

XII CONGRESSO SOCIETA' ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA E VASCOLARE
ABSTRACTS

1986

Vol. VIII - Supplemento N. 1

archivio di chirurgia toracica e cardiovascolare



edizioni luigi pozzi - roma

ISSN: 0391-7089

tivi nella quale fu effettuata una doppia sostituzione valvolare mitro-aortica. I pazienti sono stati divisi successivamente in tre gruppi: A: protesi meccanica in posizione aortica e protesi biologica in posizione mitralica; B: protesi meccanica in ambo le posizioni; C: protesi biologica in ambo le posizioni. Ci furono 5 casi di mortalità ospedaliera (5,8%), 2 nel gruppo A, 2 nel gruppo B ed 1 nel gruppo C ($p > 0,05$). La mortalità a distanza, espressa in maniera linearizzata, fu del 5,1%, 2,7% e 5% rispettivamente per il gruppo A, B e C ($p = 0,45$). In tre casi l'esito fu dovuto presumibilmente alle protesi cardiache. La morbilità tardiva consistette prevalentemente in complicazioni di ordine tromboembolico con una frequenza del 3,4%, 2,7% e 10% per i gruppi A, B e C rispettivamente ($p = 0,27$). La sopravvivenza globale con o senza complicazioni, in termini attuariali, fu simile nei tre gruppi. I risultati dello studio indicano che ognuna delle tre combinazioni di protesi valvolari può essere impiegata per la sostituzione mitro-aortica a secondo della propria preferenza e tipo di politica prospettica.

Sopravvivenza e complicazioni nella chirurgia multivalvolare

C. Minale (*) - G. Tazzioli (**) - R. Lodi (**) B. J. Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare dell'Università di Aquisgrana (FRG) e (**) Chirurgia Toracica dell'Università di Modena*

Tra il 1977 e 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 tricuspidi sono state sostituite. Le rimanenti valvole sono state ricostruite. Nel 14% dei casi sono stati eseguiti interventi aggiuntivi. 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-tricuspidali (1,4%) e trivalvolari (4%). La mortalità tardiva è del 4,5% per anno. Tra le cause si annoverano deterioramento cardiaco, 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 preoperatorie. Di conseguenza, in questi casi, l'indicazione operatoria va posta precocemente.

Sostituzioni valvolari in 182 pazienti al disopra dei 60 anni

C. Minale (*) - G. Tazzioli (**) - U. Morandi (**) - R. Lodi (**) - B. J. Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare Università di Aquisgrana (FRG) e (**) Chirurgia Toracica Università di Modena*

Dal 1977 al 1985, 182 pazienti con un'età maggiore di 60 anni furono sottoposti a sostituzione valvolare. Il 19% di essi erano al di sopra dei 70 anni. La valvola aortica venne sostituita in 89 casi, la mitrale in 69 ed entrambe le valvole in 24 casi. Nella valutazione dei risultati fu tenuto conto dei parametri emodinamici, ecocardiografici e clinici antecedenti all'intervento. La durata media del follow-up fu 23 ± 22 mesi. La mortalità perioperatoria fu del 2% per la sostituzione aortica, 4% per la sostituzione mitralica ed 8% per la doppia sostituzione. La mortalità complessiva fu del 3,4% per pazienti al di sotto dei 70 anni e 6% nel gruppo dei più anziani. La chirurgia coronaria

aggiuntiva non comportò un aumento del rischio operatorio. Durante il follow-up decedettero 21 pazienti (13%; 6,8% per anno). Circa 88% dei pazienti sopravvissuti migliorarono il loro stato funzionale di almeno una classe funzionale o restarono in classe II NYHA. A questo riguardo non ci furono differenze al disopra ed al disotto del limite di 70 anni. I dati delle indagini non invasive ed emodinamiche preoperatorie non correlarono con il decorso dei pazienti. Solo l'età al momento dell'intervento, pregressi interventi valvolari e la classe funzionale IV preoperatoriamente implicano significativamente una più alta mortalità ed un più scarso miglioramento clinico. In conclusione, le valvulopatie negli anziani dovrebbero essere operate senza una maggiore restrizione che nelle persone giovani. Anche pazienti al disopra dei 70 anni migliorarono dopo l'operazione, avendo tuttavia un rischio maggiore. Il trattamento conservativo degli anziani, a meno che appartengano alla classe IV NYHA, dovrebbe essere scoraggiato.

pass multipli delle coronarie; in due casi è stata sostituita la mitrale associata a by pass delle coronarie; infine in 3 casi sono stati eseguiti impianti valvolari in sede mitro-aortica associati a sostituzione della tricuspide con una bioprotesi.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di realizzare un follow-up clinico, emodinamico e radiografico dei pazienti operati per verificare l'efficienza e il rendimento delle protesi valvolari impiantate.

Finora abbiamo potuto controllare il 90% dei pazienti operati. 14 pazienti sono deceduti per cause extra-cardiache valvolari. In nessuno dei pazienti sopravvissuti e controllati è stato constatato un malfunzionamento valvolare. Non si è mai verificata una complicanza tromboembolica riferibile alle valvole impiantate. Tutti i pazienti hanno mantenuto un corretto trattamento anticoagulante con A.V.K. Si è osservato un passaggio da classi NYHA superiori a classi inferiori. L'analisi dei controlli ha messo in evidenza risultati clinici, radiografici ed emodinamici soddisfacenti ed ha dimostrato la effettiva efficienza ed affidabilità di questo tipo di protesi valvolare.