

# Journal Map - n. 68

## Aggiornamenti in Cardiologia dalla letteratura

**Dall' 11 settembre 2023 al 10 settembre 2024**  
**Provider: Clinical Forum - Id: n.11**

**Corso di Formazione a Distanza asincrono:**  
**11-389701 - Edizione: 1**

RAZIONALE SCIENTIFICO .....	2
ISSUE 68.....	2
1. Dalla letteratura internazionale – Terapia antitrombotica post-TAVI: è possibile farne a meno? .....	2
2. Dalla letteratura internazionale – Studi di non-inferiorità per valutare stent coronarici di nuova generazione: quanto sono attendibili? .....	3
3. Dalla letteratura internazionale - Meno stent e più palloni medicati: come potrebbe cambiare la PCI nei pazienti multivasali .....	3
4. Editoriale – Terapia antiaggregante post TAVI: quanto “less” is “more”? .....	3
5. In una immagine – Diagnosis and Treatment of Acute Myocarditis: A Review .....	4
6. Dal Journal of Cardiovascular Medicine – Clinical manifestations of cancer in patients with acute pulmonary embolism .....	4
7. Autori italiani pubblicano – Vascular Access in Patients With Peripheral Arterial Disease Undergoing TAVR: The Hostile Registry .....	4
OBIETTIVO FORMATIVO.....	5
DESTINATARI, DURATA E CREDITI FORMATIVI DEL CORSO.....	5
SEDE DELLA PIATTAFORMA ONLINE .....	6
TEMATICHE OGGETTO DEL CORSO.....	6

## RAZIONALE SCIENTIFICO

Il ricorso alla Letteratura scientifica è uno strumento importante di aggiornamento professionale continuo che permette ai professionisti sanitari di rispondere puntualmente a esigenze specifiche in maniera efficace attingendo ai dati di esperienza più recenti validati da processi di revisione tra pari e confermati da quella revisione continua che il rivolgersi di molte testate scientifiche a un pubblico planetario permette. L'importanza di questo strumento è riconosciuta anche dal programma nazionale di formazione continua in medicina, con l'inclusione dell'uso di materiali cartacei e di materiale didattico digitalizzato fruibile localmente su dispositivo informatico o software didattici (CBT) tra le forme di Formazione a Distanza ammesse. Su queste premesse nasce nel 2020 il progetto "Journal Map" che offre l'analisi di studi chiave pubblicati recentemente sulle più importanti riviste cardiologiche internazionali, attraverso una selezione di contributi originali realizzata da un gruppo di Autori di prestigio nazionale e internazionale guidati dal professor Stefano De Servi, *editor in chief* di questa collana.

"Journal Map", la cui formula è apparsa particolarmente efficace, è stato scelto come strumento per un progetto di Formazione a Distanza che vuole consentire non solo un "aggiornamento professionale in tempo reale" ma anche la valorizzazione dell'impegno formativo individuale attraverso la partecipazione a corsi ECM che utilizzano "Journal Map" come materiale didattico di riferimento per il raggiungimento dell'obiettivo della applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'*evidence based practice*.

Responsabile Scientifico del progetto "Journal Map FaD" e di ciascun corso è il professor Stefano De Servi.

Il corso "*Journal Map 68 - Aggiornamenti in Cardiologia dalla letteratura*" approfondirà i seguenti temi:

## ISSUE 68

### 1. Dalla letteratura internazionale – Terapia antitrombotica post-TAVI: è possibile farne a meno?

Le linee guida ESC raccomandano una terapia antitrombotica con singolo antiplastrinico (ASA) nei pazienti sottoposti a TAVI sulla base dello studio POPular TAVI e di alcune metanalisi. Tuttavia, i pazienti anziani con rischio emorragico elevato (HBR) potrebbero avere complicanze emorragiche pur se in terapia con la sola ASA. L'*outcome* di tali pazienti, se dimessi senza terapia antitrombotica, non è stato sinora riportato.

L'analisi riguarda la terapia antitrombotica alla dimissione in pazienti sottoposti a TAVI elettiva, inclusi nel registro OCEAN-TAVI condotto tra l'ottobre 2013 ed il maggio 2020 in 15 centri del Giappone. Sono stati esclusi dall'analisi i pazienti che necessitavano di anticoagulante e quelli che avevano sviluppato complicanze periprocedurali.

Ad un follow-up di 3 anni, non vi era alcuna differenza nell'*endpoint* primario (NACE = morte cardiovascolare, infarto miocardico, stroke, *bleeding* minaccioso o maggiore) nei tre gruppi mentre il *bleeding* risultava significativamente ridotto nel gruppo no-AT. Vi era tuttavia una forte tendenza verso una ridotta mortalità per ogni causa nel gruppo DAPT. Una diagnosi di trombosi dei lembi valvolari è stata posta nell'8.3% dei pazienti no-AT, ma i gradienti transvalvolari sono risultati simili nei tre gruppi.

Una strategia di assenza di terapia antitrombotica in pazienti TAVI non si è associata ad un maggior rischio di eventi clinici a tre anni di *follow-up*, riducendo le complicanze emorragiche. Essa può essere presa in considerazione in pazienti selezionati, particolarmente se anziani e con alto rischio di *bleeding*.

## 2. Dalla letteratura internazionale – Studi di non-inferiorità per valutare stent coronarici di nuova generazione: quanto sono attendibili?

Gli studi che utilizzano criteri di non-inferiorità dovrebbero confrontare un nuovo trattamento (sia esso un farmaco, un dispositivo medico o una strategia terapeutica) con un altro di uso consolidato, nei confronti del quale si pensa che il nuovo trattamento abbia la stessa efficacia, ma possa dare benefici in termini di *safety*, minor costo o maggiore accessibilità.

Gli autori hanno verificato le conseguenze di una stima imprecisa di incidenza degli eventi nei gruppi “controllo” sull’interpretazione di *trial* clinici randomizzati di confronto tra *stent* di nuova generazione *versus stent standard*. A tal fine hanno considerato 58 studi pubblicati tra il 2015 ed il 2021 (20 sponsorizzati da aziende, mediana del sample size 1.838 pazienti) che hanno incluso globalmente 106.989 pazienti. La maggior parte degli studi ha adottato margini di non-inferiorità in termini assoluti. L’incidenza degli eventi osservati nei gruppi “controllo” (pazienti trattati con *stent standard*) è stata globalmente sovrastimata del 28%. Tra i 50 *trial* che hanno raggiunto la non-inferiorità statistica utilizzando margini assoluti, 17 (34%) non l’avrebbero raggiunta se avessero utilizzato margini di non-inferiorità relativi.

## 3. Dalla letteratura internazionale - Meno stent e più palloni medicati: come potrebbe cambiare la PCI nei pazienti multivasali

L’uso di *stent* multipli e *stent* lunghi (anche in era DES di nuova generazione) durante le procedure di PCI, soprattutto nei pazienti multivasali, comporta un aumento di trombosi e di “*target vessel failure*” (TVF), cioè un composito di morte cardiaca, infarto miocardico e necessità di nuova rivascolarizzazione correlata al vaso trattato. Una strategia che utilizzi con parsimonia i DES e per alcune lesioni i “*drug-coated balloons*” (DCB) è stata proposta come alternativa all’uso estensivo di DES, ma mancano dati provenienti da ampie casistiche e da studi di confronto tra le due strategie.

La casistica consiste nell’analisi di pazienti multivasali retrospettivamente individuati da registri, condotti in Sud-Corea, che hanno globalmente incluso 13.160 pazienti sottoposti a PCI. Utilizzando il metodo del *propensity-score matching* sono stati confrontati (su un totale di 4.460 pazienti multivasali) 254 pazienti in cui i DCB sono stati impiegati in associazione o meno a DES con 254 pazienti trattati con il solo impiego di DES.

Un *endpoint* composito di MACE (morte cardiaca, trombosi di *stent*, *stroke*, infarto miocardico e rivascolarizzazione del *target vessel*, *bleeding* maggiore BARC 3-5) a 2 anni è risultato più frequentemente raggiunto dai pazienti trattati con soli DES rispetto a quelli trattati con DCB e DES. Una strategia di trattamento interventistico di pazienti multivasali utilizzando DCB e DES ha permesso di ridurre un *endpoint* composito di morte cardiaca, trombosi di *stent*, *stroke*, infarto miocardico e rivascolarizzazione del *target vessel*, *bleeding* maggiore rispetto a una strategia basata sul solo impiego di DES.

## 4. Editoriale – Terapia antiaggregante post TAVI: quanto “less” is “more”?

Ad oggi, un ambito inesplorato dai *trial* clinici rimane quello della “non terapia” antiaggregante post TAVR. Infatti, l’uso degli antiaggreganti è attualmente mutuato da quanto deriva da studi ormai datati condotti su bioprotesi aortiche o mitraliche chirurgiche. È proprio in questo punto cieco della letteratura che il lavoro “*No Antithrombotic Therapy After Transcatheter Aortic Valve Replacement*” si inserisce, cercando di derivare alcuni dati su questo tema. Si tratta di uno studio osservazionale condotto sul registro OCEAN-TAVI (*Optimized transCathEter vAlvular iNtervention*), che raggruppa i dati di 15 centri giapponesi, con l’obiettivo di confrontare in maniera retrospettiva tre diversi regimi terapeutici in una popolazione TAVR *real-world*. In particolare, le strategie SAPT (con ASA o clopidogrel) e DAPT (ASA e clopidogrel) sono state messe a confronto con la strategia “*non antithrombotic*”, ossia assenza di terapia antiaggregante post procedurale.

Lo studio, calandosi nel mondo reale, apre alla possibilità, in casi iperselezionati, di non somministrare (o eventualmente sospendere precocemente) la terapia antiaggregante se motivata da un attento giudizio clinico e ci ricorda come la stratificazione del rischio-beneficio (ischemico-emorragico) sia un elemento fondamentale della pratica clinica e che la scelta delle strategie

terapeutiche debba essere la sintesi tra le evidenze scientifiche disponibili ed il profilo clinico del singolo paziente. Infine, questo studio ci ricorda come la terapia antitrombotica post procedurale nella cardiologia interventistica e le possibili strategie di antiaggregazione/anticoagulazione siano in continua evoluzione e oggetto di grande interesse scientifico e clinico.

#### **5. *In una immagine – Diagnosis and Treatment of Acute Myocarditis: A Review***

Ogni anno da 4 a 14 ogni 100.000 soggetti presentano una miocardite acuta. Circa il 75% dei pazienti ricoverati per miocardite ha un decorso ospedaliero privo di complicanze con una mortalità praticamente nulla. Il rimanente 25%, che presenta sintomi di insufficienza cardiaca o aritmia minacciosa, ha una mortalità ospedaliera (o necessità di avere un trapianto cardiaco) del 12%. La presenza di fibrosi del setto alla risonanza magnetica si associa ad un più alto rischio di morte improvvisa, arresto cardiaco, necessità di impianto di defibrillatore, ospedalizzazione per scompenso. I pazienti con una presentazione complicata (shock cardiogeno, scompenso, aritmie severe, blocco AV avanzato) necessitano di una biopsia miocardica per confermare la diagnosi ed escludere una miocardite a rischio elevato quale quella a cellule giganti. I criteri istologici per la diagnosi di miocardite (*Dallas criteria*) consistono nella triade di infiltrazione immunitaria del miocardio, morte dei miociti per causa non ischemica, presenza di cellule immunitarie adiacenti ai miociti morti. La Società Europea di Cardiologia sottolinea per la diagnosi bioptica di miocardite la necessità della presenza, alla biopsia miocardica, di almeno 14/mm<sup>2</sup> di cellule infiammatorie CD45+ e 7/mm<sup>2</sup> cellule infiammatorie tipo CD3+T. La miocardite può essere classificata come linfocitica (la più frequente), eosinofila, a cellule giganti (caratterizzata da infiltrati di linfociti, cellule multinucleate, appunto dette cellule giganti) o da sarcoidosi cardiaca, a seconda della dominanza del tipo di cellule presenti.

#### **6. *Dal Journal of Cardiovascular Medicine – Clinical manifestations of cancer in patients with acute pulmonary embolism***

Le neoplasie aumentano il rischio di embolia polmonare (EP) acuta attraverso diversi meccanismi fisiopatologici. In questo studio di 366 pazienti consecutivi con diagnosi di EP acuta (età media 65.0 ± 16.6 anni, 59% donne), i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: i casi neoplasia-negativi (83%), ossia senza una concomitante neoplasia attiva o storia di neoplasia, e quelli positivi (17%). Tra i pazienti con neoplasia (-) e neoplasia (+) sono state evidenziate differenze statisticamente significative (P < 0.05) per i seguenti fattori di rischio: BMI, tabagismo, emoglobina, ematocrito, globuli rossi, urea, velocità di filtrazione glomerulare, troponina T ad alta sensibilità, proteina C-reattiva (CRP), D-dimero e NT-proBNP. All'analisi di regressione univariata Cox, gli hazard ratio e gli odd ratio - stimati rispettivamente per il rischio di morte anticipata per cancro e per un episodio secondario di EP acuta nei pazienti con neoplasia - sono risultati più di tre volte superiori rispetto ai pazienti senza neoplasia (P < 0.05). In conclusione, molteplici fattori clinici sono utili nella stratificazione prognostica dei pazienti con EP acuta e neoplasia. I pazienti con neoplasia dovrebbero essere trattati con terapia anticoagulante dopo un episodio di EP per prevenire successive recidive e ridurre il rischio di mortalità.

#### **7. *Autori italiani pubblicano – Vascular Access in Patients With Peripheral Arterial Disease Undergoing TAVR: The Hostile Registry***

La via di accesso ottimale nei pazienti con grave arteriopatia periferica (PAD) sottoposti a sostituzione transcateretere della valvola aortica (TAVR) rimane indeterminata.

Questo studio ha cercato di confrontare i risultati clinici con l'accesso transfemorale (TFA), l'accesso transtoracico (TTA) e l'accesso transalternativo non toracico (TAA) nei pazienti con TAVR con PAD grave.

In questo registro sono stati inclusi pazienti con PAD e accesso femorale ostile (TFA impossibile, o possibile solo dopo trattamento percutaneo) sottoposti a TAVI presso 28 centri internazionali.

Tra i pazienti con PAD sottoposti a TAVR, sia TFA che TAA erano associati a tassi inferiori di MAE a 30 giorni e a 1 anno rispetto a TTA, ma i tassi di ictus/TIA a 1 anno erano più alti con TAA rispetto a TFA.

## OBIETTIVO FORMATIVO

I contenuti proposti nell'ambito del corso di Formazione a Distanza **“Journal Map 68 - Aggiornamenti in Cardiologia dalla letteratura”** approfondiscono i temi trattati, con l'obiettivo di stimolare nei partecipanti lo sviluppo delle conoscenze e competenze utili a promuovere il miglioramento della qualità, efficacia e sicurezza nella gestione del paziente, anche grazie alla collaborazione tra le diverse professionalità che, a vario titolo, concorrono nella cura del paziente stesso, coerentemente con l'**Obiettivo formativo di sistema n.1 “Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)”**.

## DESTINATARI, DURATA E CREDITI FORMATIVI DEL CORSO

Il corso è indirizzato a:

- **Medici chirurghi** specializzati in Cardiochirurgia, Cardiologia, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina generale (medici di famiglia), Medicina interna e Neurologia;
- **Infermieri.**

Durata complessiva della didattica del corso: **1 ora e 4 minuti**

<b>durata complessiva utilizzata per il calcolo dei crediti ECM:</b>	<b>01:04:16</b>
di cui, <b>esattamente</b>	
<b>totale caratteri, spazi inclusi</b>	27235
pari a un <b>tempo base</b> di	00:43:05
<b>presenza significativa di lingua non italiana</b>	
pari a un <b>tempo aggiuntivo</b> di	00:03:15
testo o argomento di <b>significativa difficoltà</b>	
pari a un <b>tempo aggiuntivo</b> di	00:00:00
<b>grafici e tabelle</b> di almeno mezza pagina senza commento audio	
pari a un <b>tempo aggiuntivo</b> di	00:02:00
<b>grafici e tabelle</b> di dimensioni inferiori alla mezza pagina senza commento audio	
pari a un <b>tempo aggiuntivo</b> di	00:03:00
impegno necessario per <b>l'approfondimento</b>	
pari a un <b>tempo aggiuntivo</b> di	00:12:56

Al corso è stato assegnato **1 credito formativo**.

## SEDE DELLA PIATTAFORMA ONLINE

Il Corso di Formazione a Distanza **“Journal Map n. 68 - Aggiornamenti in Cardiologia dalla letteratura”** è fruibile tramite il portale FaD di Clinical Forum al seguente indirizzo: [fad.clinicalforum.eu](http://fad.clinicalforum.eu).

La piattaforma attraverso cui viene erogato il Corso è ubicata: a Milano, in viale Gorizia, 22, presso la sede operativa del Provider Clinical Forum e presso Amazon Web Services (Dublino -IE e Francoforte -D).

## TEMATICHE OGGETTO DEL CORSO

Durata	Tematiche oggetto del fascicolo
	<b>Dalla letteratura internazionale</b>
08.44	1. Terapia antitrombotica post-TAVI: è possibile farne a meno?
09.34	2. Studi di non-inferiorità per valutare stent coronarici di nuova generazione: quanto sono attendibili?
09.31	3. Meno stent e più palloni medicati: come potrebbe cambiare la PCI nei pazienti multivasali
10.57	<b>Editoriale</b> 4. Terapia antiaggregante post TAVI: quanto “less” is “more”?
04.25	<b>Rubrica - In una immagine</b> 5. Diagnosis and Treatment of Acute Myocarditis: A Review
02.32	<b>Rubrica - Dal Journal of Cardiovascular Medicine</b> 6. Clinical manifestations of cancer in patients with acute pulmonary embolism
18.07	<b>Rubrica - Autori italiani pubblicano</b> 7. Vascular Access in Patients With Peripheral Arterial Disease Undergoing TAVR: The Hostile Registry. Intervista a Tullio Palmerini