

In questo numero

QUESTIONI APERTE

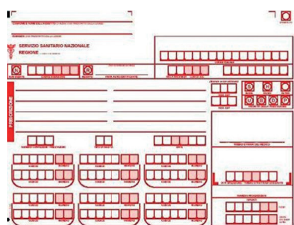


I farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti per il trattamento dei pazienti con STEMI sottoposti ad angioplastica primaria

Nella rassegna di *Leonardo De Luca* e *Antonino Granatelli* si analizzano i dati di evidenza relativi alla terapia antitrombotica per i pazienti sottoposti ad angioplastica primaria per infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), sia per quanto riguarda i farmaci orali che quelli parenterali. In particolare, si descrivono i dati più rilevanti, derivati da numerosi studi randomizzati ed osservazionali, relativi all'intero spettro della terapia antitrombotica oggi disponibile, vale a dire eparina non frazionata, eparina a basso peso molecolare, fondaparinux, bivalirudina, aspirina, inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa (GPI), clopidogrel, ticagrelor, prasugrel e cangrelor, focalizzando i risultati che hanno determinato le raccomandazioni

delle linee guida. Gli autori, in maniera equilibrata ed esperta, illustrano l'attuale disponibilità di molteplici combinazioni terapeutiche, ma sottolineano anche la necessità di proseguire con la ricerca scientifica in questo ambito al fine di testare i risultati in termini di outcome clinico dell'utilizzo attuale e moderno di alcuni di questi farmaci, tra cui principalmente i GPI, farmaci che hanno dimostrato di ridurre morte e reinfarto, poi in parte abbandonati per trial condotti in un'epoca dove si pensava di somministrare i farmaci indiscriminatamente a tutti ed in cui è prepotentemente emerso il ruolo delle emorragie, oggi notevolmente ridimensionato. Si auspicano quindi nuovi studi che valutino i benefici dei GPI nel contesto più moderno di una precoce rivascolarizzazione percutanea nello STEMI, dove l'approccio radiale è più frequentemente impiegato, così come il concomitante utilizzo di nuovi antiaggreganti orali. •

PDTA IN CARDIOLOGIA



La gestione integrata dei pazienti cardiopatici (reali o sospetti) tra specialista cardiologo e medico di medicina generale: il meccanismo per garantire sostenibilità, efficacia ed efficienza del nostro Servizio Sanitario Nazionale

Il volume delle prestazioni cardiologiche ambulatoriali richieste ed erogate è enorme ed è nota la difficoltà di conciliare il volume di prestazioni richieste con le risorse quantitativamente limitate ed effettivamente disponibili rispetto alla domanda delle stesse, in tempo utile. Nell'articolo di *Roberta Rossini et al.* viene analizzata la necessità di sviluppare un modello funzionale di integrazione tra l'attività del medico di medicina generale e gli specialisti cardiologi al fine di garantire efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Due punti cardine per lo sviluppo di questa integrazione

operativa sono l'identificazione del valore aggiunto di una valutazione specialistica cardiologica rispetto alla valutazione del medico di medicina generale di fronte ad un problema cardiologico (reale o presunto), in modo che la prestazione venga richiesta quando "realmente utile", e la stratificazione della domanda di prestazioni sanitarie in classi di priorità formalmente differenziate al fine di garantire a tutti gli utenti una risposta adeguata (disponendo di una quantità di risorse che può essere insufficiente per rispondere a tutti subito). Nell'articolo vengono proposti alcuni schemi utili, condivisi tra cardiologi e medici di medicina generale della Regione Lombardia, per identificare le prestazioni cardiologiche con valore aggiunto in relazione ai principali quadri clinici cardiologici e la tempistica di programmazione di controlli di follow-up nei pazienti cardiopatici cronici. •

RASSEGNE



Tutto quello che avreste voluto sapere sui farmaci ipoglicemizzanti (ma non avete mai osato chiedere...)

Il diabete mellito di tipo 2 è uno dei fattori di rischio più severi per malattia coronarica, ictus ed eventi cardiovascolari. Il trattamento della glicemia mediante farmaci ipoglicemizzanti mira a una riduzione del rischio di complicanze e malattie cardiovascolari a cui sono esposti questi pazienti. Il presupposto che un controllo glicemico intensivo, con raggiungimento di valori molto ridotti di emoglobina glicata, potesse associarsi a una riduzione del rischio cardiovascolare a lungo termine, ha caratterizzato una recente fase storica portando allo sviluppo di trial che tuttavia hanno prodotto risultati discordanti riguardo l'atteso effetto sulla riduzione della mortalità totale. Questi risultati hanno sollevato un'importante questione sulla sicurezza cardiovascolare dei

farmaci ipoglicemizzanti, per cui a partire dal 2008 la Food and Drug Administration (FDA) e la European Medicines Agency (EMA) hanno imposto studi clinici randomizzati di sicurezza per ogni nuovo farmaco ipoglicemizzante messo in commercio. La rassegna di *Giuseppe Ambrosio et al.* riassume le evidenze cliniche esistenti sui profili cardiovascolari delle terapie ipoglicemizzanti utilizzate nel diabete mellito di tipo 2, discutendo criticamente i risultati dei trial clinici e le loro potenziali implicazioni cliniche, approfondendo anche gli aspetti che riguardano i meccanismi patogenetici e le diverse caratteristiche farmacologiche per ogni classe di farmaci. Tale rassegna può essere sicuramente considerata, per lo specialista cardiologo un ottimo manuale di consultazione per l'identificazione della terapia più adatta ad ogni specifico paziente. •

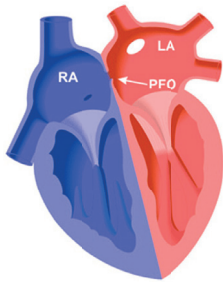


La rilevanza terapeutica della ventilazione non invasiva

Nelle tre rassegne di *Fabio Vagnarelli et al.*, *Marco Marini et al.* e *Ilaria Battistoni et al.*, le Aree Emergenza-Urgenza, Scompenso Cardiaco e Giovani dell'ANMCO hanno messo a punto gli elementi di forza della ventilazione non invasiva (NIV), il cui impiego nella pratica clinica appare sottoutilizzato. Per NIV si intende una modalità di assistenza ventilatoria effettuata tramite un'interfaccia, che rispetta le vie respiratorie del paziente, permettendone il respiro spontaneo, secondo due modalità differenti: pressione positiva continua (CPAP) o bifasica delle vie aeree (BiPAP). Le principali indicazioni alla NIV sono l'insufficienza respiratoria acuta (da riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva e da edema polmonare acuto cardiogeno) e lo svezamento respiratorio post-intubazione orotracheale, condizioni in cui comporta una riduzione della mortalità. Oltre ad essere efficace, la NIV è sicura in quanto associata a rare e lievi complicanze, come la ridotta tolleranza alla maschera da parte di alcuni pazienti e l'insufflazione gastrica. In ambito cardiologico la NIV è risultata molto utile nella cura dell'edema polmonare acuto, perché la pressione positiva comporta il reclutamento degli alveoli collapsati, migliorando gli scambi gassosi e riducendo il lavoro respiratorio e diminuendo a livello cardiaco precarico e postcarico. Nelle linee guida sullo scompenso cardiaco della Società Europea di Cardiologia è raccomandata in classe IIa nei pazienti disnoici in edema polmonare acuto con frequenza respiratoria >20 atti/min, e in quelle più recenti sulla gestione dello scompenso cardiaco acuto ne viene consigliato un impiego precoce. Tuttavia i dati della letteratura sull'uso della

NIV nei pazienti con insufficienza cardiaca e instabilità emodinamica e/o con sindrome coronarica acuta sono controversi e ne comportano un ridotto impiego. Presupposto per l'efficacia di tale trattamento è una buona conoscenza della modalità del suo utilizzo da parte del personale medico ed infermieristico. Quando ben applicata, la pressione positiva esercita sul sistema cardiovascolare effetti emodinamici positivi utili in qualunque forma di scompenso cardiaco acuto e non soltanto nell'edema polmonare acuto. Gli autori sottolineano quindi l'importanza del riconoscimento da parte del personale medico ed infermieristico delle indicazioni e controindicazioni alla NIV e della scelta di una corretta interfaccia per favorire la compliance del paziente, che se scarsa comporta insuccesso della ventilazione con necessità di intubazione orotracheale in circa il 10% dei casi. Viene ribadito come possa essere pericoloso l'impiego della NIV nei pazienti con ipotensione arteriosa e come l'utilizzo di sedativi nei soggetti intolleranti alla maschera possa tradursi in un peggioramento del quadro clinico con necessità di intubazione orotracheale. Viene inoltre raccomandata un'appropriata sedazione per il paziente che presenta difficoltà di adattamento alla ventilazione per garantire una maggior stabilità emodinamica ed un rilassamento muscolare. Dalle informazioni disponibili l'utilizzo delle benzodiazepine viene sconsigliato per possibile comparsa di depressione respiratoria e insorgenza di delirio. Le evidenze scientifiche riconoscono nella NIV un presidio utile ed efficace associato ad una riduzione di ricorso all'intubazione orotracheale e di mortalità, nonché sicuro in termini di effetti avversi. È auspicabile pertanto un'implementazione di tale metodica. •

STUDIO OSSERVAZIONALE

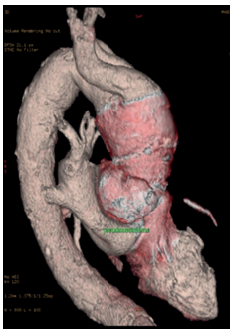


Approccio seduto o in ortostatismo nella quantificazione dello shunt destro-sinistro: quando cambiare posizione aiuta

Nell'immaginario di tutti i cardiologi l'esecuzione dell'ecocardiografia si associa alla posizione clinostatica. In questo interessante lavoro, invece, *Stefano Lucreziotti et al.* hanno voluto cambiare posizione, valutando 70 pazienti affetti da pervietà del forame ovale. E la posizione che hanno voluto cambiare non è semplicemente di tipo culturale ma di tipo fisico. Infatti, l'obiettivo del lavoro è stato

quello di valutare l'utilità della posizione seduta in aggiunta a quella clinostatica nella quantificazione dello shunt destro-sinistro da forame ovale pervio e se un eventuale incremento dello shunt destro-sinistro in posizione seduta potesse associarsi ad una riduzione della saturazione arteriosa di ossigeno. Con i limiti di uno studio monocentrico e a bassa numerosità, i risultati sono realmente interessanti, soprattutto perché evidenziano un ruolo della posizione di esecuzione dell'esame ecocardiografico e del Doppler transcranico nella determinazione quantitativa dello shunt destro-sinistro. •

CASO CLINICO



Un caso di pseudoaneurisma della fibrosa mitro-aortica

Domenico Chieppa et al. descrivono il caso di un paziente sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica e resezione cuneiforme dell'aorta ascendente (sutura "end to end" dei due monconi) che sviluppa uno pseudoaneurisma del tessuto fibroso a livello della giunzione mitro-aortica conseguente al trauma chirurgico. Il paziente viene seguito nel tempo con follow-up clinico e strumentale. È presente una dettagliata documentazione

iconografica mediante ecocardiografia e tomografia computerizzata che delineano la precisa caratterizzazione anatomica dello pseudoaneurisma, i suoi rapporti con le strutture adiacenti, la caratteristica espansione sistolica e collasso diastolico utili nella diagnosi differenziale con l'ascesso perivalvolare, l'assenza di fistolizzazione, rottura e compressione di altre strutture. Il caso clinico rappresenta l'occasione per gli autori di proporre una puntualizzazione su una entità rara come quella dello pseudoaneurisma del tessuto fibroso a livello della giunzione mitro-aortica. •