- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Tue, 08 Sep 2026, 23:38:57

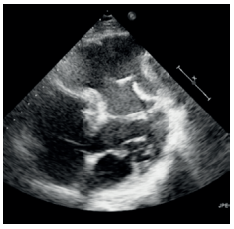
In questo numero

DIECI QUESITI IN TEMA DI...

Ultimo episodio della saga "malattie del pericardio": il tamponamento cardiaco

Quarta ed ultima puntata per *Massimo Imazio* in tema di pericardio. Dopo il versamento pericardico, la pericardite costrittiva e la gestione clinica della pericardite, l'interessante saga si chiude con una puntualizzazione sul tamponamento cardiaco. Grazie alla formula dei "10 Quesiti", ecco un semplice e completo manualetto da portare con sé e consultare all'occorrenza grazie al taglio pratico e operativo. Come fare diagnosi di tamponamento? Quali i segni diagnostici più specifici? Quando eseguire la pericardiocentesi? Come eseguirla tecnicamente? Quali esami richiedere sul liquido pericardico? Quale prognosi ha un paziente con tamponamento cardiaco? Questi alcuni dei palpitanti quesiti... •

RASSEGNE



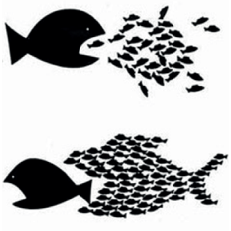
Le preziose informazioni che l'ecocardiografia può fornire nello STEMI

Nell'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) il tempo è muscolo e il paziente con dolore toracico e tracciato elettrocardiografico congruo deve essere sottoposto a studio coronarografico nel minor tempo possibile. I criteri diagnostici non richiedono l'utilizzo dell'ecocardiografia che, in assenza di dubbi diagnostici, non è necessariamente da eseguire prima della ricanalizzazione del ramo colpito. In alcune situazioni tuttavia l'ecocardiografia in emergenza è indicata dalla linee guida con ruolo primario nella diagnosi differenziale con altre patologie quali ad esempio miocardite, sindrome Takotsubo, dissezione aortica, cardiomiopatia ipertrofica. Oltre al cruciale ruolo diagnostico, l'ecocardiografia ha un ruolo fondamentale nel rilevare eventuali complicanze acute o subacute dello STEMI, valutare sin dai primi giorni l'efficacia della terapia riperfusiva, fornire elementi utili per la stratificazione del rischio aritmico e per la valutazione prognostica. *Donato Mele et al.* affrontano queste tematiche in una rassegna completa ed esaustiva, clinica e tecnica al tempo stesso, come da competenza degli autori. •

Cuore infranto: focus sulle dissezioni coronariche

La dissezione aortica spontanea è una delle cause di sindrome coronarica acuta che colpisce soprattutto le donne, in particolare di giovane età. La coronarografia è l'indagine diagnostica principale, limitata dalla mancata visualizzazione della parete arteriosa, la cui dissezione viene colta mediante aspetti angiografici suggestivi, quali ad esempio la persistenza del mezzo di contrasto a livello della parete arteriosa o la presenza di aree di difetto di riempimento. L'imaging intracoronarico si è rivelato utile nella valutazione delle dissezioni coronariche anche se l'applicazione di tali metodiche in questa tipologia di casi non è priva di rischi. Restano controverse le strategie di trattamento e di follow-up. *Alessandra Russo et al.* in questa rassegna fanno il punto sui dati di incidenza, eziopatogenesi, diagnosi, prognosi e trattamento, sottolineando come vi siano ancora diversi aspetti dibattuti per i quali sarebbe necessaria un'attenta analisi dei dati "real-life". •

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Tue, 08 Sep 2026, 23:38:57



Uniti per vincere… la sfida del piede diabetico

Non c'è niente di più negletto di una piccola ferita tra le dita dei piedi di un diabetico che non guarisce. Poco alla volta diventa un flemmone, duole, rende ischemiche le dita, alcune vengono amputate, a volte dopo qualche tempo occorre amputare l'avampiede, il piede, salire alla gamba. Un triste e doloroso calvario. Spesso una battaglia partita da una banale scaramuccia, ma già persa in partenza. È un problema crescente perché, nonostante i diabetici siano solo il 5% della popolazione, la vasculopatia diabetica è responsabile di più del 50% delle amputazioni. Questa patologia arteriosa ostruttiva tende a localizzarsi distalmente, per lo più nei vasi infrapoplitei, con coinvolgimento tipicamente bilaterale e multidistrettuale, esordio più precoce e decorso più aggressivo rispetto ai non diabetici. La rivascolarizzazione (percutanea o chirurgica) è molto importante ed ha come obiettivo primario la ricostituzione di una linea di flusso diretta sino ai tessuti sofferenti, necessaria alla guarigione del flemmone. Tuttavia mai come in altre situazioni la rivascolarizzazione anche se effettuata da mani esperte è solo una parte della soluzione. *Roberto Ferraresi et al.*, dall'alto della loro unica esperienza, ce lo dimostrano bene e ci insegnano che la rivascolarizzazione va integrata in un percorso multidisciplinare, dove internisti, diabetologi, infettivologi, chirurghi, cardiologi o radiologi interventisti ed ortopedici collaborano strettamente per costruire un percorso personalizzato il cui obiettivo è il salvataggio d'arto e la ripresa della deambulazione. Come al solito... uniti si vince e il modello presentato dagli autori è senz'altro vincente! •

STUDIO OSSERVAZIONALE

Valutazione cardiologica prima della chirurgia non cardiaca: alla ricerca di un percorso comune

Annarita Pilleri et al., a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, hanno effettuato una interessante survey negli ospedali italiani per definire come viene effettuata la valutazione cardiologica prima di un intervento di chirurgia non cardiaca. Le risposte dimostrano che la standardizzazione è scarsa e le linee guida sono poco seguite, perché la consulenza non viene richiesta, come dovrebbe, sulla base del rischio operatorio, la divisione dei ruoli tra cardiologo e anestesista è raramente codificata, un monitoraggio perioperatorio viene consigliato raramente e una valutazione in team dei pazienti complessi non è contemplata. Gli unici casi "virtuosi" sono quelli in cui l'ANMCO si è impegnata a standardizzare attraverso la produzione di documenti e strumenti dedicati come nel caso dei pazienti in duplice terapia antiaggregante. Questi risultati dovrebbero essere oggetto di un'attenta riflessione e promuovere l'adozione di percorsi ospedalieri condivisi che consentirebbero un uso più razionale e mirato delle risorse attraverso comportamenti più omogenei e appropriati. •

CASI CLINICI

CIN: prevenire è meglio che curare

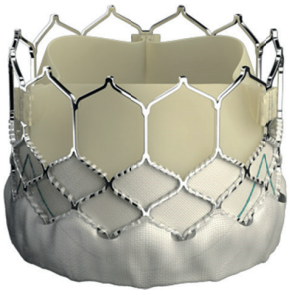
La gestione dei pazienti con insufficienza renale e indicazione a rivascolarizzazione percutanea è complessa a causa del rischio di nefropatia da mezzo di contrasto (CIN) e conseguente necessità di trattamento dialitico post-procedurale. Diversi studi hanno messo in luce l'elevata prevalenza della CIN soprattutto nel paziente anziano e la sostanziale mancanza di un metodo realmente efficace volto ad evitarla. Un approccio combinato di espansione volemica monitorata e di mezzo di contrasto a dose ultra-bassa è il metodo proposto da *Massimo Slavich et al.* in questo caso clinico; l'idratazione aggressiva monitorata e la ridotta dose di mezzo di contrasto hanno permesso di evitare un ulteriore deterioramento della funzionalità renale del paziente. Questo approccio potrebbe aprire nuovi scenari nella gestione dei pazienti con coronaropatia ad elevato rischio di CIN. •

Salvataggio in corner

L'angioplastica primaria (pPCI) costituisce il trattamento raccomandato in caso di infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ed è raccomandata come angioplastica "rescue" anche nei casi di trombolisi inefficace. Pochi sono i dati di letteratura sull'evento contrario, ossia nel caso di fallimento della rivascolarizzazione percutanea e successivo utilizzo della terapia fibrinolitica di salvataggio. *Gianni Dall'Ara et al.* descrivono l'interessante caso di un paziente di 60 anni colpito da STEMI inferiore con un'anatomia coronarica sfavorevole alla rivascolarizzazione meccanica percutanea, così che la pPCI non ha ottenuto una riperfusione efficace. La somministrazione di attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante ha permesso di ottenere la riperfusione, testimoniata dalla clinica, dalla risoluzione del sopraslivellamento del tratto ST e dal successivo studio angiografico. •

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Tue, 08 Sep 2026, 23:38:57

POSITION PAPER



Position paper SICI-GISE sulla TAVI

L'impianto transcatetere di valvola aortica (TAVI) è in crescente aumento e in Italia nel 2017 sono state eseguite oltre 5000 procedure presso 94 centri. A distanza di 6 anni dal precedente position paper, la Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE) propone una versione aggiornata dei requisiti minimi dei centri e degli operatori che effettuano TAVI sul territorio nazionale. Nel documento revisionato e approvato da oltre 100 cardiologi interventisti italiani e dagli organismi direttivi GISE, *Giuseppe Tarantini et al.* ridefiniscono i requisiti strutturali dei centri che effettuano TAVI, il percorso formativo per gli operatori e i requisiti organizzativi necessari nelle fasi pre-, peri- e post-procedurali. Nel documento sono chiaramente definiti il numero minimo di procedure per accreditare un centro TAVI (3/mese e preferibilmente 5/mese), le figure professionali coinvolte, i requisiti necessari per svolgere il ruolo di primo operatore ed il training richiesto per raggiunge la piena "clinical competence". Una delle novità principali del documento è quella di prevedere la possibilità per operatori di strutture non dotate di cardiochirurgia di partecipare in tutte le fasi del percorso TAVI, inclusa l'esecuzione diretta delle procedure nel centro TAVI dopo adeguato training formativo. Le raccomandazioni del documento assumono particolare rilevanza per la stesura di convenzioni locali tra centri di emodinamica dotati di cardiochirurgia e centri senza cardiochirurgia on-site. In linea con le raccomandazioni ESC e ACC/AHA, viene ribadito il requisito che le procedure devono essere svolte in centri dotati di cardiochirurgia anche se la necessità di interventi cardiochirurgici di emergenza dopo TAVI è molto bassa. Sono infine definite le caratteristiche delle sale ibride per le quali peraltro non esistono evidenze sull'impatto prognostico nel contesto delle procedure TAVI. Il documento, che ha il pregio della chiarezza e della sintesi, costituisce un'utile guida sia a livello scientifico che di programamzione sanitaria per la procedura TAVI. •