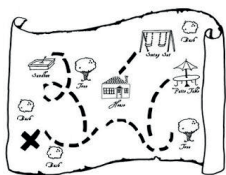


In questo numero

EDITORIALE



Metanalisi: istruzioni per l'uso

La medicina basata sull'evidenza riporta sempre più spesso il clinico di fronte a dati derivanti da metanalisi. Infatti, la metanalisi risulta essere un utilissimo strumento di valutazione di analisi spesso contrastanti con l'obiettivo di ottenere una linea definitiva di comportamento. Tuttavia i risultati ottenuti con questo utile strumento necessitano di approfondita

conoscenza dello strumento stesso, per poterne cogliere il reale messaggio ed i limiti. Se non compreso in tutte le sue sfaccettature, infatti, può generare un'interpretazione errata dei risultati e un loro utilizzo inadeguato. *Francesco Pollari et al.* ci illustrano le istruzioni per l'uso del metodo metanalitico: dal quesito iniziale, alla ricerca ed estrazione dei dati, all'analisi e all'interpretazione dei risultati e dei grafici. •

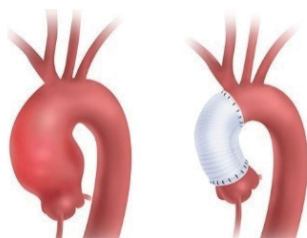
RASSEGNE



Una corsa contro il tempo

Nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE) i vantaggi di una strategia invasiva precoce sono noti, ma meno chiaro è quando applicarla (<24 h, entro 72 h o oltre). Le recentissime linee guida europee attribuiscono una fortissima raccomandazione di classe IA per la coronarografia eseguita entro le prime 24 h nel paziente con SCA-NSTE ad alto rischio, ma gli studi randomizzati e le metanalisi documentano effetti neutri sulla mortalità e vantaggi significativi solo su obiettivi secondari (principalmente le recidive ischemiche e la durata della

degenza). In questa rassegna *Silvia Zagnoni et al.* analizzano in modo approfondito i risultati degli studi – piuttosto deboli – e le implicazioni organizzative – devastanti – che questa raccomandazione implica. Ne concludono che è doveroso offrire a tutti i pazienti con SCA-NSTE la possibilità di eseguire una coronarografia durante la degenza, ma sull'esempio di alcuni documenti di indirizzo regionali consigliano di contestualizzarne le indicazioni. Infatti anche nei casi ad alto rischio il limite delle 24 h per la strategia invasiva non dovrebbe rappresentare un automatismo acritico, ma andrebbe tarato sulla gravità clinica e calato nel contesto organizzativo. In caso contrario ... *solo The Flash ce la può fare!* •

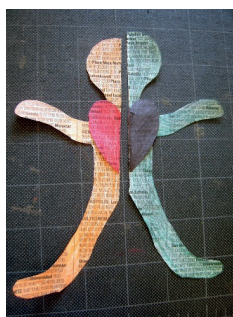


Passato, presente e futuro nella chirurgia delle sindromi aortiche acute

La prognosi dei pazienti con sindrome aortica acuta è andata incontro nelle ultime due decadi ad un significativo miglioramento. Questo è stato possibile grazie al perfezionamento delle tecniche cardiocirurgiche e anestesologiche e all'esperienza crescente in questo tipo di chirurgia. *Luca Di Marco et al.* ci offrono in questa esauriente rassegna un update sulle novità in tema di trattamento della patologia aortica acuta con un focus sul "decision-making" preoperatorio e sui fattori che lo condizionano. Un corretto planning preoperatorio è fondamentale per un buon esito dell'intervento e la prognosi a lungo termine. Un aspetto particolare della chirurgia delle sindromi aortiche

acute è rappresentato dalle tecniche di conservazione della valvola aortica per la quale gli autori discutono i vantaggi, ma anche le criticità. La rassegna vuole essere un tributo a dieci anni dalla sua scomparsa per il Maestro degli autori, il Professor Angelo Pierangeli, fondatore della cardiocirurgia bolognese, che in particolare ha profuso il suo ingegno e le sue impareggiabili abilità professionali nel trattamento chirurgico dell'aorta toracica. Al di là dei progressi delle tecniche chirurgiche e dell'expertise personale, le prospettive future per un ulteriore miglioramento della prognosi dei pazienti con sindrome aortica acuta sono rappresentate dalla sempre maggiore diffusione delle procedure endovascolari e dalla creazione di team multidisciplinari esperti in patologia aortica. •

> RASSEGNE



Dissezione aortica di tipo A: emergenza cardiocirurgica per evitare la catastrofe

La dissezione aortica acuta di tipo A costituisce un'emergenza cardiocirurgica gravata da una mortalità pari al 10%/h. La strategia chirurgica è evoluta nel tempo da un approccio conservativo "tear-oriented" di sostituzione protesica della sola aorta ascendente e/o emiarco fino ad un approccio più aggressivo con sostituzione completa della radice aortica e dell'arco. La superiorità di una tecnica chirurgica rispetto ad un'altra dipende in

gran parte dall'expertise del singolo centro e dall'accurata selezione del paziente, per cui i risultati di studi multicentrici sono discrepanti da quelli di studi monocentrici con più esperienza. *Paolo Berretta et al.* ci propongono una puntualizzazione sulle questioni aperte relative a questo argomento, anche per quanto riguarda l'identificazione di fattori prognostici per l'evoluzione della patologia durante il follow-up e le tecniche di imaging migliori per valutare ogni singola problematica. •

L'insufficienza tricuspide funzionale

Per anni le sezioni destre del cuore sono state poco valorizzate, mentre oggi si è ben consapevoli dell'importanza funzionale e prognostica delle funzioni del cuore destro. Tra queste vi è la funzione della valvola tricuspide sia essa primitiva, conseguenza di una disfunzione primitiva del ventricolo destro, o conseguenza di una malattia del cuore sinistro. *Fabrizio Settepani et al.* nella loro rassegna prendono in considerazione l'insufficienza tricuspide funzionale e, partendo dall'anatomia della valvola, trattano la fisiopatologia, le modalità di imaging su

cui basare la diagnosi e la valutazione funzionale, quando porre indicazione chirurgica e con quale tecnica chirurgica riparativa poter intervenire per concludere con i risultati disponibili in letteratura. La rassegna è fluente ed accattivante, induce il clinico ad essere attento alla valutazione completa del "ventricolo incompresso" e dei suoi apparati valvolari e suggerisce al clinico nuove possibilità terapeutiche. Entrate senza indugio in questa trattazione che potrebbe fare sembrare il cuore una sorta di calviniano visconte dimezzato... a voi la scelta sulla metà buona e metà cattiva! •

Osservazione e deduzione per l'iter diagnostico dell'endocardite infettiva

Donato Mele et al. ci illustrano l'endocardite infettiva in una rassegna dal taglio pratico e di facile consultazione. L'endocardite infettiva rimane rara, ma negli ultimi anni sembra essere più frequente per l'invecchiamento della popolazione, le antibiotico-resistenze, l'impiego di terapie immunosoppressive e non ultimo per una sensibilità maggiore da parte dei medici a questa patologia. Scopo della rassegna è analizzare le varie metodiche di imaging per la diagnosi di endocardite infettiva: l'ecocardiografia, la tomografia computerizzata multidetettore, la tomografia ad emissione di positroni con 18-fluorodesossiglucosio e la

scintigrafia ad emissione di fotone singolo con leucociti autologhi marcati. Vengono fornite flow-chart per l'approccio all'endocardite infettiva sia su valvola nativa sia su protesi valvolare o dispositivo impiantabile intracardiaco o di assistenza ventricolare. Snodo cruciale di queste flow-chart sono il sospetto clinico e la possibilità/probabilità di endocardite infettiva per evitare una richiesta indiscriminata di esami strumentali. Viene suggerita anche una strategia organizzativa (Endocarditis Team) di cui ogni territorio dovrebbe dotarsi per assicurare a tutti i pazienti un iter diagnostico e un percorso terapeutico adeguato. •

Endocardite: correre o non correre, questo è il dilemma?

Il timing dell'endocardite valvolare, seppur indicato dalle linee guida internazionali, presenta ancora aspetti controversi e nella popolazione dei cardiocirurghi spesso si assiste ad approcci molto eterogenei. Va detto anche che per quanto riguarda la tempistica, le linee guida europee sono più precise ed indicano quando intervenire in emergenza, urgenza o elezione, mentre quelle americane lasciano più margine

d'azione agli operatori, suggerendo come periodo "precoce" per la chirurgia quello nel corso dell'iniziale ospedalizzazione nella quale viene posta la diagnosi o comunque prima del completamento del ciclo antibiotico. In questa rassegna, *Michele Di Mauro et al.* affrontano il tema del timing sviscerando le differenze tra le due principali linee guida e portando all'attenzione dei lettori i lavori principali sul tema. Infine vengono affrontati anche i casi in cui l'endocardite abbia già portato ad una complicanza neurologica. •

STUDIO OSSERVAZIONALE

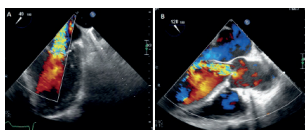


Una sentinella contro l'ictus post-chirurgico

In chirurgia cardiaca, gli eventi ischemici cerebrali rappresentano purtroppo ancora una complicanza non rara e in taluni casi drammatica perché incrementano la mortalità e peggiorano la qualità di vita dei pazienti che si ritrovano a fare i conti con importanti disabilità e con le loro conseguenze (incapacità lavorativa, dipendenza da caregiver, polmoniti frequenti, piaghe da decubito, ecc.). Da decenni ormai, i progressi sia nel campo della tecnica chirurgica che in campo tecnologico hanno permesso di ridurre il più possibile il verificarsi di questa complicanza. Negli anni '90 l'*off-pump* senza clampaggio ha permesso di

ridurre, nei pazienti con carotidopatia e calcificazioni aortiche, l'embolizzazione perioperatoria. Questo lavoro di *Luca Montecchiani et al.* rafforza l'immagine del nuovo cardiocirurgo, un professionista al bivio tra chirurgia e trattamento transcateretere. Solo un chirurgo che esprima la propria professione in entrambi i campi ha la possibilità di crossare un dispositivo nato per le procedure di impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) verso la chirurgia, e viceversa. Questo studio ne rappresenta un perfetto esempio, dove i chirurghi hanno utilizzato in campo chirurgico, in pazienti con marcate calcificazioni, una "sentinella", già usata nelle procedure TAVI. •

CASO CLINICO



Un triplice approccio percutaneo

L'intervento percutaneo su valvola aortica e mitralica rappresenta una frontiera ormai nota ma con ancora molteplici possibilità: basti pensare ad esempio all'utilizzo dell'impianto transcateretere di valvola aortica nell'insufficienza aortica, ancora considerato off-label, o alla correzione in un'unica seduta di due valvulopatie. In questo caso clinico, *Elvis Brscic et al.* ci illustrano un esempio di addirittura triplice approccio

percutaneo: un paziente estremamente critico è stato sottoposto a intervento percutaneo su valvola aortica e mitralica in una sola seduta con l'aiuto di un sistema di ossigenazione extracorporea a membrana modificato, ossia con drenaggio percutaneo ventricolare sinistro. Questo caso ci dimostra come un approccio multidisciplinare e le nuove possibili frontiere del percutaneo possano portare al trattamento di pazienti critici, caratterizzati da rischi chirurgici proibitivi, con risultati davvero soddisfacenti. •