



**a cura di
Dr Giovanni Bisignani**
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

1'Ora della Salute

DOMENICA 16 luglio 2012 PAGINA 54

calabria
ora

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.

LA PLASTICA MITRALICA

Ricostruire la valvola senza bisogno di sostituirla

Evitare la sostituzione valvolare mitralica con una protesi artificiale e conservare, quando possibile, la valvola naturale è di gran lunga preferibile in termini di longevità e qualità della vita.

Che cosa è la plastica mitralica?

E' un intervento che ripristina la normale funzione della valvola mitralica, correggendo con tecniche appropriate le lesioni anatomiche che hanno determinato il mal funzionamento della valvola nativa. Rappresenta, quando è possibile, una alternativa di gran lunga preferibile alla sostituzione della valvola mitralica con una protesi artificiale. Quest'ultimo intervento infatti comporta la rimozione della valvola naturale e l'impiego di un corpo estraneo (la valvola artificiale) che, se di tipo meccanico, necessita di terapia anticoagulante permanente.

La plastica mitralica non è un intervento palliativo, ma una procedura che viene effettuata con la prospettiva di ricostruire una valvola destinata a funzionare bene per tutta la vita.

Perché la plastica mitralica?

E' ormai ben acquisito che rispetto alla sostituzione valvolare mitralica, l'intervento di riparazione valvolare ovvero la plastica mitralica viene eseguito con un rischio operatorio notevolmente inferiore. Inoltre il decorso postoperatorio è più semplice e quasi sempre privo di complicanze, con tempi di ospedalizzazione più brevi e ritorno più rapido alla vita normale. La conservazione della valvola naturale e dell'intero apparato sottovalvolare (corde tendinee e muscoli papillari) che connette la valvola al ventricolo ha un ruolo determinante nella preservazione della funzione del ventricolo sinistro. Infine, tutti gli inconvenienti legati alla presenza di un corpo estraneo e alla terapia anticoagulante permanente vengono evitati. L'incidenza di endocardite è decisamente più alta nei pazienti sottoposti a sostituzione valvolare. Oltre ad esporre i pazienti a complicanze emorragiche e tromboemboliche, la terapia anticoagulante richiede frequenti controlli ematici e ha un considerevole impatto negativo sulla qualità della vita.

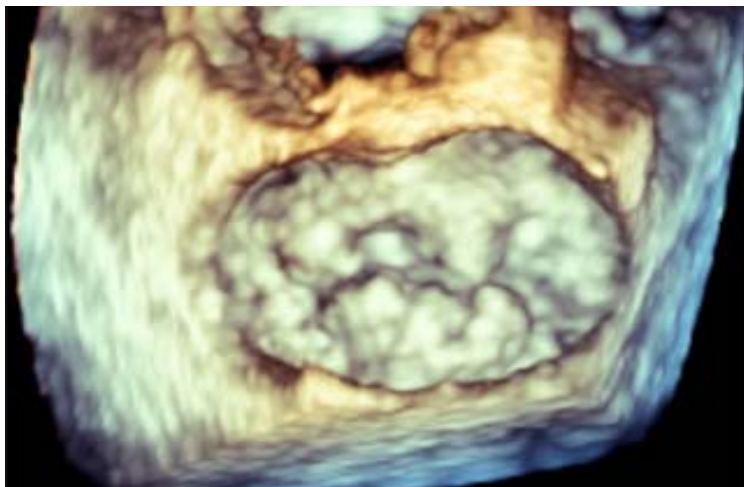


Immagine ecocardiografica tridimensionale di valvola mitralica con prolasso condizionante insufficienza di severa entità. Immagine ottenuta utilizzando sonda transeofagea

Per tutte le ragioni sopra esposte, con la plastica mitralica si raggiungono risultati a lungo termine che sono nettamente superiori a quelli che si ottengono con la sostituzione della valvola.

Quale deve essere l'obiettivo della plastica mitralica?

Il fine ultimo dell'intervento di riparazione mitralica è quello di "neutralizzare" la malattia, cioè di restituire al paziente una lunghezza e una qualità di vita che siano identiche a quelle della popolazione generale non affetta da patologia mitralica. In altre parole, dopo l'intervento, un paziente deve avere esattamente le stesse aspettative e prospettive di vita di un suo coetaneo sano. Questo obiettivo è soltanto possibile quando l'intervento viene eseguito prima che ci sia disfunzione ventricolare sinistra (non sempre facilmente identificabile) e prima che si verifichino disturbi del ritmo (non infrequenti quando l'atrio sinistro è dilatato). La comunità cardiologica nazionale ha recepito molto bene l'opportunità di "neutralizzare" la malattia in questo contesto clinico, tanto è vero che oggi con sempre maggiore frequenza i pazienti con insufficienza mitralica severa vengono indirizzati all'intervento di riparazione

anche se oligosintomatici o addirittura asintomatici. L'ambizioso obiettivo della "neutralizzazione" della malattia è il frutto della stretta collaborazione tra cardiologo e cardiocirurgo ed è possibile solo se è fattibile con certezza un intervento ripartivo.

La plastica mitralica è sempre fattibile?

L'insufficienza mitralica su base degenerativa (degenerazione mixomatosa o deficienza fibro-elastica) è causata dal prolasso dei lembi valvolari ed è correggibile, in mani esperte, in una percentuale che supera il 95% dei casi. La presenza di calcificazioni a livello dell'anello e/o dei lembi riduce fortemente la possibilità di plastica valvolare.

Nella malattia reumatica, invece, l'intervento ripartivo può essere effettuato con realistiche probabilità di successo in una percentuale di casi inferiore al 50%. Anche in questo contesto le calcificazioni rendono la riparazione più difficile e meno efficace.

L'insufficienza mitralica funzionale nella cardiomiopatia dilatativa ischemica o idiopatica può essere corretta con una plastica (nel caso specifico una annuloplastica sottodimensionata) in una elevata percentuale di pazienti, purché il

rimodellamento del ventricolo sinistro non sia estremo. Anche la valvola mitralica affetta da endocardite in fase acuta può essere riparata, purché il processo distruttivo causato dall'infezione sia ancora sufficientemente contenuto. In ogni caso, la fattibilità della plastica mitralica molto dipende dall'esperienza del chirurgo, che dovrà usare con versatilità e perizia l'ampio spettro delle tecniche di riparazione oggi disponibili.

Quale è il rischio operatorio e quali sono i risultati a lungo termine?

Il rischio dell'operazione, che può essere eseguita con tecnica convenzionale o in modo mini-invasivo, è generalmente inferiore all'1%. Se sono presenti patologie associate importanti, o se il paziente è molto anziano o se vi è una significativa disfunzione ventricolare, il rischio operatorio e le complicanze post-operatorie aumentano cospicuamente. In questi casi è sempre necessario valutare preventivamente l'opportunità di procedere all'intervento, considerando nel processo decisionale preoperatorio il rapporto rischio-beneficio.

Il periodo di ospedalizzazione dopo l'intervento è soltanto di pochi giorni, ed il ritorno alla vita normale è nella grande maggioranza dei casi molto rapido. L'impiego di farmaci a lungo termine non è solitamente necessario. Se l'intervento di plastica non viene eseguito tardivamente, l'aspettativa di vita è sovrapponibile a quella della popolazione generale. Anche la qualità di vita non si discosta affatto da quella delle persone del tutto sane. E' tuttavia consigliabile controllare il risultato della plastica mediante esame ecocardiografico una volta all'anno, e applicare la profilassi dell'endocardite nelle circostanze indicate.

La valvola permane ben funzionante dopo la plastica in una percentuale di casi molto elevata: a dieci anni di distanza dall'intervento, oltre il 90% dei pazienti non presenta insufficienza mitralica di significato emodinamico.

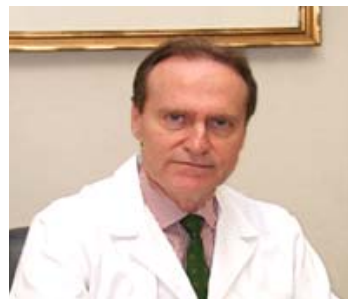
E' bene sottolineare che se l'intervento di plastica viene eseguito quando il paziente è severamente sintomatico, in

presenza di fibrillazione atriale o di disfunzione ventricolare sinistra, i risultati a distanza sono molto meno gratificanti in termini di durata e qualità di vita.

Operare senza aprire il torace: l'approccio percutaneo

La correzione dell'insufficienza mitralica si può oggi ottenere con tecnica chirurgica mini-invasiva o addirittura con tecnica percutanea. Ogni tecnica ha vantaggi e svantaggi che devono essere ben considerati al fine di offrire al singolo paziente la soluzione ottimale per la sua situazione specifica. La tecnica percutanea oggi in uso consiste nell'applicazione, mediante catetere, di una clip che unisce il margine libero dei lembi mitralici nel punto del rigurgito: si tratta della riproduzione della tecnica "edge to edge" da me introdotta nell'armamentario chirurgico circa 20 anni fa. La procedura percutanea si è dimostrata clinicamente utile, quando sussistono le condizioni anatomiche per praticarla, anche se la sua efficacia è nettamente inferiore rispetto all'intervento chirurgico. Per quanto concettualmente attraente, la clip percutanea viene attualmente indicata soltanto nei pazienti con insufficienza mitralica severa e con sintomi importanti, inoperabili o ad alto rischio chirurgico. L'area di applicazione più comune è quella dell'insufficienza mitralica su base funzionale nel contesto di una disfunzione ventricolare sinistra avanzata col quadro clinico dello scompenso cardiaco.

Prof Ottavio Alfieri



Prof Ottavio Alfieri
Direttore Dipartimento
Cardiochirurgia
Direttore della Cattedra di
Cardiochirurgia
Università Vita e Salute
Ospedale S. Raffaele Milano

Il prof Alfieri ha ideato una tecnica originale di chirurgia riparativa della mitrale, che porta il suo nome, (*Alfieri mitral valve repair*), utilizzata in tutto il mondo.