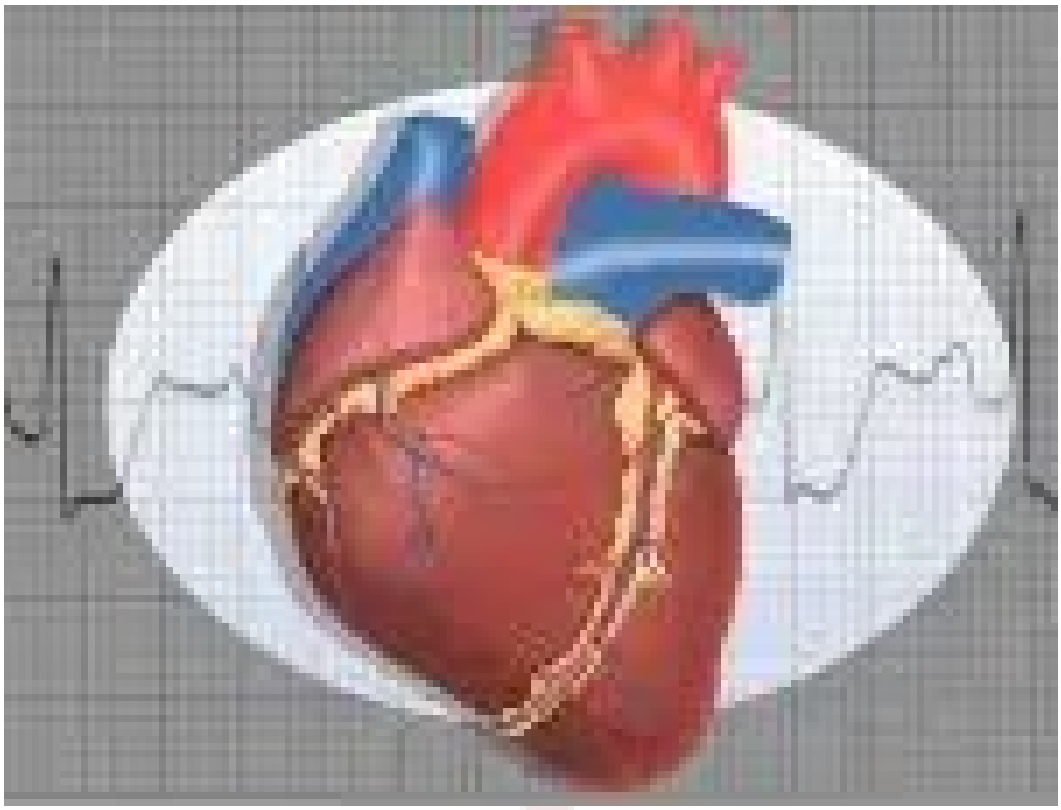
Cardiologia: nuove conferme per gli interventi non invasivi al cuore

Data: Invalid Date | Autore: Redazione



Roma, 25 gennaio 2012- La sostituzione per via transcatetere della valvola polmonare cardiaca (la valvola che controlla il flusso del sangue tra ventricolo destro e arteria polmonare) è una procedura efficace e sicura nei pazienti che mostrano alterata funzionalità del condotto arterioso cardio-polmonare. Lo conferma lo studio Compassion, effettuato con la stessa valvola artificiale (Sapien®, Edwards Lifesciences) già impiegata nell'analoga tecnica di impianto della valvola aortica: TAVI-Transcatheter Aortic Valve Implantation o impianto di valvola aortica transcatetere. Pubblicato lo scorso novembre sul Journal dell'American College of Cardiology, i dati sono stati presentati in Italia al congresso Intercardio 2012, in svolgimento a Roma da oggi sino al 27 gennaio.

La TPVI, l'acronimo che sta Transcatheter Pulmonary Valve Implant o impianto di valvola polmonare transcatetere, "è una tecnica che si può applicare ad adolescenti o giovani adulti colpiti da malformazioni congenite cardiache, i quali hanno già subito, in età neonatale o infantile, un intervento chirurgico a cuore aperto per l'impianto di un cosiddetto condotto valvolato", spiega Luigi Ballerini, cardiologo pediatra, già primario dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma. "Il condotto valvolato, in pratica un dotto di materiale biologico o sintetico contenente una valvola, è la soluzione utilizzata per risolvere situazioni che si creano in alcune cardiopatie congenite, come il truncus arterioso, e che in genere comportano difetti di chiusura tra i ventricoli; oppure quando, sempre nei bimbi molto piccoli, si manifestano alterazioni congenite nel funzionamento della valvola aortica, che viene rimpiazzata dalla polmonare, a sua volta sostituita da questo condotto", aggiunge. "Il condotto

valvolato, o meglio la sua valvola, ha un limite di vita di 7, 8, 10 anni, dopo di che deve essere sostituito. In questi casi è possibile oggi applicare la TPVI", dice ancora Ballerini.[MORE]

La procedura è un'applicazione delle tecniche transcatetere o percutanee, la più conosciuta delle quali è la già ricordata TAVI con la quale, da alcuni anni, è possibile intervenire per rimpiazzare, senza aprire il torace, una valvola aortica danneggiata. Messa a punto nel 2002 dal cardiologo francese Alain Cribier per curare la stenosi aortica - ossia il restringimento che rende difficile il passaggio del sangue dal cuore all'aorta - la TAVI consente di inserire la valvola sostitutiva attraverso l'arteria femorale o la punta del cuore, praticando in questo caso una piccola incisione tra le coste.
Forse pochi sanno, tuttavia, che 2 anni prima di Cribier, un cardiologo pediatra tedesco "globetrotter", specializzatosi in Italia, ma che lavorava a Parigi - Philipp Bonhoeffer - impiantò, sempre per via transcatetere, ma questa volta attraverso la vena femorale, in anestesia locale e in meno di mezz'ora una valvola polmonare in un bimbo di 12 anni, che venne dimesso il giorno successivo.

Per evidenti ragioni epidemiologiche, la TAVI ha avuto il sopravvento. "La TAVI è una tecnica salvavita che permette a chi non può essere operato altrimenti, in un bacino potenziale di circa 50.000 persone con stenosi aortica grave nel nostro Paese, di vivere con un'ottima qualità di vita anziché morire entro 1 anno, come mediamente capita nel 50% dei casi di non-intervento", secondo Paolo Rubino, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Clinica Monte Vergine di Mercogliano (Avellino), a capo dell'equipe italiana con una delle maggiori esperienze in proposito in Europa, con più di 300 interventi compiuti nell'ultimo anno.

Secondo i dati resi pubblici all'ultimo Congresso della Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE) lo scorso ottobre, nel 2009 in Italia sono state effettuate 1.076 TAVI, mentre nel 2010 si è arrivati a 1.580 interventi, in linea con quanto accade negli altri paesi d'Europa, Germania a parte che tocca quota 5.000 TAVI l'anno. Spiega Roberto Violini, Direttore della Cardiologia interventistica dell'Ospedale San Camillo Forlanini e coordinatore di Intercardio 2012: "Questo intervento è riservato a persone con una situazione particolarmente grave, in genere anziane, che mal sopporterebbero o proprio non possono essere sottoposte a intervento cardiochirurgico classico, in circolazione extracorporea, con necessità di un periodo di riabilitazione postoperatoria particolarmente lungo e critico."
La TAVI, peraltro, ha dimostrato di ottenere risultati analoghi all'intervento cardochirurgico. Lo studio PARTNER, pubblicato lo scorso anno sul New England Journal of Medicine dimostra che dopo 12 mesi la mortalità della TAVI (24,2%) e dell'intervento tradizionale (26,8%) sono sovrapponibili. "Proprio la scorsa settimana il nostro gruppo, in collaborazione con una decina di altre equipe italiane, ha visto pubblicati sullo European Heart Journal i risultati di circa 180 TAVI effettuate in Italia a cavallo tra il 2007 e il 2008 - aggiunge Violini. Oltre il 60% delle persone operate allora è tuttora ben vivo e in buone condizioni, dopo 3 anni."

Decisamente più contenuti i numeri degli interventi per la valvola polmonare. Sempre secondo Ballerini, i bambini cardiopatici che nascono ogni anno nel nostro Paese sono circa 4-5.000; più o meno 1.500 sono quelli colpiti da cardiopatie complesse e circa 100-200 di questi ricevono un condotto valvolato. "Oggi, quindi, possono essere poche decine ogni anno, gli interventi di impianto di valvola polmonare per via transcatetere", dice. "Dal 2008 ad oggi – interviene Giacomo Pongiglione, Coordinatore del Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica, Ospedale Bambin Gesù di Roma – nel nostro centro abbiamo impiantato circa 60 valvole con questa tecnica transcatetere, più o meno, un terzo di tutte quelle impiantate in Italia."

Tuttavia, si studiano ulteriori possibilità per questo intervento, in particolare nel caso di una malformazione molto più frequente come la Tetralogia di Fallot, conosciuta anche come sindrome del bambino blu. Un difetto congenito che vede una combinazione di stenosi polmonare per restringimento della valvola omonima, la comunicazione tra i due ventricoli, destroposizione dell'aorta e ipertrofia ventricolare destra. In sostanza, parte del sangue venoso non arriva ai polmoni e torna in circolo povero di ossigeno, con conseguente insufficiente nutrimento di tessuti e organi, da cui appunto il colorito che assume il bambino. “Solitamente, nella tetralogia si interviene chirurgicamente, intorno ai 4-5 mesi di vita, inserendo un patch, una ‘toppa’, tra i due ventricoli e allargando la valvola polmonare. Dopo qualche anno bisogna però intervenire nuovamente per inserire un condotto valvolato al posto della valvola polmonare”, spiega Pongiglione. “Abbiamo, tuttavia, già in alcuni casi sperimentato con successo l’intervento percutaneo: al posto del condotto impiantiamo per via transcatetere una nuova valvola polmonare”, conclude. Un’esperienza che ci permetterà di offrire nel prossimo futuro una soluzione con meno rischi e migliore qualità della vita per il paziente.

Articolo scaricato da www.infooggi.it
https://www.infooggi.it/articolo/cardiologia-nuove-conferme-per-gli-interventi-non-invasivi-al-cuore/23703