- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Mon, 05 Oct 2026, 14:16:19

In questo numero

RASSEGNE

Se ci pensi più di 8 secondi, mettilo!

Così mi rispondevano tanti anni fa in America, quando chiedevo ad interventisti esperti quando avrei dovuto utilizzare il contropulsatore aortico. Non sembra più così. Perché? In fin dei conti è un dispositivo di assistenza percutaneo di facile impiego, a basso tasso di complicanze, disponibile da decenni in tutte le emodinamiche. Questa crisi esistenziale del contropulsatore è ben descritta da *Andrea Santucci* e *Claudio Cavallini*. Gli autori partendo dagli effetti emodinamici del device (decompressione del ventricolo, riduzione delle resistenze periferiche, aumento del flusso coronarico diastolico, solo per citarne i più rilevanti) descrivono poi accuratamente luci ed ombre dei principali studi effettuati nello shock cardiogeno, nell'infarto, nell'angioplastica ad alto rischio ed in altri contesti particolari, come le complicanze meccaniche dell'infarto o la miocardite. Certamente studi clinici randomizzati come lo studio IABP-SHOCK II per lo shock cardiogeno, o il CRISP-AMI per l'infarto hanno molto mitigato l'entusiasmo sugli effetti di questo dispositivo quando utilizzato in modo routinario e confrontato con le moderne strategie terapeutiche (rivascolarizzazione precoce, inotropi, sistemi di assistenza ventricolare percutanea avanzati). Le linee guida, basate sulla stretta evidenza scientifica, ne hanno subito approfittato per una netta riduzione delle raccomandazioni all'uso del contropulsatore. In realtà qualche dubbio che le linee guida siano state eccessivamente pragmatiche rimane e, come del resto ci insegnano gli autori, ancora a lungo il contropulsatore manterrà un ruolo importante nello shock cardiogeno e rimarrà il sistema di assistenza ventricolare più utilizzato. •

Trombosi ed emorragia: il dilemma persiste

L'emorragia intracranica, in particolare nei pazienti in trattamento con anticoagulanti, è un pit stop per il medico, che viene a trovarsi di fronte a due opposte esigenze: continuare a prevenire il rischio tromboembolico ed evitare recidive di sanguinamento cerebrale. La decisione se riprendere o meno, e quando, la terapia anticoagulante dopo un'emorragia maggiore, specie se intracranica, è difficile anche per la mancanza di evidenze solide sulle quali basare le scelte cliniche. In letteratura è riportato che solo una parte dei pazienti con pregressa emorragia intracranica riprende la terapia anticoagulante, nonostante i benefici che può dare sull'outcome combinato ictus ischemico/embolia sistemica/morte per tutte le cause, con una significativa riduzione degli eventi ischemici rispetto all'aumento, ovviamente non trascurabile, del rischio emorragico. Gli score disponibili per la valutazione del rischio tromboembolico ed emorragico, rispettivamente il CHA_2DS_2-VASc e l'HAS-BLED, condividono alcuni parametri con il risultato di presentare una sovrapposizione tra rischio emorragico e trombotico nello stesso paziente. Nell'attesa della validazione di nuovi score predittivi per emorragia, quali l'ABC e l'ORBIT, che sembrano essere superiori all'HAS-BLED in termini di potere predittivo, *Maurizio Giuseppe Abrignani et al.* forniscono alcuni orientamenti clinici sia sulla ripresa dell'anticoagulazione sia sul timing di ripresa nei soggetti ad elevato rischio tromboembolico. Ribadiscono però la necessità di un decision making in un "brain team" multidisciplinare composto da neurologi, cardiologi, neuroradiologi e neurochirurghi, che deve prendere in considerazione dati clinici e di imaging, profilo di rischio tromboembolico ed emorragico, stato funzionale di base e aspettativa di vita del paziente. •

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Mon, 05 Oct 2026, 14:16:19

Concomitanza di fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta: quale terapia antitrombotica?

Sfortunatamente i problemi spesso non vengono da soli! È il caso di fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta che non infrequentemente rappresentano l'una la complicanza dell'altra, ponendo di conseguenza il dilemma di quale regime antitrombotico utilizzare. La terapia anticoagulante orale, che oggi può essere condotta sia con warfarin che con anticoagulanti orali diretti, è infatti il regime ottimale per la prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale, mentre la duplice antiaggregazione piastrinica, che oggi può includere oltre a clopidogrel anche nuovi e più potenti inibitori del recettore $P2Y_{12}$, quali ticagrelor e prasugrel, è la strategia ottimale per la prevenzione secondaria dopo sindrome coronarica acuta. Se una terapia combinata anticoagulante ed antiaggregante appare pertanto necessaria quando fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta siano concomitanti, la scelta tra le varie combinazioni antitrombotiche ed i vari farmaci è meno ovvia. Nella rassegna di *Marco Tubaro et al.* vengono discusse criticamente le evidenze disponibili e viene fornita una guida ragionata per districarsi al meglio tra le numerose complessità di questo scenario clinico. •

CASO CLINICO

Un'interessante chiusura di ampio difetto interatriale

Il trattamento di scelta dei difetti interatriali (DIA) di tipo ostium secundum è ad oggi la chiusura percutanea. Essa ha dimostrato massima efficacia e basso rischio se rapportata all'intervento chirurgico. Tuttavia, di fronte a DIA molto ampi e spesso privi dei consueti riferimenti anatomici, l'approccio percutaneo non è scevro da rischi e complicanze, tanto da essere sconsigliato. *Stefano Figliozzi et al.* riportano un interessante caso di ampio DIA trattato con chiusura transcatetere in cui, nonostante la presenza di condizioni sfavorevoli, il trattamento è risultato efficace; questo è stato possibile grazie al corretto inquadramento delle caratteristiche cliniche ed anatomiche del paziente e ad una precisa misura del difetto ottenuta con diverse metodiche che vengono illustrate nel dettaglio. •

POSITION PAPER

Sacubitril/valsartan: istruzioni per l'uso

Promuovere un uso appropriato dei nuovi trattamenti cardiovascolari è uno degli obiettivi che l'ANMCO persegue attraverso la pubblicazione di position paper come questo, realizzato da *Giuseppe Di Tano et al.*, che sintetizza in maniera puntuale e completa lo stato dell'arte sull'utilizzo dell'associazione sacubitril/valsartan a 4 anni dalla pubblicazione del PARADIGM-HF. Il position paper, mettendo a confronto le linee guida ESC, ACC/AHA e NICE, definisce in modo pratico ed efficace il paziente-tipo che può beneficiare di questa terapia, le avvertenze da usare, cosa monitorare e come comportarsi nelle situazioni borderline come nel caso del paziente ipoteso o con insufficienza renale. Inoltre sono discusse anche le evidenze disponibili in situazioni non ancora codificate come il suo impiego in alternativa agli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, nei pazienti con frazione di eiezione >35%, oppure in classe NYHA I o IV o nei soggetti ricoverati alla luce dei risultati dello studio TRANSITION che ne attesta la sicurezza anche in questo contesto. Infine, vengono analizzate criticamente le autorizzazioni emesse degli enti regolatori (EMA e AIFA), confrontandole con le linee guida europee. •

Terapia anticoagulante orale e fibrillazione atriale: parlano gli esperti

Tutti i giorni in scenari clinici diversi ci si trova a gestire pazienti con fibrillazione atriale. *Giovanni Luca Botto* e altri cardiologi italiani, esperti nel tema, sono andati a valutare l'appropriatezza delle strategie terapeutiche adottate in tali pazienti, in particolare rispetto alla terapia anticoagulante orale, al fine di individuare percorsi per una gestione ottimale. Mediante il metodo RAND/UCLA di valutazione dell'appropriatezza degli interventi clinici, convalidato per combinare il livello più elevato di evidenza scientifica disponibile con il giudizio collettivo di esperti, è stato effettuato un processo di consenso, con elaborazione di raccomandazioni per la pratica clinica su come utilizzare la terapia anticoagulante orale in pazienti con fibrillazione atriale e comorbilità, oppure nel contesto di procedure quali cardioversione elettrica o ablazione transcatetere. In proposito gli anticoagulanti orali diretti non vitamina K-dipendenti rappresentano una valida alternativa al vecchio warfarin per la prevenzione degli eventi tromboembolici in pazienti con fibrillazione atriale specialmente in caso di complessità clinica. •