Insufficienza valvolare aortica: caso clinico

Mauro Pepi

Centro Cardiologico Monzino, IRCCS, Milano

(Ital Heart J 2005; 6 (Suppl 2): 12S-13S)

© 2005 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Mauro Pepi

Centro Cardiologico

Monzino, IRCCS

Via Parea, 4

20138 Milano

E-mail: mpepi@ccfm.it

Un uomo di 50 anni giunge alla nostra osservazione per eseguire un ecocardiogramma. Il paziente, asintomatico, sovrappeso senza storia di reumatismo articolare, né altri elementi diagnostici significativi, aveva recentemente eseguito un elettrocardiogramma patologico (ipertrofia e sovraccarico ventricolare sinistro) durante uno screening aziendale. L'esame ecocardiografico mostra una valvola aortica lievemente fibrotica con una normale escursione sistolica, dilatazione aortica (52 mm a livello dei seni di Valsalva) e severo rigurgito valvolare. Il rigurgito era associato a severa dilatazione ventricolare sinistra (M-mode: diametro diastolico 77 mm; spessori della parete posteriore e settale 12 mm; B-mode: volume telediastolico 480 ml; volume telesistolico 260 ml; frazione di eiezione 45%). L'atrio sinistro, la valvola mitrale (lieve rigurgito funzionale), il settore destro e la pressione sistolica polmonare risultano nella norma.

Questo caso apre molte considerazioni sull'importanza che i dati anamnestici e non invasivi hanno nel fornire informazioni complete sull'indicazione chirurgica nei pazienti portatori di rigurgito valvolare aortico. Come noto l'indicazione chirurgica si basa su precise informazioni sull'anatomia valvolare, sulle dimensioni della radice aortica e dell'aorta ascendente, sulle dimensioni e sulla funzione ventricolare sinistra, oltre che sull'anatomia e sulla funzionalità delle altre valvole, sul settore destro e sulla pressione polmonare sistolica. Moltissimi studi hanno correlato le dimensioni e la funzione sistolica ventricolare sinistra alla mortalità chirurgica e al recupero funzionale. Come noto l'"afterload mismatch" proprio del rigurgito valvolare aortico può comportare (come nel nostro caso) lunghe fasi di asinto-

maticità con dilatazione progressiva ventricolare sinistra e disfunzione sistolica (specie quando è raggiunta la riserva di precarico). Tanto maggiore è la dilatazione diastolica e sistolica e la disfunzione sistolica, tanto maggiore è il rischio operatorio e la probabilità di recupero parziale delle dimensioni ventricolari nel postoperatorio. Fondamentale è anche la durata della disfunzione, ma questa (come nel nostro caso) non è sempre nota. Viceversa, con rare eccezioni, la presenza di sintomi impone la correzione chirurgica.

Il secondo aspetto di discussione è la sempre più rilevante interrelazione tra anatomia valvolare, dimensioni dell'aorta a vari livelli (anulus, seni di Valsalva, giunzione seno-tubulare, aorta ascendente) e rigurgito valvolare. Il rigurgito può essere infatti determinato non solo da una patologia intrinseca valvolare, ma anche e solo dalla dilatazione aortica che altera l'unità funzionale composta dal piano dell'anulus all'aorta ascendente. Questi aspetti, oltre che fornire la corretta interpretazione funzionale del rigurgito in molte patologie (dilatazione su base genetica, dissezione aortica, dilatazione su base secondaria) sono divenuti fondamentali da quando è possibile una correzione riparativa dell'aorta senza sostituzione valvolare. Lo stesso è vero per la bicuspidia aortica nella quale i dettagli anatomici sono fondamentali nel porre indicazione al tipo di intervento da pianificare.

Nel nostro caso è stato eseguito un intervento di sostituzione aortica con protesi meccanica (la valvola era fibrotica) e graft dell'aorta con (follow-up attuale 2 mesi) marcata riduzione dei volumi ventricolari (volume telediastolico ventricolare sinistro 290 ml) e stabilità della frazione di eiezione (45%). Il paziente è asintomatico, anche

se dichiara di “sentirsi meglio” rispetto al preoperatorio. Quest’ultimo dato è abbastanza frequente nei pazienti con rigurgito severo e dilatazione ventricolare, poiché probabilmente si adattano e si autolimitano, mentre successivamente all’intervento riprendono una vita più attiva. È possibile a questo riguardo eseguire test valutativi quantitativi (ad esempio test cardiopolmonare) funzionali che tuttavia nel caso descritto per la severissima dilatazione non furono eseguiti. La riduzione marcata dei volumi nel postoperatorio precoce e nel breve

follow-up sono certamente predittivi di un buon recupero funzionale. Tuttavia il volume ventricolare permane moderatamente aumentato e la funzione sistolica moderatamente ridotta. Certamente una diagnosi più precoce ed un conseguente intervento prima del raggiungimento di una dilatazione così marcata avrebbe portato alla normalizzazione dei volumi ventricolari e della funzione sistolica, risultato atteso quando il timing chirurgico è preciso e dettato da una diagnosi clinico-strumentale precoce e da un follow-up ottimale.