

SOCIETÀ ITALIANA
DI CHIRURGIA TORACICA

XX
CONGRESSO
NAZIONALE

ABSTRACTS

SALSOMAGGIORE TERME (PARMA)
16-19 APRILE 1986

I RISCHI DELLA CHIRURGIA PLURIVALVOLARE CARDIACA

Minale C*, Tazzioli G, Morandi U, Smerieri A, Fontana G, Lavini C, Zanotti L e Lodi R.

* Istituto di Chirurgia Toracica e Cardiovascolare Università di Aachen. Cattedra e Divisione di Chirurgia Toracica Università di Modena.

Tra il 1977 ed il 1985, sono stati operati 345 casi plurivalvolari. Il 95% dei pazienti era nella classe III-IV NYHA preoperativamente. 90% delle aorte, 80% delle mitrali e 11% delle tricuspide sono state sostituite. Le rimanenti valvole sono state ricostruite. Nel 14% sono stati eseguiti interventi aggiunti. La mortalità perioperatoria è stata del 5.5%. Tra le cause di morte si annoverano shock settico, insufficienza cardiaca congestizia, infarto miocardico, polmoniti ed insufficienza multiorganica. Non ci sono differenze significative tra la mortalità dei mitro-aortici (6.8%), mitro-tricuspidalici (1.4%) e trivalvolari (4%). La mortalità tardiva è del 4.5% per anno. Tra le cause si riscontrano deterioramento miocardico, morte improvvisa, polmonite ed infarto miocardico. La frequenza linearizzata delle complicazioni è del 2.2% per le tromboembolie, 1.5% per le emorragie, 1.1% per distacchi valvolari, 0.4% per endocardite, embolia polmonare, emolisi e trombosi valvolare. Il 93% dei sopravvissuti appartiene alla classe I-II NYHA. In conclusione, la sopravvivenza globale dell'83% a 5 anni dall'operazione rappresenta una eccellente sfida alla storia naturale dei vizi plurivalvolari. Il rischio operatorio e tardivo è lievemente più elevato che nei vizi monovalvolari, sebbene al limite della significatività. La sopravvivenza è in stretta relazione con le condizioni miocardiche preoperative. Di conseguenza in questi casi l'indicazione operatoria va posta precocemente.