

Commento del dott. Valentin Fuster.

Taglio corde transaortico

Riparazione valvolare mitralica nella cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva

Cardiomiopatia con ipertrofia settale di grado medio

Studio condotto in Italia.

Il dott. Paolo Ferrazzi è il primo autore dell'articolo e il chirurgo che ha eseguito questo interessante intervento in pazienti affetti da cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, a Bergamo, Genova e Monza.

Per introdurre l'argomento, circa il 15% dei pazienti con la cardiomiopatia ipertrofica hanno una ipertrofia settale di grado medio con uno spessore massimo del setto interventricolare inferiore a 20 mm. Secondo gli autori, questi pazienti presentano delle anomalie dell'apparato valvolare mitralico e, anche dopo l'esecuzione della miotomia, può persistere un significativo grado di ostruzione che può richiedere la sostituzione valvolare mitralica.

Nel presente studio, gli autori riportano i risultati di una nuova tecnica operatoria che prevede la resezione di corde secondarie ispessite della valvola mitrale, attraverso un accesso transaortico.

Questa procedura viene eseguita in associazione alla resezione del setto muscolare; contribuendo, entrambe, all'abolizione del gradiente a livello del tratto d'efflusso del ventricolo sinistro.

Per quanto concerne il meccanismo fisiopatologico, infatti, la valvola mitrale può essa stessa contribuire significativamente all'ostruzione.

Tra il 2000 e il 2013 circa 300 pazienti, affetti da cardiomiopatia ipertrofica, sono stati sottoposti ad intervento di miotomia chirurgica, da parte del dott. Paolo Ferrazzi.

L'articolo riporta i risultati relativi a 39 pazienti che, presentando un setto sottile con anomalie dell'apparato valvolare mitralico, sono stati sottoposti a resezione di corde secondarie della valvola mitrale, associata a miotomia settale.

Negli oltre due anni di controlli a distanza dei pazienti, la classe funzionale NYHA si è ridotta da 2.9 a 1.1 nel postoperatorio. Il gradiente al tratto d'efflusso si è ridotto da una media di 82 mmHg a 9 mmHg e lo spessore settale medio si è ridotto da 17 mm a 14 mm.

Soltanto un paziente ha presentato un rigurgito mitralico significativo nel follow-up.

L'aspetto più rilevante è che la geometria della valvola mitrale di questi pazienti, prima e dopo la chirurgia, è stata confrontata con 25 pazienti consecutivi che presentavano un quadro clinico e spessori settali simili, sottoposti a miotomia isolata.

Il rapporto tra la lunghezza del lembo anteriore mitralico e l'anulus mitralico è risultata il 17% maggiore e l'area di tenting il 24% più piccola nei pazienti sottoposti al taglio corda, dimostrando che l'apparato valvolare mitralico aveva subito uno spostamento nella, più normale, posizione posteriore rispetto alla cavità ventricolare; prevenendo lo spostamento sistolico della valvola mitrale a livello del tratto d'efflusso e la conseguente ostruzione.

In conclusione, secondo questo studio italiano, circa il 15% dei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica, sottoposti a chirurgia, hanno un setto sottile e un'indipendente depiazzamento anomalo della valvola mitrale. Il trattamento combinato con la miotomia e la resezione delle corde secondarie, ispessite e retratte, del lembo anteriore mitralico, contribuisce all'abolizione del gradiente al tratto d'efflusso del ventricolo sinistro ed evita la sostituzione della valvola mitrale.

Ritengo questo studio particolarmente affascinante per due ragioni.

La prima è che i migliori ecocardiografisti, che si occupano di cardiomiopatia ipertrofica, identificano corde fibrotiche ed ispessite che sembrano contribuire all'ostruzione del tratto d'efflusso del ventricolo sinistro.

In secondo luogo, ho visto numerosi pazienti che dopo essere stati operati per cardiopatia ipertrofica, in diversi centri; presentano ancora un'ostruzione significativa e le anomalie delle corde che ho già menzionato.

Probabilmente il presente articolo, con questa nuova tecnica chirurgica, può aver trovato la soluzione per prevenire questo tipo di situazioni.

Vediamo quello che i colleghi della Mayo Clinic, dott. Rick A. Nishimura e dott. Hartzell V. Schaff, hanno commentato nell'editoriale.

Prima di tutto, ovviamente, si congratulano con gli autori per i risultati della loro esperienza chirurgica nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica.

In secondo luogo, intervengono sull'anomalia dell'apparato della valvola mitrale, che può contribuire all'ostruzione del tratto d'efflusso del ventricolo sinistro. È interessante la fisiologia di questa anomalia che è anche ben descritta nella discussione dagli autori dell'articolo.

In sintesi le corde secondarie, che sono inserite sul corpo delle cuspidi della valvola mitrale aiutano a preservare la forma e la funzione del ventricolo durante l'eiezione, mentre le corde primarie, inserite sul margine libero delle cuspidi, prevengono il flail della valvola.

Nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, le corde secondarie del lembo anteriore mitralico appaiono spesso ispessite, fibrotiche e retratte, il che può causare una trazione anomala dello stesso e favoriscono il dislocamento di una parte della valvola nel tratto d'efflusso del ventricolo sinistro, contribuendo al fenomeno ostruttivo.

L'interpretazione degli autori sui risultati eccellenti che hanno ottenuto i loro pazienti tagliando le corde così ispessite e fibrotiche, unitamente alla miotomia, sembra essere che il setto si assottiglia e il punto di coaptazione della valvola mitralica si allontana dal tratto di efflusso del ventricolo sinistro, in una posizione più posteriore e normale.

Abbiamo notato un rimodellamento della cavità ventricolare sinistra e una normale funzione della valvola mitrale, nella posizione appropriata.

Un ottimo concetto.

Ora veniamo al terzo commento dell'editoriale dei colleghi della Mayo Clinic.

Loro asseriscono, sulla base della propria esperienza clinica, che la miotomia, nei pazienti con setto più sottile, è efficace se estesa distalmente, dove iniziano durante la sistole i movimenti anomali del tratto d'efflusso.

In altre parole, non sono completamente convinti che l'intervento, proposto dal gruppo italiano, si sempre così necessario. Infatti, una procedura sulla valvola mitrale dopo miotomia, secondo il gruppo della Mayo Clinic, risulta necessaria solo nel 2.2% dei pazienti ed il numero dei pazienti che sono stati sottoposti a miotomia per cardiomiopatia ipertrofica è vicino a 2000 casi, una grande esperienza.

Il commento finale dell'editoriale recita che l'intervento in pazienti con la cardiomiopatia ipertrofica, richiede abilità molto particolari ed esperienza e deve essere praticato in centri d'eccellenza con esperienza chirurgica su questa particolare patologia cardiaca.

Grazie.