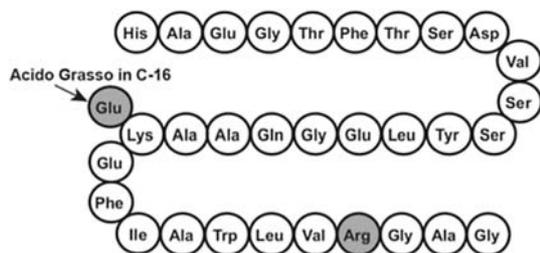


nei pazienti con scompenso cardiaco acuto solo nel caso di bassa pressione sistolica o basso indice cardiaco ed in presenza di segni di ipoperfusione o congestione. Inoltre le linee guida sottolineano che, sebbene gli agenti inotropi possano acutamente migliorare i parametri emodinamici e lo stato clinico dei pazienti con scompenso cardiaco acuto, essi possono anche innescare e accelerare alcuni meccanismi fisiopatologici che portano ad un ulteriore peggioramento del danno miocardico, aumentando potenzialmente la mortalità a breve e lungo termine.

In una pratica ed esaustiva rassegna *Giuseppe Ambrosio et al.* elencano i meccanismi d'azione e riportano i risultati degli studi clinici sui nuovi e tradizionali agenti inotropi impiegati nello scompenso cardiaco acuto, suggerendo approcci terapeutici e strategie di trattamento, con particolare attenzione ai nuovi calcio-sensibilizzanti come il levosimendan.

Tattamento farmacologico del diabete di tipo 2



Il *glucagon-like peptide-1* (GLP-1) è un ormone della classe delle incretine che stimola la secrezione di insulina e sopprime quella di glucagone, riducendo il senso d'appetito. Gli approcci terapeutici per incrementare l'azione delle incretine includono i farmaci agonisti del recettore GLP-1 (incretino-mimetici) e l'inibizione dell'attività della dipeptidil peptidase-4 (DPP-4) (incretino-stimolanti). Gli inibitori orali della DPP-4, come la sitagliptina e la vildagliptina, riducono l'emoglobina glicata (HbA1c) dello 0.5-1.0%, con pochi eventi avversi associati. Studi clinici condotti con incretino-mimetici come l'exenatide e la liraglutide hanno documentato una significativa riduzione della glicemia post-prandiale e dell'HbA1c (1-2%), con un'associa-

ta riduzione del peso corporeo (2-5 kg). Nel programma di sei sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate denominato Liraglutide Effect and Action in Diabetes (LEAD), la liraglutide, che ha recentemente ottenuto dalla European Medicines Agency (EMA) parere favorevole all'immissione in commercio per il trattamento del diabete di tipo 2, è risultata in grado di ridurre l'HbA1c in maniera superiore o, in alcuni casi, comparabile rispetto ad altri farmaci ipoglicemizzanti.

La rassegna di *Gianpaolo Reboldi*, oltre a riassumere i principali risultati del programma di studi LEAD, valuta su base comparativa gli effetti dei farmaci ipoglicemizzanti tradizionali rispetto a liraglutide sul profilo e sui fattori di rischio cardiovascolare che condizionano sfavorevolmente la morbilità e mortalità del paziente con diabete mellito di tipo 2.

LINEE GUIDA

Le nuove linee guida ESC sull'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST



In questo numero del *Giornale* viene dedicato ampio spazio alla traduzione delle nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia per il trattamento dell'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento persistente del tratto ST (STEMI). Rispetto alle precedenti linee guida del 2003, le attuali linee guida sottolineano l'importanza della fase preospedaliera nel *management* dello STEMI e conseguentemente del ruolo di un sistema d'emergenza basato su una rete interospedaliera di strutture a differente capacità tecnologica, collegate tramite un efficiente servizio di trasporto. In aggiunta le linee guida, sulla base delle recenti evidenze scientifiche, delineano chiaramente i criteri clinici e logistici per la selezione della scelta di trattamento ripercussivo (angioplastica primaria o fibrinolisi sistemica), specificano la tempistica dell'angiografia nei pazienti sottoposti a fibrinolisi efficace negli ospedali non dotati di laboratorio di emodinamica o nei pazienti non ripercussivi precocemente, ed aggiornano le strategie terapeutiche antitrombotiche ed antiaggreganti.

In un commento editoriale *Stefano De Servi* e *Maurizio D'Urbano* ci aiutano ad identificare le novità e ad analizzare i principali aspetti che caratterizzano queste nuove linee guida sullo STEMI.