

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL



Una ranolazina al giorno toglie l'emodinamista di turno?

Definire se rivascolarizzare o meno e quando rivascolarizzare il paziente multivasale rimane un interrogativo non ancora completamente risolto. *Marco Ferlini, Marco Borghesi e Giuseppe Musumeci* propongono un'analisi dei dati dello studio multicentrico, randomizzato RIVER-PCI che si focalizza su pazienti con angina cronica e rivascolarizzazione

percutanea incompleta, valutando come endpoint primario il tempo libero da ischemia richiedente nuova rivascolarizzazione od ospedalizzazione senza rivascolarizzazione in pazienti randomizzati a ranolazina 1000 mg bid per via orale vs placebo. I risultati non sembrano favorire l'impiego del farmaco per il miglioramento della prognosi dei pazienti con rivascolarizzazione incompleta, ma sembrano suggerire un aumento degli eventi avversi nel gruppo sperimentale. •



C'è uno stent per tutti...

Nell'eterna lotta rischi e benefici della rivascolarizzazione coronarica, spesso l'emodinamista nella scelta dei materiali deve fare i conti anche con pazienti ad elevato rischio di sanguinamento. A tal proposito, molte sono le scelte possibili: preferire l'angioplastica con stent metallico piuttosto che con stent medicato, preferire stent medicati di ultima generazione che permettono una durata della duplice antiaggregazione (DAPT) per un tempo inferiore all'anno, eseguire un'angioplastica con solo pallone

medicato o no, non rivascolarizzare e proseguire con sola terapia medica ottimizzata. *Giacomo Giovanni Boccuzzi* commenta lo studio LEADERS FREE, studio randomizzato in doppio cieco che invece confronta l'utilizzo di uno stent senza polimero che rilascia umirolimus con uno stent metallico molto simile in pazienti ad elevato rischio emorragico sottoposti ad angioplastica. Tutti i pazienti hanno ricevuto la DAPT per un solo mese. All'analisi degli endpoint di sicurezza ed efficacia lo stent senza polimero e con umirolimus si è dimostrato superiore rispetto allo stent metallico. •

QUESTIONI APERTE



Non solo terapia medica mirata

Con l'incremento del benessere e l'allungamento dell'aspettativa di vita, il numero di pazienti anziani affetti da malattie croniche cardiologiche in fase terminale che necessitano di cure in terapia intensiva e che successivamente moriranno in un ambiente ospedaliero è drammaticamente crescente. Tutto questo ha portato ad un incremento della richiesta di medici intensivisti e cardiologi con competenze relative alle cure palliative anche nel trattamento di pazienti non affetti da malattie neoplastiche. *Massimo Romanò et al.* presentano una rassegna delle principali tematiche relate alle

cure palliative, partendo dai fondamenti della medicina palliativa nel contesto cardiologico, esponendo anche l'importante problema dell'ammissione e gestione di pazienti cronici e anziani ma "end-stage" in ambienti (es. UTIC) che nascono per la gestione del paziente giovane acuto e con aspettativa di guarigione, passando per il processo di condivisione delle decisioni mediche, fino a toccare le delicate tematiche della comunicazione con il paziente e la famiglia, soprattutto nel momento della sospensione delle cure, con il successivo controllo dei sintomi e il doveroso supporto psicologico alla famiglia e al malato. •

RASSEGNE



Lo shock cardiogeno, l'ultima frontiera per il cardiologo dell'UTIC

Nelle tre rassegne di *Marco Marini et al.*, *Ilaria Battistoni et al.* e *Serafina Valente et al.* le Aree Emergenza-Urgenza, Scompenso Cardiaco e Giovani dell'ANMCO affrontano l'ultima "frontiera" per il cardiologo dell'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), lo shock cardiogeno. Questa sindrome, al contrario di altre patologie cardiache acute, è ancora ben lontana dall'essere stata vinta. Nonostante tanto sia cambiato nell'armamentario terapeutico dei cardiologi, basti pensare alla riperfusione meccanica e alla rivascularizzazione, o nelle stesse UTIC, dove ora abbiamo un ricco armamentario di ventilatori, contropulsatori, emofiltri, ecc., così modesti sono stati i benefici per questi pazienti. Questa sindrome continua a farci ancora tanta paura; non a torto visto che più del 40% dei pazienti in shock muore durante il ricovero. Forse è stato sbagliato l'approccio utilizzato fino ad oggi. Puntare sui singoli trattamenti (farmacologici, meccanici) come hanno fatto la totalità dei pochi studi randomizzati effettuati nello shock cardiogeno non ha cambiato sostanzialmente la situazione. È emblematica l'assenza a tutt'oggi di linee guida specifiche dall'una e dall'altra parte dell'Oceano. Abbiamo quindi ancora bisogno di chiarezza. Fortunatamente queste tre rassegne ce ne portano un po'. Dapprima *Marini et al.* ripercorrendo i concetti fondamentali di fisiopatologia, diagnosi e monitoraggio dello shock cardiogeno in modo essenziale ed efficace. Ripartire dalla base è più che mai utile in un momento in cui le UTIC stesse e i cardiologi che vi lavorano hanno un po' perso la loro identità. Infatti, se

da una parte l'angioplastica primaria ha reso il trattamento dell'infarto nei centri Hub poco più di un "pit-stop" in una gestione ultra-rapida di questa patologia, un tempo micidiale, dall'altra ha impoverito le competenze "critiche" dei centri periferici ora spesso chiamati ad un lavoro di triage per le patologie tempo-dipendenti o di assistenza a casi con profili di rischio agli esatti opposti. Bene fanno gli autori a ricordare che già il processo di diagnosi, triage e monitoraggio dello shock cardiogeno richiede conoscenze e competenze così peculiari che possono ricostruire l'identità cardiologica intensiva in qualsiasi struttura egli si trovi. *Battistoni et al.* invece spaziano in modo accurato tra trattamenti farmacologici e meccanici. Le flow-chart presentate possono diventare uno strumento pratico perché grazie a pochi e semplici parametri, molti dei quali non invasivi, ci aiutano a districarci tra le diverse opzioni terapeutiche del paziente in shock. Non ultimo *Valente et al.* ci ricordano che l'organizzazione è vincente. La rete sulla quale i cardiologi hanno costruito i successi colti nell'infarto, nelle cardiopatie complesse, nello scompenso, è lo strumento adatto per catturare lo shock cardiogeno, senza farcelo sfuggire prima che sia troppo tardi, seguirlo e trattarlo al meglio, portando questi pazienti complessi dove riceveranno la gestione più efficace. In conclusione forse il segreto, come vogliono provare ad insegnarci gli autori, è aggredire lo shock cardiogeno a tutto tondo, dalla prima diagnosi, al triage, ai trattamenti farmacologici e meccanici più complessi, all'organizzazione di una vera e propria rete per superare l'ultima frontiera e sconfiggere questa sindrome devastante •

STUDIO OSSERVAZIONALE



Non c'è mai nessun limite alla TAVI...

L'invecchiamento della popolazione è foriero di un notevole aumento del numero di pazienti affetti da valvulopatia aortica e concomitante vasculopatia periferica. Tutto ciò potrebbe notevolmente limitare la panoramica delle possibili opzioni terapeutiche del paziente anziano ad alto rischio chirurgico, limitando anche l'approccio periferico mini-invasivo per l'impianto transcateretere di valvola aortica. A tal proposito *Giuseppe Rescigno et al.* mostrano i risultati a breve e medio termine dell'impianto della valvola aortica transapicale Symetis Acurate TA. La popolazione in esame aveva un rischio operatorio alto espresso da uno EuroSCORE medio di 21.9. La peculiarità dello studio sta nel descrivere

il primo approccio a questa procedura di un team senza esperienze preliminari, con una risultante sopravvivenza media dell'80%. La protesi Symetis Acurate TA ha il vantaggio di avere un impianto relativamente semplice, essendo una protesi auto-espandibile che permette un rilascio molto controllato e progressivo. L'approccio transfemorale rimane da considerarsi più sicuro nel paziente anziano, ad alto rischio e con comorbilità, ma i dati forniti da questo studio osservazionale confermano la fattibilità di un approccio transapicale in pazienti selezionati affetti da severa vasculopatia periferica, con una sicurezza della procedura facilmente migliorabile con l'aumento dell'expertise dei team interventistici. •

CASI CLINICI



Two is meglio che one...

Non di sole problematiche di accesso si può parlare nel paziente candidato ad impianto transcateretere di valvola aortica. Infatti *Silvia Mauri et al.* riportano il caso di un paziente con degenerazione di una bioprotesi stentless Freedom Solo che è stata risolta con impianto con tecnica valve-in-valve di una protesi Sapien 3 (Edwards Lifesciences Inc., Irvine, CA, USA). Nel caso viene descritta la

pianificazione dell'intervento mediante tecniche di imaging (angio-tomografia ed ecocardiografia) mirata soprattutto alla valutazione della messa in sicurezza degli osti coronarici. Nonostante ciò, non sono mancati imprevisti e al termine della procedura si è dovuto procedere con l'impianto di uno stent all'ostio della coronaria destra a causa della comparsa di "slow-flow" sul vaso per dislocazione dei lembi degenerati. •



Non di soli accessi transfemorali vive l'emodinamista...

L'emodinamista non dice mai di no, e se il paziente è anziano, fragile, con stenosi aortica severa, vasculopatia periferica di grado severo e rischio chirurgico proibitivo, rimane solo una soluzione in termini di procedure mini-invasive per la sostituzione valvolare aortica: l'approccio trans-succlavio. *Alessandro Iadanza et al.* riportano il caso di un impianto succlavio

destro di valvola aortica balloon-expandable Edwards Sapien 3. L'innovativa scelta di un dispositivo balloon-expandable è stata veicolata dalla concomitante presenza di un aneurisma dell'aorta ascendente. La procedura, descritta con dovizia di particolari, ha necessitato di esposizione chirurgica della succlavia e successivo approccio multistep per il corretto posizionamento della valvola, esitando nel successo procedurale. •