualunque intervento di carattere preventivo. In Italia, il Progetto CUORE, attraverso una serie di studi longitudinali, ha avuto il merito di stilare delle carte per la valutazione del rischio di incorrere in un evento cardio-



vascolare maggiore, sia fatale che non fatale, il cui impiego è raccomandato dal Ministero della Salute. Analogamente, a livello europeo il Progetto SCORE ha costruito delle funzioni di rischio per la stima della probabilità di incorrere in un evento cardiovascolare fatale, distinte per paesi a basso ed alto rischio sulla base dei diversi tassi di mortalità cardiovascolare. Con questo studio *Chiara Donfrancesco et al.* hanno inteso costruire carte del rischio per la predizione di eventi fatali cardiovascolari utilizzando le coorti del Progetto CUORE con gli stessi fattori di rischio delle carte SCORE, e confrontare poi il risultato con le corrispondenti carte del rischio per paesi europei a basso rischio costruite nell'ambito del Progetto SCORE. Lo studio dimostra che le carte SCORE riflettono la mortalità cardiovascolare italiana e corrispondentemente le coorti italiane del Progetto CUORE rappresentano bene le popolazioni europee a basso rischio cardiovascolare. Endiadi perfetta.

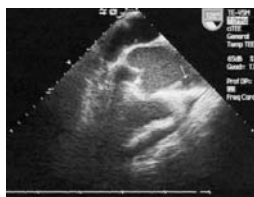
Osservatorio del Rischio Cardiovascolare: primi risultati



Il piano nazionale di prevenzione include la valutazione del rischio cardiovascolare sulla base del punteggio individuale del Progetto CUORE. In quest'ottica il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha lanciato un piano di formazione per i medici di medicina generale (MMG) sull'uso di questo strumento. Per monitorare la diffusione della valutazione del rischio cardiovascolare globale nella pratica clinica, l'Istituto Superiore di Sanità ha inoltre istituito l'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare (ORC), che rappresenta una piattaforma di analisi centrale dei dati ed uno strumento utile per i MMG per confrontare il rischio cardiovascolare degli assistiti con le medie regionali e nazionali. Questo studio fornisce qualche informazione sui corsi di formazione e presenta alcune elaborazioni preliminari dei dati raccolti attraverso l'ORC. *Luigi Palmieri et al.* dimostrano che la valutazione del rischio cardiovascolare può e deve essere adottata come un primo passo nella prevenzione primaria ed auspicano un impiego sistematico del punteggio individuale del Progetto CUORE da parte dei MMG.

CASI CLINICI

Un atterraggio difficile



Un caso clinico descritto da *Francesca Fozzato et al.* che ricorda la pericolosità e la presentazione spesso insidiosa delle sindromi aortiche acute. In questo paziente, pilota d'aereo per hobby, presentazione clinica ed esame obiettivo erano sospetti per una patologia gastroaddominale. Il tracciato elettrocardiografico e gli indici di miocitolisi erano normali. Si trattava in realtà di un ematoma intramurale aortico con fissurazione nello spazio pericardico. Una patologia non a caso annoverata tra le "grandi simulatrici" in medicina cardiovascolare.

Un trombo ... embolo!



L'angioplastica primaria è la terapia di scelta per l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, con risultati eccellenti se eseguita con le tempistiche corrette, in centri ad alto volume procedurale e da operatori esperti, ma non scevra da complicanze. In questo caso clinico, *Massimo Di Marco et al.* presentano una complicanza poco usuale, non prevenuta dal corretto impiego di un catetere da tromboaspirazione.