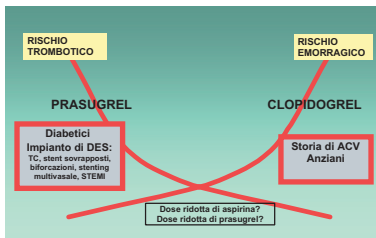


In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

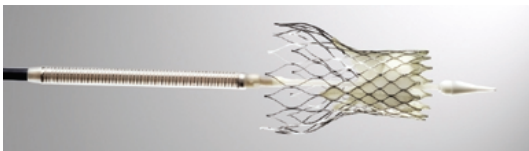
Lo studio TRITON-TIMI 38



Prende avvio una nuova rubrica di revisione critica dei grandi trial con l'intento di fornire al lettore utili chiavi interpretative secondo prospettive diverse. Sebbene gli studi clinici randomizzati e controllati rappresentino lo strumento migliore per validare un'ipotesi, una corretta valutazione dei risultati ottenuti spesso è complessa e le implicazioni cliniche talora contrastanti. *De Servi e Lettino* forniscono con chiarezza e rigore il proprio punto di vista sullo studio TRITON-TIMI 38 (Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38): uno studio di fase III che ha arruolato 13 608 pazienti con sindrome coronarica acuta e sottoposti ad angioplastica coronarica randomizzati al trattamento con prasugrel, un nuovo e più potente antiaggregante piastrinico che si lega al recettore P2Y₁₂, o clopidogrel. Lo studio ha dimostrato una significativa riduzione dell'endpoint primario combinato di morte cardiaca, infarto ed ictus non fatale nei pazienti trattati con prasugrel al prezzo di un aumento, contenuto ma significativo, degli eventi emorragici.

RASSEGNE

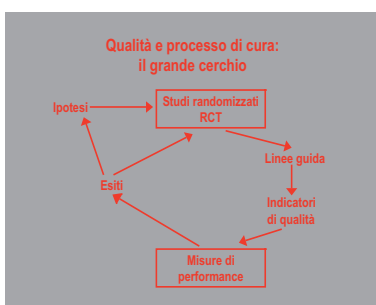
Nuove strategie per il trattamento delle valvulopatie



Il trattamento delle valvulopatie è in continua evoluzione. La nuova frontiera della cardiologia interventistica non coronarica è rappresentata dal trattamento delle cardiopatie strutturali. Negli ultimi anni grandi aspettative sono emerse sul trattamento percutaneo delle valvulopatie, in particolare della stenosi aortica. *Colombo et al.* forniscono un esauriente stato dell'arte sulle diverse tecniche percutanee applicate in differenti contesti nell'ambito dei vizi valvolari congeniti ed acquisiti con particolare riferimento a quelle metodiche che hanno già penetrato la realtà clinica. Una protesi valvolare ingegnerizzata "vitale" in grado di rispondere e rimodellarsi in risposta agli stress meccanici e dinamici come una struttura biologica nativa rappresenta invece l'ultima sfida in cardiocirurgia per il trattamento dei vizi valvolari in particolare nei pazienti pediatrici. *Dainese et al.* ne descrivono con precisione gli aspetti fisiopatologici e tecnologici e le prime esperienze cliniche, sottolineando come la ricerca scientifica nel tentativo di rispondere a richieste non soddisfatte implichi necessariamente un approccio multidisciplinare in cui bioingegneri, biochimici e cardiocirurghi trovino una stimolante e favorevole integrazione.

MANAGEMENT E QUALITÀ

Gli strumenti del controllo di qualità: i registri



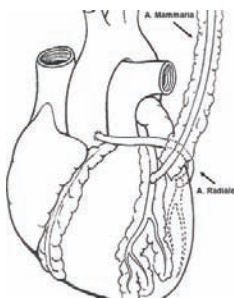
Il controllo di qualità e l'appropriatezza delle prestazioni rappresenta un problema di elevata priorità in medicina. Valutare l'appropriatezza delle prestazioni è un processo complesso che deve originare innanzitutto dalla determinazione dei "livelli essenziali di assistenza" a partire da un sistema di evidenze scientifiche, cliniche ed epidemiologiche, tale da rendere "oggettivo" il fabbisogno di procedure. A questo deve seguire l'implementazione di registri su base informatica in grado di raccogliere in modo sistematico le indicazioni alle procedure e le caratteristiche cliniche dei pazienti. Infine, utilizzando un modello valido e affidabile di aggiustamento per il profilo di rischio del paziente (*risk adjustment*) è possibile procedere ad una corretta analisi dei risultati e a valutazioni generali e comparative di esito, garantendo

che le valutazioni di efficacia siano compiute in riferimento agli interessi generali della sanità pubblica e della comunità nazionale, evitando i rischi di autoreferenzialità dei professionisti nella valutazione dei risultati.

Izzo et al. riportano la propria esperienza sull'impiego di un database che incorpora misure di performance del processo di cura nel contesto di una rete integrata per il trattamento delle sindromi coronariche acute. I risultati indicano come il continuo monitoraggio di variabili sensibili sia in grado di valutare il grado di aderenza alle linee guida e di migliorare la qualità delle cure.

STUDI OSSERVAZIONALI

Rivascolarizzazione miocardica con arteria radiale



L'impiego di condotti arteriosi rappresenta il metodo desiderabile per assicurare una migliore durata ed efficacia della cardiocirurgia coronarica. Virtualmente tutti i cardiocirurghi ed i cardiologi referenti concordano sul fatto che il condotto più efficiente ed affidabile nel confezionare un bypass sia rappresentato dall'arteria mammaria interna sull'interventricolare anteriore (IVA) che rappresenta l'opzione di prima scelta nei pazienti con aterosclerosi critica dell'IVA. I favorevoli effetti clinico-prognostici della scelta di questo condotto sono così uniformemente riconosciuti che attualmente il suo impiego viene utilizzato come indicatore di qualità nei programmi di cardiocirurgia dei singoli centri. L'arteria mammaria interna destra può rappresentare la migliore opzione come secondo condotto utilizzabile. La scelta fra un condotto in arteria radiale o in vena safena potrebbe rappresentare un'opzione di terzo livello. Tuttavia non tutti i pazienti possono essere trattati con un graft bilaterale in arteria mammaria per cui l'impiego di un condotto versatile come l'arteria radiale sta emergendo come una seconda scelta alternativa.

Ferrari et al. analizzano i risultati a breve termine ed i fattori predittivi di rischio di eventi perioperatori dell'impiego dell'arteria radiale. L'analisi in particolare si focalizza sui risultati di quattro diverse tecniche chirurgiche di anastomosi prossimale dimostrando come la possibilità di utilizzare diversi approcci consenta di ottimizzare il risultato nel singolo paziente.

Interventi simultanei di endoarteriectomia carotidea e rivascolarizzazione miocardica

Il miglior trattamento chirurgico di concomitante malattia aterosclerotica carotidea e coronarica rappresenta ancora un dilemma. Il rischio associato all'intervento combinato di endoarteriectomia e bypass aortocoronarico è controverso così come la scelta di procedere al trattamento simultaneo in pazienti con stenosi carotidiche asintomatiche in considerazione dell'elevata instabilità delle lesioni carotidiche in questi pazienti. *Borioni et al.* riportano la loro esperienza sul trattamento combinato ed estensivo dell'endoarteriectomia e bypass aortocoronarico. I risultati a breve termine suggeriscono che questo approccio è sicuro ed efficace con un'incidenza di morte e ictus intraospedaliera del 5.8%. Studi randomizzati in questo contesto di frequente riscontro clinico sarebbero auspicabili.

IL CASO E LA NECESSITÀ ... DI RAGIONARE

L'importanza della consulenza cardiologica – Uomo di 36 anni viene inviato a consulenza cardiologica in vista di un trapianto ortotopico di fegato

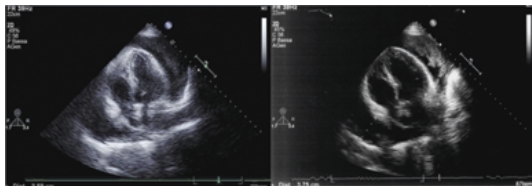


In questa nuova serie i dati clinici derivanti da un caso reale vengono presentati nelle diverse fasi del processo decisionale e commentati da un esperto in modo da simulare il modo in cui le informazioni cliniche emergono nello scenario della pratica clinica quotidiana. L'esperto discute le proprie raccomandazioni e decisioni man mano che le informazioni gli vengono fornite e le condivide con il lettore.

In questo numero viene presentato un caso di un giovane di 36 anni con una diagnosi di epatopatia cronica alcolica avviato a consulenza cardiologica in vista di un trapianto ortotopico di fegato. Come deve svilupparsi la valutazione cardiologica?

CASO CLINICO

Donna di 74 anni con febbre e dispnea ingravescente



Una paziente di 74 anni giungeva a valutazione cardiologica per dispnea e febbre. Gli esami ematochimici documentavano anemia normocitica, leucocitosi ed incremento degli indici di flogosi. La radiografia del torace documentava un addensamento parenchimale con versamento pleurico in assenza di ingrandimento cardiaco. Veniva istituita adeguata terapia antibiotica. Dopo 1 settimana il quadro clinico peggiorava sensibilmente con dispnea ingravescente, ipotensione e turgore delle giugulari.

LINEE GUIDA

Definizione universale di infarto miocardico

Nuova classificazione di IM

Tipo	Descrizione
Tipo 1	Infarto miocardico spontaneo correlato all'ischemia dovuta ad un evento coronarico primario, come nel caso di erosione o rottura, fissurazione o dissezione della placca
Tipo 2	Infarto miocardico secondario ad ischemia dovuta ad uno squilibrio tra richiesta ed offerta di ossigeno, come nel caso di spasmo coronarico, embolizzazione coronarica, anemia, aritmie, ipertensione o ipotensione
Tipo 3	Morte cardiaca improvvisa e inattesa, con arresto cardiaco, spesso accompagnata da sintomi suggestivi di ischemia miocardica, verosimilmente associata a nuovo soprasslivellamento del tratto ST, o nuovo blocco di branca sinistra o riscontro angiografico o autoptico di recente trombosi coronarica. In ogni caso, morte verificatasi prima del prelievo di sangue o quando i livelli dei marcatori biochimici cardiaci non erano ancora rilevabili
Tipo 4a	Infarto miocardico correlato ad intervento coronarico percutaneo
Tipo 4b	Infarto miocardico associato a riscontro angiografico o autoptico di trombosi dello stent
Tipo 5	Infarto miocardico correlato ad intervento di bypass aortocoronarico

Un nuovo documento di consenso ad opera di quattro società scientifiche internazionali affina ed estende la definizione di infarto miocardico così come era stata aggiornata 7 anni or sono. Esso riconosce cinque distinte categorie di infarto miocardico sulla base delle caratteristiche fisiopatologiche e diversi scenari clinici come i pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica o bypass aortocoronarico. Uno dei principali obiettivi del documento è di uniformare specifici criteri diagnostici in modo che essi risultino aggiornati, utili e rilevanti nei diversi contesti clinici ed organizzativi. Le implicazioni della nuova definizione sono rilevanti. Anche in assenza di alterazioni elettrocardiografiche la sola positività delle troponine nel contesto clinico di infarto miocardico o sindrome coronarica acuta è sufficiente per la diagnosi.

Inoltre la nuova definizione non solo supera la vecchia distinzione in infarto Q e non Q, ma anche l'attuale classificazione in infarto con (STEMI) e senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) considerata clinicamente meno interessante. Infine, in considerazione della specificità delle troponine nell'identificare la necrosi miocardica, un numero crescente di casi di infarto, altrimenti misconosciuti, saranno diagnosticati. Si calcola che utilizzando questa nuova definizione la prevalenza di infarto miocardico aumenterà del 25%. Un lucido editoriale del prof. Maseri analizza gli effetti della nuova definizione sulla pratica clinica.