

In questo numero

EDITORIALI



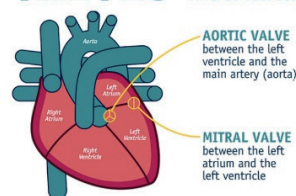
PARADISE-MI: un altro esempio di come non si debbano considerare i risultati di un trial come quelli di una partita di calcio

Nello studio PARADISE-MI, eseguito in pazienti con recente infarto miocardico e concomitante scompenso cardiaco e disfunzione ventricolare sinistra e recentemente pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, sacubitril/valsartan ha ridotto "solo" del 10% (p=NS), rispetto a ramipril, l'endpoint composto rappresentato da morte cardiovascolare o nuovo ricovero per scompenso.

È sufficiente questo risultato per dire che sacubitril/valsartan ha perso definitivamente la partita di calcio con ramipril perdendo ogni diritto alla rivalutazione, alla moviola, dei "dettagli" dello studio? *Aldo Maggioni* prende in esame molti aspetti di riflessione legati a questo importante studio, concludendo che esistono vari punti da tenere in considerazione (modalità di valutazione degli eventi, definizione degli endpoint, ecc.) prima di concludere che sacubitril/valsartan sia davvero irrilevante rispetto a ramipril, oppure se possa portare ad utili benefici clinici, anche se moderati. •

Know Your VALVES

Most heart valve problems involve the aortic & mitral valves.



AORTIC VALVE
between the left
ventricle and the
main artery (aorta)

MITRAL VALVE
between the left
atrium and the
left ventricle

Conosci le tue valvole...

Questo aforisma generico interpreta esattamente l'enfasi che le più recenti linee guida europee sulle valvulopatie pongono sulla valutazione dell'eziologia, della severità e degli effetti sulla funzione cardiaca prima della loro correzione. Allo stesso tempo *Irene Bossi e Michele Di Mauro*, in due interessanti editoriali che commentano le linee guida, il primo con l'occhio del cardiologo, il secondo del cardiocirurgo, sottolineano con decisione che la valutazione della valvulopatia non può essere un confronto – un duello a volte – tra due attori, il cardiologo e il cardiocirurgo, ma piuttosto deve maturare all'interno di un Heart Team (valvolare in questo caso) dove diversi altri specialisti – ecocardiografista, interventista,

anestesista, cardiologo clinico, internista, geriatra solo per elencarne i più comuni – mettono in relazione l'entità della valvulopatia con le caratteristiche cliniche del paziente, le sue comorbidità e le sue aspettative. Poco importa se la valvola aortica – per parlare di quella più frequentemente oggetto di discussione – dovrà essere corretta chirurgicamente o in modo percutaneo, l'importante è aver inquadrato correttamente la sua severità, aver deciso il momento più opportuno per trattarla e aver presentato al paziente le diverse possibilità. Come concludono gli autori "la medicina è una scienza applicata con arte" alla cui base c'è sempre la conoscenza dei risultati degli studi clinici, su cui si basano le linee guida, ma adattata al contesto e alle caratteristiche del singolo paziente. •

Considerazioni pratiche tratte dalle ultime linee guida sulla stimolazione cardiaca

L'editoriale di *Stefano Aquilani et al.* pubblicato in questo numero del Giornale pone l'attenzione su diversi aspetti pratici affrontati dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia sull'elettrostimolazione e la terapia di resincronizzazione cardiaca pubblicate nel 2021. In questo articolo vengono esaminate le principali indagini diagnostiche raccomandate per un'appropriata indicazione all'impianto di un dispositivo elettrico cardiaco allorché l'esame obiettivo e l'anamnesi non sono sufficienti per una

diagnosi di certezza. Gli autori riportano anche le principali raccomandazioni per la prevenzione e la gestione delle complicanze associate a questi dispositivi, la cui incidenza è aumentata con l'incremento del numero di dispositivi impiantati. Infine, vengono affrontati una serie di contesti clinici particolari come l'indicazione al pacing nell'impianto transcateretere di protesi valvolare aortica e nei blocchi atrioventricolari congeniti. Un ultimo aspetto particolarmente interessante esaminato dall'editoriale è il pacing del fascio di His, strategia terapeutica attraente ma complessa e la cui implementazione richiede una serie di accorgimenti. •



QUESTIONI APERTE

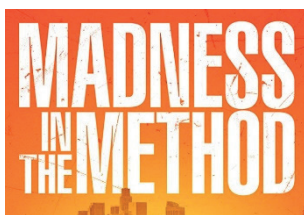


Il dolore toracico nei bambini

Il dolore toracico è un sintomo relativamente comune in età pediatrica. A differenza della popolazione adulta, nella maggior parte dei casi la toracalgia nei bambini non è dovuta ad una patologia organica ed in meno del 5% dei casi ha un'eziologia cardiaca. Nella pratica clinica, conoscere le cause più comuni di dolore toracico in età pediatrica è indispensabile per intraprendere un appropriato percorso diagnostico. In questo articolo *Gaia Spaziani et al.* sottolineano il ruolo dell'anamnesi nell'inquadramento iniziale

del sintomo dolore toracico e riportano la "regola delle 5 W", un'utile guida per la raccolta anamnestica in questo specifico contesto. Inoltre, viene proposta una pratica flow-chart che "step by step" aiuta a confermare o escludere le diverse possibili cause di dolore toracico in età pediatrica. Come riportato dagli autori, un approccio standardizzato per la gestione del dolore toracico in età pediatrica non solo consente di escludere una patologia organica in un'alta percentuale di casi ma permette anche di eseguire accertamenti mirati, tra cui l'esame ecocardiografico, in caso di sospetta cardiopatia. •

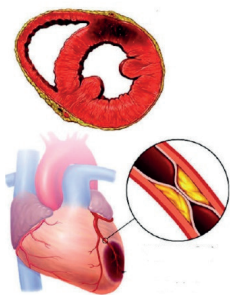
RASSEGNE



È corretto o pazzia ricercare sistematicamente la presenza di prolasso valvolare mitralico e disgiunzione mitro-anulare?

L'ecocardiografia transtoracica è diventata un esame di routine in moltissime condizioni patologiche e non ed è sempre crescente il numero di soggetti riferiti per un ecocardiogramma sia a livello ospedaliero che ambulatoriale. Di conseguenza è sempre più frequente che alcune condizioni fino a oggi considerate minori vengano riscontrate anche in soggetti completamente sani. I classici esempi sono proprio l'oggetto di questa

rassegna: prolasso valvolare mitralico e disgiunzione mitro-anulare (MAD). In questo numero del Giornale, *Chiara Chiti et al.* analizzano i dettagli anatomici, la diagnosi e i potenziali risvolti prognostici di queste due alterazioni dell'apparato valvolare mitralico. Particolare enfasi è data all'entità meno nota, la MAD. Solo recenti limitate casistiche hanno sottolineato come la presenza di MAD possa associarsi a un incremento del rischio di morte improvvisa cardiaca e studi in corso chiariranno come effettivamente vanno gestiti i pazienti con diagnosi (principalmente occasionale) di MAD. •



Quando l'infarto si complica

Le complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto (rottura della parete libera del ventricolo, rottura del setto interventricolare e rottura del muscolo papillare) rappresentano eventi sempre più rari, ma con una mortalità associata ancora elevata, nonostante il miglioramento del trattamento chirurgico e la maggiore tempestività con cui oggi si interviene in questi casi. I pazienti che manifestano una, o a volte più di una, di queste complicanze presentano quadri che variano da un compenso emodinamico labile fino allo shock cardiogeno o all'arresto cardiaco. In queste condizioni, l'uso di supporti meccanici resta determinante sia per stabilizzare il quadro e poter quindi meglio affrontare

l'intervento chirurgico, sia per mantenere un adeguato compenso nelle prime ore postoperatorie. Purtroppo, tale uso resta ancora limitato. In tal senso sicuramente una maggiore ottimizzazione degli algoritmi di trattamento (finora incentrati sull'intervento chirurgico in emergenza), che comprenda l'impiego anche dei supporti meccanici al circolo, potrà offrire un miglioramento della sopravvivenza di questi pazienti, che continua a rimanere subottimale. Servirebbero ulteriori studi per identificare il sottogruppo di pazienti che per caratteristiche cliniche e anatomiche potrebbero beneficiare delle tecniche di riparazione percutanea che sono state descritte negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda la rottura del setto interventricolare e del muscolo papillare. •

STUDIO OSSERVAZIONALE



Morte cardiaca improvvisa: un puzzle da comporre in rete

La lotta alla morte cardiaca improvvisa passa anche attraverso una migliore conoscenza del fenomeno e delle sue cause, in particolare nell'età giovanile. L'articolo di *Ornella Leone et al.* riporta i risultati dei primi due anni di attività della rete multidisciplinare dell'Emilia-

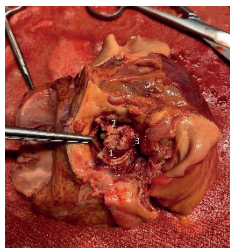
Romagna per lo studio della morte cardiaca improvvisa giovanile, incentrata sui riscontri anatomopatologici post-mortem. Lo spettro delle eziologie riscontrate nei primi 50 casi studiati presso l'Unità di Patologia Cardiovascolare del Policlinico S. Orsola di Bologna è molto ampio, con una prevalenza di cardiomiopatie e miocarditi. Il registro della regione Emilia-Romagna si

> STUDIO OSSERVAZIONALE

aggiunge a quello avviato negli anni '90 in Veneto e a quello recentemente costituito in Toscana. L'interesse del lavoro non è soltanto quello dell'analisi delle cause di morte cardiaca improvvisa giovanile, ma anche e soprattutto l'esperienza di una metodologia di studio accurata basata su un approccio multidisciplinare che coinvolge anatomopatologi, cardiologi, medici legali e genetisti. Nell'editoriale

di accompagnamento di *Iacopo Olivetto* viene richiamata la necessità di un progetto organico nazionale, regolamentato da norme legislative, per lo studio sistematico delle cause di morte cardiaca improvvisa giovanile. Le esperienze virtuose regionali come quella dell'Emilia-Romagna possono sicuramente fornire un'utile base per la costituzione di un registro nazionale istituzionale. •

CASO CLINICO



Endocardite infettiva e infarto miocardico: una coppia di fatto?

Nei pazienti con endocardite infettiva, seppure non di frequente, si può verificare un infarto miocardico a seguito di embolia coronarica, ostruzione di un ostio coronarico da parte di una grossa vegetazione e furto coronarico secondario ad insufficienza aortica severa. *Gian Marco Dacquino et al.* descrivono il caso di un uomo di 72 anni con endocardite infettiva su protesi valvolare aortica biologica. A causa della compressione estrinseca esterna della coronaria destra da parte di

un ascesso perianulare il paziente è stato ricoverato con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST a sede infero-posteriore complicato da shock cardiogeno e da arresto cardiocircolatorio da dissociazione elettromeccanica. Il caso clinico è peculiare perché la diagnosi è stata autoptica mancando in anamnesi dati clinici suggestivi per endocardite infettiva in atto. Gli autori illustrano anche le strategie terapeutiche proposte in letteratura per la gestione di questo inconsueto infarto miocardico. •

POSITION PAPER



Le colonne portanti del trattamento dello scompenso cardiaco

Negli ultimi anni il trattamento dello scompenso cardiaco è stato rivoluzionato da nuove molecole che hanno dimostrato di impattare in modo significativo sulla prognosi dei pazienti. A prescindere da nuovi o vecchi trattamenti, il fulcro dal punto di vista molecolare rimane sempre il sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS). Diversi approcci, diverse combinazioni ma il bersaglio molecolare

per interrompere la spirale negativa dello scompenso rimane il RAAS. In questo numero del Giornale viene pubblicata la prima parte di un interessante position paper della Società Italiana di Cardiologia (SIC). Il documento affronta in dettaglio le basi fisiopatologiche del RAAS e consente così di associare il meccanismo d'azione dei nuovi farmaci a un preciso substrato cellulare e molecolare permettendo di comprendere a pieno il razionale del beneficio clinico osservato. •