

# SICCH Magazine



## SICCH 2018

### Numero Quattro

**SICCH 2018: Call for abstract**

**Il discorso del Presidente al 50°  
Anniversario della SICCH**

**La ricerca targata SICCH:  
intervista ad Andrea Garatti -  
Studio CASTLE**

**La famiglia del SICCH Magazine si  
allarga: 4 nuovi arrivi nel Board**

## SICCH Board

Presidente	Francesco Musumeci
Vice Presidente	Gino Gerosa
Segretario Organizzativo	Piersilvio Gerometta
Segretario Scientifico	Alessandro Parolari
Tesoriere	Vittorio Creazzo
Consiglieri	Alessandro Giamberti Carlo Antona Davide Pacini Gabriele Di Giammarco Gabriele Iannelli Alberto Pilozi Casado
Revisori dei conti	Claudio Russo Francesco Alamanni Paolo Nardi

## Editorial Board

Editore	Michele Di Mauro
Vice Editore	Giuseppe Raffa
Staff Editoriale	Alberto Pilozi Andrea Montalto Antonio Salsano Caterina Simon Diego Cugola Emmanuel Villa Fabio Barili Fabrizio Sansone Gianluigi Perri Giorgia Bonalumi Giuseppe Scrascia Luca Di Marco Luca Weltert Massimiliano Foschi Mauro Iafrancesco Micaela De Palo Michele Celiento Roberta Liberi Roger Devotini Suad El Qarra Sandro Sponga Vincenzo Tarzia

Cari soci, colleghi ed amici,

Ci siamo!

Il XXIX Congresso Nazionale SICCH si terrà a Roma da venerdì 23 a domenica 25 novembre 2018 ed avrà come titolo “**SICCH meets SICCH**”. Vi saranno numerose novità come la possibilità di presentare dei progetti di studio, i rapid fire, gli e-poster e una serie di sessioni che arricchiranno tutti i partecipanti, mettendoci a confronto, come Comunità Scientifica con altre Società e con il loro punto di vista, specialmente nei campi di interesse comuni. Non mancheranno ovviamente gli incontri con le Istituzioni e le sessioni dedicate alle questioni medico-legali, assicurative e di management sanitario.

Infine, grande spazio sarà dato alle opportunità di training per i nostri giovani, con WetLab, DryLab e corsi tutoriali.



Cliccando su questo link <https://www.sicch.it/eventi-e-congressi/congressi-sicch/congresso-sicch-2018> accederete alla pagina del Congresso sul sito SICCH e potrete inviare i vostri abstract attraverso un nuovo sistema di submission (link <http://sl.easyabstract.it/congresso/SICCH2018>)

Sulla pagina, inoltre, potrete scaricare le novità del congresso e le regole di invio in pdf, che qui riportiamo brevemente:

Gli abstract dovranno essere redatti in inglese, mentre la lingua ufficiale del congresso rimarrà l'italiano.

Vi sono 3 tipologie di abstract che si potranno inviare:

- 1) Clinical or Experimental Study (**Max** 250 parole e 1 tabella/figura;  
**Struttura:** Background and Aim, Methods, Results, Conclusions)
- 2) SFF SICCH For Fellows Proposal Project **NEW** (**Max** 350 parole;  
**Struttura:** Aims and Background, Methods and Sample Size, Expected Results and Role of the fellow)
- 3) Video (**Max** 150 parole; Particularity of the video and brief description; Il format per i video è mp4 ; il size massimo è di 500MB)

L'invio degli abstracts avrà termine **alle ore 24:00 del 1 Maggio 2018**

Alessandro Parolari  
Fabio Barili  
Michele Di Mauro  
Giuseppe Raffa



Cari soci, colleghi ed amici,

A beneficio di chi non avesse avuto la possibilità di partecipare al 50° Anniversario della SICCH, riproporremo, a partire da questo numero del SICCHMagazine, alcuni video che hanno caratterizzato l'evento. Partiamo con il discorso del Presidente: **Francesco Musumeci**

***Buona visione!***



**<https://www.youtube.com/watch?v=dhA5HtOKbqE>**

Il Dott. Andrea Garatti lavora come Dirigente Medico di I livello presso la S.C. di Cardiochirurgia del Policlinico San Donato dall'Agosto 2007.



Oggi risponderà alle nostre domande in qualità di PI dello studio osservazionale retrospettivo di coorte

**CASTLE** (Cardiac Surgery in patients with Liver cirrhosis)

### **QUAL'È L'ASPETTATIVA DI VITA DI PAZIENTI CON DIVERSO STADIO DI CIRROSI (NON CARDIOPATICI)?**

Nonostante la CE virale sia in netto calo negli ultimi anni (ma continua a essere molto rappresentata nei paesi asiatici), è tuttavia vero che la CE alcolica e la CE steato-epatosa (legata al netto incremento della sindrome metabolica e dell'obesità associata) sono in aumento soprattutto nei paesi occidentali. Inoltre, il miglioramento della terapia medica e il conseguente aumento dell'aspettativa di vita hanno determinato in questi pazienti un incremento di incidenza di epatocarcinoma e di cardiopatia (coronaropatia e valvulopatia) di interesse chirurgico. La prognosi dei pazienti con CE è comunque severa e legata alla gravità della disfunzione epatica. Se infatti i pazienti in classe Child A hanno una sopravvivenza a 24 mesi del 80%, tale sopravvivenza si riduce al 50% e al 30% nelle classi B e C rispettivamente.

### **COME È NATA L'IDEA DI QUESTO STUDIO? QUAL'È IL BACKGROUND?**

L'idea di questo studio parte dall'osservazione clinica e dall'analisi della poca letteratura disponibile, che ci ha portato a fare alcune considerazioni: Nonostante la CE non sia inclusa nei più importanti score di rischio di cardiochirurgia come Euroscore o STS Score, essa rappresenta uno dei principali fattori di rischio preoperatorio in CCH. La mortalità perioperatoria nei pazienti affetti da CE, a parità di altri fattori di rischio perioperatori, è nell'ordine del 16%-33% ed aumenta all'aumentare della classe CTP. I pazienti con CE sottoposti a CCH, oltre a presentare elevata mortalità peri-procedurale,

sperimentano spesso un'incidenza significativa di complicanze perioperatorie, le quali, a loro volta, influenzano in modo significativo la mortalità.

Le esperienze riportate in letteratura tuttavia, sono poche, quasi esclusivamente monocentriche, spesso limitate a qualche decina di pazienti, e difficilmente confrontabili poiché non univoche nella definizione di disfunzione epatica e degli outcome considerati. Considerando che l'incidenza di questa patologia nella popolazione cardiochirurgica è relativamente modesta, riteniamo che uno studio multicentrico rappresenti una concreta possibilità di raccogliere la più ampia casistica disponibile attualmente in letteratura su questo argomento.

### **QUANDO È INIZIATA LA RACCOLTA DATI E QUANTI PAZIENTI INTENDETE ARRUOLARE? QUALI I CRITERI DI INCLUSIONE E QUANTI CENTRI INTENDETE COINVOLGERE?**

La raccolta dati è iniziata quest'anno nel nostro centro con 30 pazienti, come studio pilota e come base per definire il dataset e il protocollo. I centri che hanno aderito allo studio sono attualmente 15, e stiamo aspettando che i vari comitati etici diano l'approvazione allo studio. Penso che a breve sarà possibile iniziare la raccolta dati, che prevediamo possa arruolare 200-250 pazienti.

Verranno arruolati tutti i pazienti adulti (età >18 anni) affetti da cirrosi epatica sottoposti a intervento cardiochirurgico (con o senza CEC) nel periodo compreso tra Gennaio 2000 e Dicembre 2015. Verranno esclusi i pazienti di età inferiore a 18 anni, sottoposti a intervento di trapianto cardiaco o impianto di LVAD.

### **QUALI SONO GLI END-POINT?**

Lo studio prevede i seguenti obiettivi: l'obiettivo primario è la mortalità a 30 giorni per tutte le cause. Gli obiettivi secondari sono la valutazione della morbilità periprocedurale secondo la definizione del STS major morbidity, che prevede la riapertura per sanguinamento, l'insufficienza renale acuta, lo stroke, la mediastinite e la disfunzione polmonare. Verrà poi valutata la mortalità a lungo termine per tutte le cause e per causa cardiaca.

L'ultimo obiettivo sarà la creazione di un modello predittivo di mortalità a breve termine mediante integrazione del rischio predetto dal modello Euroscore con i predittori indipendenti emersi dall'analisi multivariata (modello LIVER-Score).

### **QUALI SONO GLI SCORES OGGI UTILIZZATI PER STRATIFICARE IL RISCHIO IN CARDIOCHIRURGIA IN PAZIENTI CON DIVERSO STADIO DI CIRROSI? SONO SUFFICIENTEMENTE DISCRIMINANTI?**

Gli score di rischio normalmente utilizzati in CCH (come l'Euroscore II, l'STS Score e l'ACEF score) non hanno sufficiente potere discriminativo e non tengono in conto di variabili specificatamente legate alla disfunzione epatica. Poiché il livello di mortalità dei pazienti cirrotici che sono sottoposti a CCH è proporzionale al livello di disfunzione epatica preoperatoria, score di valutazione della funzionalità epatica come il MELD o il CTP possono essere utilizzati per stratificare il rischio di mortalità e morbilità di questi pazienti. Tuttavia, per dare un'idea, in un lavoro del 2014 su 55 pazienti, è stato valutato il potere predittivo per mortalità ospedaliera del MELD, del Child e dell'Euroscore, mediante analisi ROC. L'area sotto la curva è stata di 0.50 per il Child, 0.53 per il Meld e 0.60 per l'Euroscore che saliva a 0.71 se veniva implementato con il livello preoperatorio di bilirubina. Appare quindi molto appealing la possibilità di calibrare uno score ad hoc per questi pazienti.

### **CONTATE DI VALIDARE IL "LIVER SCORE" SU UNA POPOLAZIONE CAMPIONE?**

Per il momento no, anche perché non è facile trovare un'ulteriore popolazione di soggetti cirrotici sottoposti a CCH su cui fare una validazione esterna. Si potrebbe però pensare ad uno studio successivo, questa volta prospettico che arruoli questi pazienti su cui applicare il liver score.

### **QUALI PREVEDETE SARANNO I RISULTATI ATTESI E LA LORO RICADUTA CLINICA?**

I dati disponibili in letteratura dimostrano che i pazienti affetti da CE, sottoposti a cardiocirurgia presentano elevata mortalità e morbilità a breve e lungo termine, e tali risultati sono significativamente maggiori di quanto prevedibile in

base agli score di rischio chirurgico attualmente in uso in cardiocirurgia (ad esempio l'Euroscore). Considerando che l'incidenza di questa patologia nella popolazione cardiocirurgica è relativamente modesta, riteniamo che uno studio multicentrico rappresenti una concreta possibilità di raccogliere la più ampia casistica disponibile attualmente in letteratura su questo argomento. Con quali obiettivi? Chiarendo in particolare: 1) quali classi di pazienti con CE sono a rischio proibitivo e quindi da ritenere non candidabili a CCH; 2) quali sono le variabili maggiormente predittive di outcome negativo dopo CCH 3) valutare se in questi pazienti l'utilizzo di alcune strategie chirurgiche (ad esempio off-pump) sia preferibile ai fini di minimizzare il rischio periprocedurale.

### **QUANDO SARANNO DISPONIBILI I PRIMI RISULTATI?**

Realisticamente consideriamo che per far partire lo studio in tutti i centri, completare l'arruolamento ed effettuare le analisi calcoliamo almeno 1 anno. Penso quindi che i primi risultati significativi non siano disponibili prima dell'estate del 2018.

#### **Intervista di Diego Cugola**



**Potete vedere l'intera intervista cliccando sul seguente link:**

<https://youtu.be/7cNrtCOFTIM>



Cari Lettori,

Con grande piacere vi presento 4 nuovi membri dell'Editorial Board: **Gianluigi Perri, Mauro Iafrancesco, Sandro Sponga e Vincenzo Tarzia.**

*Michele Di Mauro*



**Gianluigi Perri**

36 anni  
Affiliazione: Policlinico Gemelli - Ospedale  
Pediatrico Bambino Gesù, Roma  
Laureato presso l'Università Cattolica nel 2006  
Specializzato in Cardiocirurgia presso l'Università Cattolica  
nel 2012



**Mauro Iafrancesco**

40 anni  
Affiliazione: Policlinico Gemelli - Ospedale  
Laureato presso l'Università Cattolica nel 2002  
Specializzato in Cardiocirurgia presso l'Università  
Cattolica nel 2007



**Sandro Sponga**

42 anni  
Affiliazione: Ospedale Pile Santa Maria della Misericordia  
Udine  
Laureato presso l'Università di Ferrara nel 2002  
Specializzato in Cardiocirurgia presso l'Università di Padova  
nel 2007



**Vincenzo Tarzia**

41 anni  
Affiliazione: Az. Ospedaliera Universitaria di Padova  
Laureato presso l'Università di Brescia nel 2003  
Specializzato in Cardiocirurgia presso l'Università di  
Padova nel 2009