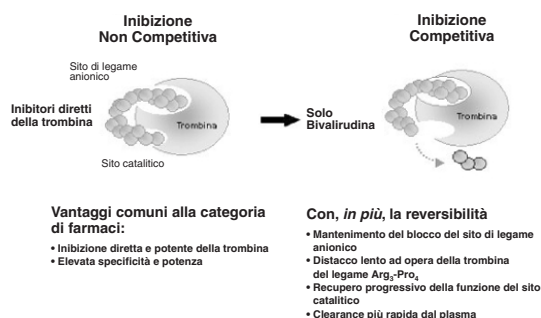


In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

I risultati ad un anno dello studio ACUITY



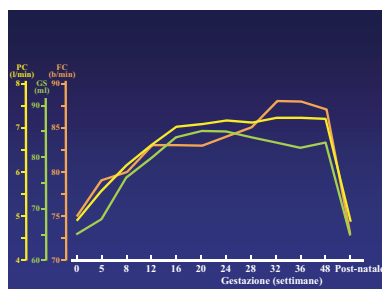
Lo studio Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy (ACUITY) ha dimostrato che in pazienti con sindrome coronarica acuta con un profilo di rischio moderato-elevato indirizzati ad una strategia invasiva precoce una monoterapia con bivalirudina si associa ad un'incidenza di eventi ischemici avversi sovrapponibile a quella riscontrata con l'associazione di eparina ed inibitori del recettore glicoproteico (GP) IIb/IIIa, ma con una riduzione dell'incidenza degli eventi emorragici. Lo studio ACUITY ha arruolato 13 819 pazienti in 450 centri in 17 paesi. I pazienti venivano randomizzati a ricevere eparina e inibitori della GP (n = 4603), bivalirudina (n = 4604) e inibitori della GP o solo bivalirudina (n = 4612). L'endpoint primario in

termini di eventi era rappresentato dall'incidenza composita di morte, infarto miocardico ed interventi di rivascularizzazione per ischemia ad 1 anno. Al termine del follow-up, il 15.4% dei pazienti assegnati al trattamento con eparina e inibitori della GP hanno presentato almeno uno degli endpoint ischemici contro il 16% dei pazienti assegnati al trattamento con bivalirudina e inibitori della GP (p = 0.35) e il 16.2% dei pazienti che hanno ricevuto la sola bivalirudina. L'incidenza di mortalità nei tre gruppi è stata, rispettivamente, del 3.9%, 3.9% e 3.8%.

Si calcola che vi siano attualmente almeno 47 diverse combinazioni di trattamento antitrombotico ed antiaggregante a disposizione del cardiologo, e questo numero continua ad aumentare in modo così rapido da lasciarlo spesso stordito e confuso nelle sue scelte. Lo studio ACUITY, quindi, aggiunge un'altra freccia nella faretra del cardiologo impegnato nella gestione del paziente con sindrome coronarica acuta? In realtà si tratta di uno dei grandi studi randomizzati più complessi e difficili da interpretare ed ha rappresentato fonte di acceso dibattito nella comunità cardiologica internazionale fin dalla presentazione dei suoi dati preliminari. Gli echi di questo processo sono ancora ben evidenti negli interventi degli esperti sulle pagine delle principali riviste cardiologiche e nei congressi internazionali. Non poteva quindi mancare un'analisi italiana dello studio. La parte dell'accusa è affidata a *Marco Valgimigli*, quella della difesa a *Marcello Galvani*. Entrambi con perizia e spirito critico consentono due diverse ed interessanti prospettive di analisi con il risultato finale di fornire al lettore utili chiavi interpretative per una valutazione personale.

RASSEGNE

Malattie cardiovascolari e gravidanza



Il rischio di una gravidanza in una donna con cardiopatia dipende dalla specifica condizione oscillando da un rischio di morte materna del 50% in caso di ipertensione polmonare ad un rischio sovrapponibile alla popolazione generale per cardiopatie minori come la stenosi polmonare moderata. In generale non esistono specifici servizi di consulenza per la crescente popolazione di donne con cardiopatie congenite o acquisite che vogliano intraprendere una gravidanza, e pochi cardiologi hanno competenze e conoscenze pratiche dell'interazione fra cardiopatie complesse, contracccezione e gravidanza. Un approccio multidisciplinare può essere cruciale per gestire questa popolazione durante la gravidanza, il parto e il *post-partum*. Inoltre, è di particolare importanza la conoscenza approfondita dell'armamentario terapeutico

disponibile per il trattamento delle specifiche cardiopatie durante la gravidanza bilanciando il rischio per il feto con il beneficio per la madre.

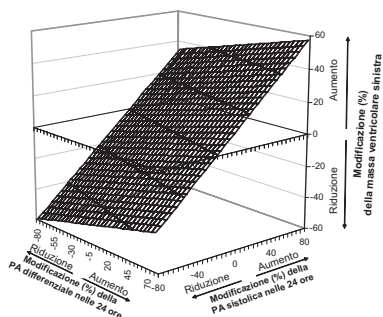
Giovanni Melandri fornisce una splendida revisione su questo argomento orfano per la cardiologia, frutto insieme di grande cultura, sensibilità ed esperienza personale, che risulterà certamente utile al cardiologo clinico nella propria pratica quotidiana.

Obesità in età pediatrica ed ipertensione



Negli ultimi anni è stata definitivamente dimostrata la correlazione fra specifici fattori di rischio nell'adulto ed un processo accelerato di aterosclerosi. Dati anatomico-patologici hanno altresì dimostrato che l'aterosclerosi comincia nell'infanzia e che l'entità delle lesioni aterosclerotiche nel bambino e nel giovane adulto sono correlate alla presenza degli stessi fattori di rischio identificati nell'adulto. Fra questi l'obesità in età pediatrica rappresenta un fenomeno ormai epidemico non solo nei paesi industrializzati ma anche in quelli in via di sviluppo e si associa ad un aumento dei fattori di rischio cardiovascolare ed in particolare di ipertensione, alterata funzione vascolare, dislipidemia, sindrome metabolica e attivazione dei meccanismi di flogosi e stress ossidativo. *Di Salvo et al.* in questo numero analizzano con completezza i principali meccanismi che correlano l'obesità in età pediatrica con anomalie della funzione cardiovascolare ed in particolare con il precoce sviluppo di ipertensione arteriosa.

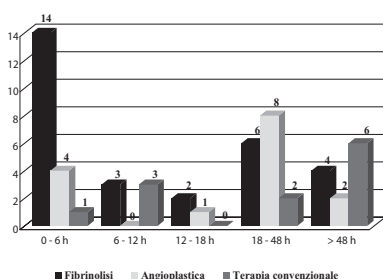
Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa



La misurazione casuale della pressione arteriosa con sfigmomanometro ha tradizionalmente rappresentato la principale modalità di diagnosi e trattamento dell'ipertensione arteriosa. Tuttavia, questo metodo, che conserva un enorme valore in una prospettiva di popolazione, ha importanti limitazioni fornendo spesso una scarsa valutazione del rischio nel singolo paziente. Il monitoraggio non invasivo ambulatoriale della pressione arteriosa consente di superare questi limiti, dimostrandosi utile non solo nel rilevare il pattern di distribuzione della pressione arteriosa al fine di un ottimale trattamento, ma anche nel predire la morbilità e mortalità cardiovascolare e il danno d'organo. Ciononostante, il suo impiego in clinica rimane limitato. *Angeli et al.* analizzano con rigore i vantaggi in termini prognostici dell'utilizzo del monitoraggio ambulatoriale rispetto alla misurazione clinica casuale fornendo concetti pratici per la corretta interpretazione del profilo pressorio nelle 24 h.

STUDIO OSSERVAZIONALE

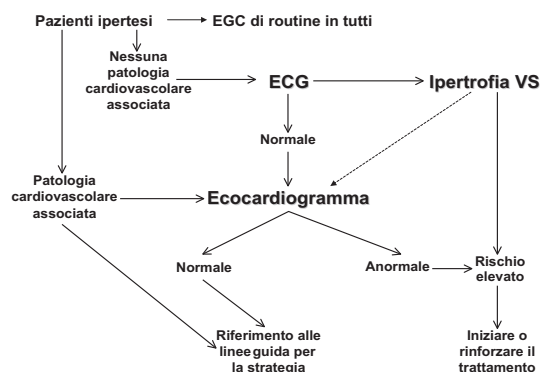
Rottura di cuore e terapia riperfusa



La rottura di cuore rappresenta una delle principali cause di morte nei pazienti con infarto miocardico acuto. In era riperfusa sia la scelta che il tempo della rivascolarizzazione giocano un ruolo importante nel determinismo di questa complicanza fatale. Nei primi studi randomizzati sulla terapia trombolitica rispetto al placebo emerse subito con preoccupazione un eccesso di mortalità precoce nei pazienti trombolisati non spiegabile con un aumento dell'incidenza di ictus o emorragie maggiori e che fu attribuito alla rottura cardiaca. Più recentemente, studi che hanno confrontato la trombolisi con l'angioplastica primaria hanno chiaramente dimostrato una riduzione dell'incidenza di rottura cardiaca nei pazienti trattati con riperfusione meccanica. Molti meccanismi sono stati proposti per spiegare questa diversa incidenza. Studi sull'animale hanno dimostrato che la fibrinolisi comporta edema interstiziale e miocitario, necrosi a bande di contrazione ed emorragia intramiocardica, fenomeni non osservati in eguale entità in caso di riperfusione meccanica. Studi autopsici nell'uomo hanno confermato i dati sperimentali sul modello animale, dimostrando la trasformazione emorragica dell'infarto nei pazienti trombolisati associata a grave danno microvascolare e stravasamento di eritrociti nel miocardio riperfuso. Di particolare interesse è l'osservazione che questi fenomeni risultavano assenti quando il vaso coronarico non veniva ricanalizzato dalla trombolisi o quando la riperfusione era ottenuta meccanicamente mediante angioplastica. Lo studio di *Fornaro et al.* si pone in questa interessante linea di ricerca dimostrando che la rottura di cuore rimane una causa prevalente di morte anche nei pazienti trattati con angioplastica primaria, ma con una chiara differenza nell'incidenza a favore di questa rispetto alla trombolisi (1.8 vs 3.2%) in linea con le evidenze già presenti nella letteratura internazionale.

LINEE GUIDA

Iipertensione arteriosa e patologia cardiaca



La definizione e l'entità della compromissione anatomo-funzionale in presenza di ipertensione arteriosa rivestono una rilevante importanza clinica. L'evoluzione tecnologica e la crescente evidenza scientifica sulle implicazioni prognostiche del danno d'organo, in particolare di quello cardiaco, nella malattia ipertensiva hanno stimolato la Società Italiana dell'Iipertensione Arteriosa, la Società Italiana di Cardiologia e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri a rivedere ed aggiornare le linee guida sull'ipertensione arteriosa e patologia cardiaca pubblicate nel 1999. Queste linee guida sono perfettamente in linea con quanto contenuto nelle linee guida della European Society of Hypertension e della European Society of Cardiology recentemente pubblicate, ma hanno il pregio di focalizzare l'attenzione sull'utilità ed i limiti delle tecniche

diagnostiche e sulla prevenzione, diagnosi e terapia di alcuni importanti quadri clinici, come la disfunzione ventricolare sinistra, lo scompenso e la cardiopatia ischemica, fornendo specifiche indicazioni di grande ausilio nella gestione del paziente iperteso nella pratica clinica.