

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

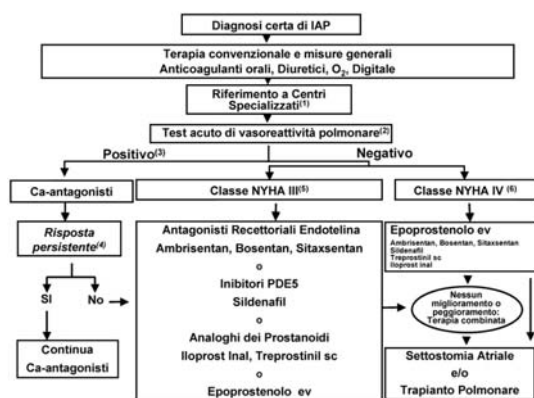
Sul ruolo del tirofiban nell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST: la curiosità e l'inventiva italiana



Per molti cardiologi interventisti e clinici l'impiego degli inibitori del recettore glicoproteico IIb/IIIa nei pazienti con STEMI trattati mediante angioplastica primaria rappresenta una terapia di *default*. L'agente più utilizzato e con maggior letteratura alle spalle è senz'altro l'abciximab. In tempi recenti è stato ipotizzato un ruolo favorevole anche per le cosiddette "piccole molecole" come il tirofiban. Il Processo si occupa di due studi, il MULTISTRATEGY ed il FATA, innovativi in tal senso perché per la prima volta valutano in modo randomizzato questo agente nello STEMI e lo fanno con dosaggi non ancora approvati. Ma l'interesse dei due studi non si esaurisce qui. Essi apparentemente giungono a conclusioni contrastanti (ma è proprio così?) e pongono una serie di quesiti che vanno al di là degli obiettivi delle ricerche. Qual è l'applicabilità in clinica dei risultati? È corretto l'uso di endpoint surrogati? È statisticamente sostenibile un disegno di non inferiorità? Per dare una migliore risposta a questi quesiti e maggiore interesse al Processo abbiamo sparigliato parzialmente le carte cosicché gli autori di uno studio diventano i pubblici ministeri dell'altro. Ma non basta, abbiamo richiesto un giudizio in Cassazione ad un esperto non coinvolto. *Gian Battista Danzi* e *Piera Angelica Merlini* sono gli avvocati difensori; *Antonio Marzocchi* e *Marco Valgimigli* i pubblici ministeri; *Stefano Savonitto* il giudice di Cassazione. Speriamo che il risultato sia divertente ed istruttivo. In ogni caso emerge con chiarezza un messaggio: i due studi sono entrambi italiani, hanno visto l'entusiastica collaborazione di molti centri, sono spontanei, *no profit*, esprimono con forza la creatività e la vivacità culturale della nostra comunità cardiologica.

RASSEGNE

Figli di un circolo minore: la saga continua



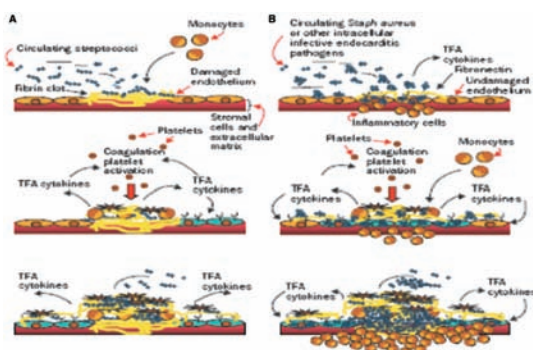
Nazzareno Galiè ed il suo gruppo completano, in questa seconda parte, il loro viaggio nelle acque insidiose e poco conosciute dell'ipertensione polmonare descrivendo le acquisizioni più recenti del trattamento medico e chirurgico. Gli esperti che sappiano coniugare esperienza clinica ed attività di ricerca di eccellenza in questo campo sono rari ed è quindi un privilegio per tutti noi poter leggere queste pagine frutto della loro decennale attività clinica e scientifica.

Il trattamento dell'ipertensione polmonare si è evoluto considerevolmente negli ultimi anni grazie alla maggiore comprensione della fisiopatologia di questa affezione ed alla disponibilità di agenti in grado di rivolgersi ai principali bersagli biologici. Gli obiettivi del trattamento di questa rara affezione sono in realtà molteplici e tutti rilevanti in considerazione dell'entità della compromissione del quadro clinico che essa genera. Così, obiettivi considerati minori in altri campi della medicina cardiovascolare, come la qualità di vita e la capacità funzionale, diventano di primaria rilevanza nell'ipertensione polmonare.

Da qui, in un crescendo non sempre realizzabile nella pratica clinica, si persegue la riduzione della pressione arteriosa polmonare e la normalizzazione della gittata cardiaca, la regressione o almeno la mancata progressione della malattia, ed infine il miglioramento della sopravvivenza. L'armamentario farmacologico oggi disponibile è senz'altro più ricco rispetto al passato e la disponibilità di agenti in grado di attaccare bersagli biopatologici diversi fra loro consente oggi di ipotizzare una terapia di combinazione mirata ad aumentare l'efficacia, minimizzando gli effetti collaterali, come accade per il trattamento farmacologico della disfunzione sistolica ventricolare sinistra. Nonostante i progressi della terapia farmacologica, essa spesso non è sufficiente ad impedi-

re la progressione della malattia. In questi pazienti le opzioni invasive e chirurgiche dovrebbero essere considerate, in rapporto alle caratteristiche del paziente ed alla fisiopatologia della sindrome, includendo la settostomia atriale, il trapianto di polmone o combinato cuore-polmone. Il messaggio finale è particolarmente importante per tutti i cardiologi clinici. È necessario che dovunque possa essere realizzata una diagnostica di I livello ed un inquadramento generale del paziente che richiede spesso un approccio multidisciplinare. Trattandosi però di una malattia rara e complessa le successive fasi dovrebbero essere affidate a centri specializzati dove le diverse competenze sono in grado di integrarsi utilemente.

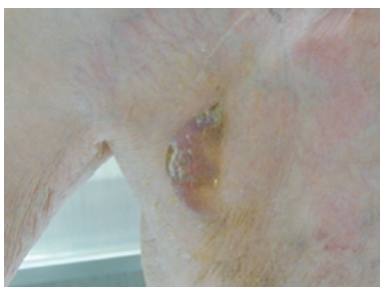
La profilassi dell'endocardite infettiva è essenziale o solo un'abitudine dura a morire?



In tempi recenti il quesito se e quando somministrare antibiotici per la prevenzione dell'endocardite infettiva (EI) è stato oggetto di intenso dibattito. Se solo ci soffermiamo sulla profilassi dell'EI in soggetti che devono sottoporsi a procedure odontoiatriche possiamo comprendere il livello di intensità del dibattito. Per oltre 50 anni in gran parte dei paesi occidentali la profilassi era considerata una prassi di routine nei pazienti a rischio di EI prima di procedure chirurgiche, ma all'inizio del decennio alcuni ricercatori si sono resi conto che il profilo clinico e microbiologico dell'EI era profondamente cambiato mettendo in discussione la tradizionale pratica di profilassi. Alcune società scientifiche iniziarono un processo di revisione delle proprie raccomandazioni a riguardo. Progressivamente si sono sviluppate almeno tre diverse scuole di pensiero, espressione di raccomandazioni di diverse società scientifiche e nazioni. La prima asserisce

che non vi è alcuna evidenza che la profilassi antibiotica sia in grado di conferire alcuna protezione nei confronti dell'EI e di conseguenza il suo impiego è inutile. La seconda, più tradizionalista, insiste nel ritenere indicata la profilassi praticamente in tutti i soggetti più o meno a rischio. Nel mezzo vi sono coloro che la raccomandano almeno nei pazienti ad alto rischio. Analogamente le raccomandazioni delle società scientifiche si sono diversificate nel tempo. Si passa dalle raccomandazioni più "tradizionaliste" della Società Francese di Cardiologia e della British Society of Antimicrobial Chemotherapy (BSAC), a quelle più rivoluzionarie e recenti dell'American Heart Association che sanciscono l'inutilità della profilassi antibiotica nella maggior parte dei soggetti a rischio, fino a quelle del NICE, vero e proprio guardiano solitario, che inibiscono la profilassi in tutti i soggetti, indipendentemente dal livello di rischio, che vanno incontro a procedure odontoiatriche o a carico dell'apparato respiratorio. Congiuntamente anche le raccomandazioni sulla profilassi dell'EI nel caso di tutte le procedure diagnostiche invasive e chirurgiche sono state riviste. È quindi quanto mai tempestiva ed appropriata la rassegna di *Giovanni La Canna* che ripercorre con completezza le diverse fasi dell'evoluzione delle raccomandazioni, identifica con chiarezza il nuovo paradigma della prevenzione dell'EI e fornisce informazioni utili per la pratica quotidiana. Ulteriori elementi di approfondimento e di supporto alla scelta del regime terapeutico più appropriato vengono forniti dal position paper sulla profilassi dell'EI ad opera della *Federazione Italiana di Cardiologia* e della *Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali*.

Pacemaker, AICD, terapia di resincronizzazione: le complicanze aumentano più velocemente del numero degli impianti?



Attualmente oltre 4 milioni di pazienti nel mondo risultano portatori di un sistema di stimolazione o di un defibrillatore impiantabile. Il numero di impianti aumenta progressivamente con l'invecchiamento della popolazione generale e la formulazione di nuove indicazioni. Sebbene l'aumento degli impianti corrisponda ad evidenti benefici clinici, l'impiego di dispositivi impiantabili è gravato da complicazioni anche gravi. L'esperienza degli operatori e lo sviluppo tecnologico consentono di realizzare le procedure con sicurezza ed efficacia in gran parte dei pazienti. Ma ciò non è sufficiente, giacché complicanze acute e croniche continuano ad osservarsi. *Maria Grazia Bongiorno* non solo è un'esperta riconosciuta nell'elettrofisiologia ed elettrostimolazione, ma si è anche dedicata negli ultimi anni con competenza ed efficacia al trattamento delle complicanze dei dispositivi impiantabili creando un centro di riferimento e di eccellenza a livello nazionale. La sua esperienza

è di conforto non solo per i cardiologi interventisti ma anche per i clinici che potranno trarre utili informazioni dalla sua completa ed esauriente rassegna sull'argomento. Le sue conclusioni rappresentano uno sprone per il lettore a "pensare e fare", a conoscere e riconoscere i potenziali eventi avversi, ad identificare i pazienti a rischio e pianificare un trattamento precoce ed appropriato.

INFORMALMENTE ... riflessioni, racconti, esperienze

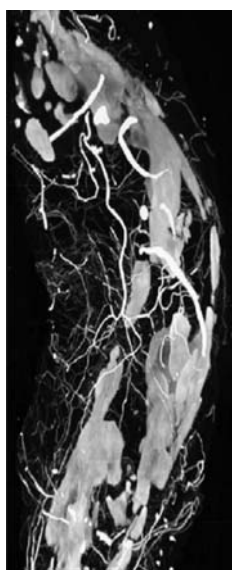
Un virus nel computer ...



La rubrica questa volta si occupa di un problema solo apparentemente semantico e che invece caratterizza in modo sostanziale la capacità e la correttezza della comunicazione fra cardiologi. Le nostre lettere di dimissione spesso contengono diagnosi improbabili o inesistenti dal punto di vista nosografico. Questo è frutto talvolta della difficoltà di inquadramento clinico del paziente, talaltra di vecchie abitudini dure da abbandonare. In passato imperavano diagnosi come cardiopatia regressiva, sclero-degenerativa, ischemia subepicardica ed altro ancora. *Giuseppe Oreto* e *Gianfranco Sinagra* si soffermano su una diagnosi più recentemente abusata: cardiopatia dilatativa. Ne discutono la genesi e ne adombrano le implicazioni assistenziali, ma soprattutto rendono conto di un principio fondamentale di ogni tentativo tassonomico e nosografico: consentire una corretta comunicazione fra operatori senza rischi di equivoci.

CONTROVERSIE IN MEDICINA CARDIOVASCOLARE

La ricanalizzazione delle occlusioni coronariche: l'ultima frontiera per il cardiologo interventista o un'inutile dimostrazione di destrezza?



La ricanalizzazione delle occlusioni coronariche rimane una sfida per il cardiologo interventista pur rendendo conto del 10-20% delle procedure dei centri ad alto volume. Negli ultimi anni lo sviluppo tecnologico dei materiali e dispositivi disponibili per questo tipo di procedura nonché l'implementazione di nuove tecniche di ricanalizzazione ha prodotto un aumento del successo procedurale in mani esperte. Tuttavia la generalizzazione di questa procedura non dipende soltanto dall'esperienza tecnica degli operatori, ma anche e soprattutto dall'appropriatezza delle indicazioni. Purtroppo i dati disponibili non sono sufficienti per fornire sicure raccomandazioni a tale riguardo. Gli studi di strategia sono molto difficili da realizzare in popolazioni ideali di pazienti non selezionati. Gli studi randomizzati tendono ad arruolare pazienti clinicamente poco idonei all'intervento (scarsa vitalità, paucisintomatici, coinvolgimento di piccoli vasi, ecc.) mentre i candidati ideali, per un difetto di selezione, vengono indirizzati al trattamento invasivo al di fuori degli studi. In assenza di dati certi, nella pratica clinica prevale il giudizio clinico e l'equilibrio, ma le indicazioni spesso dipendono da numerose variabili non sempre riconducibili ad un approccio scientifico. In questo agone si affrontano due campioni, *Antonio Colombo* e *Mario Marzilli*, difendendo con eleganza, equilibrio e pervicacia due opposti punti di vista e fornendo da ultimo importanti elementi di riflessione per tutti noi, confusi lettori.