

In questo numero

EDITORIALI



Novità dallo studio RESHAPE-HF2

Le attuali indicazioni al trattamento percutaneo dell'insufficienza mitralica (IM) con tecnica "edge-to-edge" provengono dai risultati di due trial randomizzati controllati, pubblicati nel 2018, il COAPT ed il MITRA-FR, che come noto hanno mostrato risultati contrastanti condizionando le raccomandazioni delle linee guida ESC 2021 per la gestione delle valvulopatie e dello scompenso cardiaco che hanno assegnato alla procedura una raccomandazione di classe IIa con livello di evidenza B, o di classe IIb con livello di

evidenza C per i pazienti ad alto rischio chirurgico. L'editoriale di *Elisa Pezzola et al.* ci aggiorna con chiarezza sui risultati del recente studio RESHAPE-HF2, che ha dimostrato un beneficio prognostico della MitraClip in pazienti con IM secondaria in terapia medica ottimizzata, anche con un grado di IM non severa, purché sintomatici e con recente storia di ricovero per scompenso cardiaco senza coinvolgimento delle sezioni cardiache destre, analizzando le implicazioni cliniche di tali risultati, supportandoci nella selezione più appropriata dei pazienti che potranno giovare della procedura. •

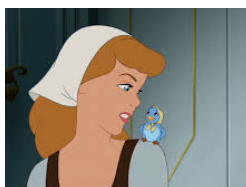


L'importanza del metodo in medicina

Gaetano Satullo ci offre uno stimolante editoriale dedicato alla memoria di Giuseppe Oreto, Maestro dell'elettrocardiografia e dell'aritmologia di superficie. Vengono presentati tre casi intriganti descritti da Oreto di pseudo-blocco atrioventricolare causato da battiti prematuri giunzionali occulti. Il riconoscimento del fenomeno elettrofisiologico attraverso il semplice ECG di superficie ha evitato l'impianto di un

pacemaker non necessario. Al di là della singolarità degli ECG descritti, il messaggio è quello della valorizzazione del metodo razionale e della ricerca del particolare, analogamente a quanto avviene nel metodo investigativo poliziesco. Un messaggio importante e un invito alla riscoperta dell'elettrocardiografia, metodica di basso costo e ovunque disponibile, ancora attuale nell'era delle grandi tecnologie diagnostiche. •

PUNTO DI VISTA



Il test diagnostico dimenticato

Il test ECG da sforzo nella diagnostica della malattia coronarica è stato relegato a ruolo di Cenerentola dalle linee guida ESC che ne ridimensionano le indicazioni, privilegiando l'esecuzione della tomografia computerizzata coronarica che tuttavia non è ancora ovunque di facile accesso. In questo articolo *Pier Luigi Temporelli et al.* esprimono un punto di vista controcorrente a favore del ruolo che ancora oggi il test ECG da sforzo può rivestire nella diagnostica della cardiopatia ischemica. Una valutazione poliparametrica del test,

non limitata al sottoslivellamento del tratto ST, ma che prenda in considerazione anche la capacità funzionale, la risposta cronotropa e pressoria durante sforzo, le aritmie, i sintomi e lo studio della fase del recupero, migliora significativamente il contenuto diagnostico e prognostico del test. Gli autori ritengono che il test ECG da sforzo non debba andare in soffitta e che, prima di ricorrere a tecniche più sofisticate e costose, il cardiologo e in particolare le nuove generazioni imparino ad estrarre la massima quantità possibile di informazioni da questa metodica semplice, poco costosa e ovunque disponibile. •

PDTA IN CARDIOLOGIA



Monitoraggio remoto in pazienti con scompenso cardiaco

Vari studi hanno dimostrato l'utilità clinica del monitoraggio remoto in pazienti con scompenso cardiaco. Tuttavia, non esistono ancora indicazioni gestionali chiare e ben definite che consentano un'applicazione standardizzata del monitoraggio remoto di questi pazienti nella pratica clinica quotidiana. *Cosimo Carriere et al.* riportano un protocollo operativo in uso presso la Cardiologia di Trieste. Il protocollo è

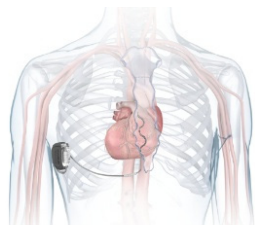
operativo dal 2019 in tutti i pazienti con scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta portatori di defibrillatore impiantabile o di terapia di resincronizzazione cardiaca con defibrillatore. In sintesi, l'infermiere o il tecnico dell'ambulatorio pacemaker ricevono alcune informazioni dai pazienti attraverso piattaforme digitali dedicate e, qualora venga superata una soglia critica di "allerta" basata su sintomi e segni suggestivi di deterioramento in atto, mettono in atto le opportune procedure

> PDTA IN CARDIOLOGIA

mirate alla prevenzione del progressivo peggioramento del quadro clinico. Tali procedure possono arrivare fino ad invitare il paziente a contattare il 112 o ad accedere al Pronto Soccorso più vicino.

È chiaro che l'efficacia di questo e di altri protocolli andrà ulteriormente studiata e validata, anche avvalendosi di tecniche di intelligenza artificiale attualmente in corso di sviluppo. •

RASSEGNE



Iniziali esperienze sul defibrillatore impiantabile extravascolare

La complessità dei nostri pazienti è in evidente aumento, con la frequente necessità di rivalutare nel singolo caso sempre più il rischio-beneficio di una procedura raccomandata, alla luce del rischio basale di possibili complicanze. Un esempio paradigmatico è l'impianto di un defibrillatore (ICD), specie in prevenzione primaria in pazienti con multiple comorbidità. La possibilità di impiantare un ICD extravascolare è una nuova alternativa all'impianto di ICD

per via transvenosa o sottocutanea. La rassegna di *Raffaele Falco et al.*, del gruppo dell'Elettrofisiologia del Centro De Gasperis dell'Ospedale Niguarda di Milano, centro ad alto volume di impianti, è molto interessante ed utile in quanto oltre a descrivere la metodologia di impianto e le indicazioni, descrive dettagliatamente la loro esperienza operativa ottenuta su una casistica iniziale di 10 pazienti, con risultati in linea con quanto riportato in letteratura, puntualizzando l'ottima fattibilità di questa nuova tecnica quando effettuata da operatori esperti in centri qualificati. •



Ahi, i raggi! Fanno più male alle donne?

Ma fanno male questi raggi, soprattutto alle donne? L'uso di procedure radiologiche in Cardiologia cresce di giorno in giorno e sempre più spesso gli operatori sono donne. La radiosensibilità delle gonadi e del prodotto del concepimento, fanno sì che il rischio correlato alla radioesposizione

possa avere un effetto maggiore per le operatrici donne piuttosto che per gli uomini. In questa rassegna, *Chiara Bernelli et al.* discutono le evidenze disponibili inerenti l'effetto delle radiazioni ionizzanti sulla fertilità e sulla gravidanza e le diverse strategie di radioprotezione. Probabilmente con le dovute attenzioni i raggi non fanno più male alle donne che agli uomini. •

CASO CLINICO



Gravidanza ad alto rischio e circolazione di Fontan

L'intervento di Fontan prevede la connessione dei ritorni venosi cavali direttamente alle arterie polmonari, senza un ventricolo sottopolmonare, e rappresenta un possibile trattamento palliativo per i pazienti con cardiopatie congenite non suscettibili di correzione biventricolare. Anche se le tecniche chirurgiche più recenti come la connessione cavo-polmonare totale con condotto intra- o extracardiaco hanno significativamente migliorato la prognosi, la circolazione di Fontan rimane gravata da numerose complicanze intra- ed extracardiache nel follow-up a lungo termine. Oggi, grazie al miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita, un numero crescente

di pazienti raggiunge l'età fertile ed anche se nelle donne con Fontan "ottimale" la gravidanza è associata ad una bassa mortalità, il rischio di complicanze materne e fetali rimane significativo. In letteratura i dati relativi a un possibile effetto sfavorevole della gravidanza nel follow-up a lungo termine delle pazienti con cardiopatie congenite complesse sono scarsi. *Chiara Servoli et al.* descrivono un raro caso di una gravidanza gemellare, portata a termine in assenza di complicanze da parte di una giovane donna con circolazione di Fontan e ventricolo unico morfologicamente destro, sottolineando il ruolo fondamentale del team multidisciplinare all'interno di un Centro Gravidanze a rischio di terzo livello sia per il counseling preconcezionale che per la gestione della gravidanza. •

POSITION PAPER



È così facile cambiare una C?

Le unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) hanno subito una profonda trasformazione correlata all'evoluzione del trattamento delle sindromi coronariche acute ed al cambiamento di altri elementi di carattere più generale ed universale,

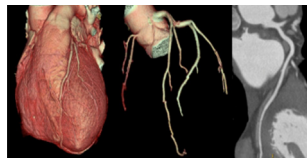
primi tra tutti la transizione epidemiologica e l'evoluzione delle tecnologie, ma anche la crescente complessità della casistica e l'estensione delle competenze clinico-scientifiche del cardiologo. Questo ha determinato sulla carta una modifica semplice, ma profonda, nel suo significato

> POSITION PAPER

e nell'applicazione pratica: la C di UTIC sta per Cardiologica e non più per la riduttiva Coronarica. La traduzione pratica di questa modifica necessaria, da un lato, per l'epidemiologia e dall'altro per quanto ne attiene da un punto di vista culturale, è ancora lontana dall'essere completata nonostante i decreti ministeriali sottoscritti in questi ultimi anni. Con questo documento a cura di *Serafina Valente et*

al. l'ANMCO propone una riorganizzazione funzionale delle UTIC che prevede, oltre ai livelli di complessità funzionale, la necessità di collegamenti e sinergismi che si devono basare sulla costituzione di una rete. Il documento è giocoforza redatto in modo che qualsiasi regione del nostro Paese possa trovare spunti organizzativi e di miglioramento indipendentemente dallo status di partenza attuale. •

DOCUMENTO DI CONSENSO



L'utilizzo della TC coronarica nei pazienti con cardiopatia ischemica cronica

In questo numero del Giornale, *Pasquale Guarini et al.* (in rappresentanza delle società scientifiche ANMCO, GISE e SICOA) pubblicano un documento di consenso molto attuale e pragmatico. Il tema è l'utilizzo della tomografia computerizzata (TC) coronarica nella gestione quotidiana dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica. Chiunque lavori in ambulatorio o in ospedale sa che la realtà italiana è una giungla dove i suggerimenti delle linee guida sono spesso disattesi. Esiste ancora un utilizzo sistematico e non basato sulle evidenze del test ergometrico. Pazienti che hanno eseguito la procedura di rivascolarizzazione anni prima e

che sono completamente asintomatici ripetono annualmente un test di ischemia, contravvenendo ad ogni evidenza clinica. Infine, pazienti assolutamente asintomatici e con i fattori di rischio ben controllati vengono screenati senza motivo per la presenza di coronaropatia. Questo documento cerca di mettere ordine alla giungla. In modo molto elegante e basato sull'evidenza, si cerca di spiegare come utilizzare la TC coronarica e soprattutto come gestire in base all'esito i pazienti, al fine di evitare esami inutili, rischi evitabili e ricordando che l'unica vera arma per ottimizzare la prognosi dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica è uno scrupoloso e aggressivo controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. •

IMAGING INTEGRATO online only



Tomografia computerizzata coronarica e imaging intracoronarico per la diagnosi di coronaropatia e la guida della rivascolarizzazione percutanea

Partendo dal sospetto clinico e dall'ECG, vengono utilizzate in modo

sequenziale diverse metodiche di imaging cardiovascolare, evidenziando per ciascuna di esse i pro, i contro e il valore aggiunto nello specifico caso clinico, fino a giungere alla diagnosi corretta e al trattamento più appropriato. •