

La Fondazione De Gasperis

Il Dipartimento Cardioracovascolare dell'Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano è affiancato dalla Fondazione De Gasperis, che è impegnata, fra l'altro, nella promozione della ricerca, nella formazione e nell'aggiornamento dei medici e del personale infermieristico. Grande attenzione viene prestata soprattutto alle borse di studio per giovani medici per l'apprendimento nei luoghi di eccellenza.



L'esperto risponde alle domande dei lettori sulle patologie del cuore e dei vasi all'indirizzo internet <http://forum.corriere.it/cardiologia>

In sala operatoria

Tre vicende esemplari testimoniano grandi progressi tecnologici

di ELENA MELI

Una ragazza che non voleva cicatrici a ricordarle un'operazione al cuore. Un culturista di mezza età, ex guardia del corpo, muscolosissimo, nel quale tagliare lo sterno sarebbe stata un'impresa e che non avrebbe potuto sostenere la circolazione extracorporea necessaria per un intervento a cuore aperto. Un professore in pensione con la valvola aortica da sostituire, in condizioni tanto critiche da rendere impossibile la cardiocirurgia.

Tre storie completamente diverse, tre casi risolti grazie a tecniche all'avanguardia di cardiocirurgia mininvasiva al Dipartimento Cardioracovascolare De Gasperis dell'ospedale Niguarda di Milano: oggi, infatti, non sempre è indispensabile tagliare il torace per sostituire valvole cardiache, fare bypass coronarici o riparare "difetti" del cuore. A volte basta un piccolo taglio per introdurre telecamera e strumenti, ottenendo gli stessi risultati possibili con il bisturi classico. Le storie dei tre pazienti curati a Milano dall'equipe di Luigi Martinelli (nel disegno), che dirige la struttura complessa di Cardiocirurgia al De Gasperis, ne sono la prova. «I pazienti spesso non sanno che esiste la possibilità di operare il cuore senza aprire lo sterno, perfino in situazioni relativamente complesse — dice Martinelli —. Così si impariscono anche solo a sentire parlare di cardiocirurgia. Invece, la tecnologia ha consentito una piccola rivoluzione anche in questo settore».

Non aveva idea che il cuore potesse essere operato senza aprire lo sterno la ventottenne arrivata al De Gasperis con un'insufficienza grave della valvola mitrale, che però sapeva bene che cosa significasse un intervento a cuore aperto, per averne viste le conseguenze sulla madre. La mamma della ragazza, infatti, in passato era stata operata per sostituire con una protesi la valvola mitrale e la figlia, ora, era terrorizzata al pensiero del taglio sul torace e della grossa cicatrice che aveva imparato a conoscere; temeva inoltre le terapie a base di anticoagulanti successive all'intervento: le avrebbero reso più difficile avere un bambino, come lei invece, in procinto di sposarsi, desiderava tanto.

L'operazione, tuttavia, era inevitabile, perché la ragazza aveva già uno scompenso cardiaco iniziale: i medici le proposero allora il metodo mininvasivo, una piccola incisione sotto il seno attraverso cui arrivare all'atrio destro del cuore per riparare la valvola. «Con l'apertura del torace, — sottolinea Martinelli — per il medesimo risultato lei

Chirurgia mininvasiva Sempre più spesso i cardiocirurghi agiscono in modo «rispettoso»



Specialisti che il cuore lo riparano «a scatola chiusa»

avrebbe patito conseguenze psicologiche pesanti: avrebbe sempre avuto davanti il ricordo della malattia, sarebbe sempre stata in imbarazzo con una cicatrice deturpante. Oggi, invece, può dimenticarsi questa brutta avventura, perché sta bene, la valvola è stata riparata e non le servono neppure le cure con gli anticoagulanti».

In altri casi non è stato il timore

delle conseguenze estetiche e psicologiche della cardiocirurgia standard a far pendere la bilancia verso le tecniche mininvasive. Quando al Niguarda arrivò quel culturista di mezza età, con diversi acciacchi e una coronaria occlusa per un lungo tratto, i medici dovettero scartare sia l'ipotesi dell'angioplastica sia quella dell'intervento a cuore aperto.

«L'angioplastica sarebbe stata molto complessa, e in più avrebbe richiesto una terapia antiaggregante protratta nel tempo che per le condizioni dell'uomo sarebbe stata rischiosa — racconta il cardiocirurgo —. D'altro canto, aprire lo sterno sarebbe stato parecchio difficile per la presenza, intorno, di muscoli iper sviluppati, che avrebbero reso più complicata anche la

guarigione della cicatrice. E non solo: in passato al paziente era stata asportata la milza e due lobi polmonari, per cui di fatto viveva con un polmone soltanto. La circolazione extracorporea necessaria per un intervento "aperto" sarebbe stata perciò pericolosa».

«Quindi — aggiunge lo specialista — abbiamo deciso di operarlo entrando attraverso un piccolo ta-

glio sotto il pettorale sinistro; non abbiamo dovuto fermargli il cuore e abbiamo realizzato un bypass della coronaria ostruita. Oggi, a distanza di due anni, l'uomo sta benissimo».

Sta bene anche un altro paziente, ultra75enne con una stenosi aortica moderata, curato al Niguarda con le tecniche mininvasive. Con la stenosi — un restringimento ostruttivo della valvola che si trova fra il ventricolo cardiaco sinistro e l'aorta — il sangue non esce più bene dal cuore, affaticandolo e si tratta di un problema abbastanza frequente in età avanzata (dopo i 75 anni riguarda il 7-10% delle persone). L'ex professore non era in buone condizioni, aveva già un certo grado di insufficienza cardiaca e l'intervento a cuore aperto era fuori discussione, troppo pericoloso. Ma era impraticabile anche l'altra opzione che da qualche tempo esiste per i pazienti più anziani, l'impianto di valvola aortica transcateretere (TAVI), che consente di sostituire la valvola senza aprire il torace, portandola al posto giusto attraverso un catetere inserito nel sistema vascolare.

«Sulla valvola dell'anziano signore c'era un'infezione batterica abbastanza estesa, dovevamo ripulire tutta la zona prima di mettere la nuova valvola e con l'approccio tramite catetere non sarebbe stato possibile — spiega Martinelli —. Così scegliemmo la cardiocirurgia mininvasiva, una "via di mezzo" che in questo caso era l'unica a garantirci un buon margine di manovra per eliminare il tessuto infetto, senza essere "pesante" come un'operazione a cuore aperto».

Tra i vantaggi della mininvasiva, infatti, ci sono anche la minor perdita di sangue, la riduzione del dolore post-operatorio e dei rischi di infezione, il recupero più rapido e il ricovero più breve.

«Ovviamente non è possibile operare tutti con la cardiocirurgia "soft". Se si devono sostituire due valvole o fare diversi bypass, ad esempio, la chirurgia standard è ancora necessaria — specifica Martinelli —. Quando però i risultati che si possono ottenere con i due approcci sono sovrapponibili è giusto scegliere questa via, più "dolce" e meno demolitiva, che oggi grazie a telecamere e strumenti speciali ci consente di intervenire senza troppi traumi per il paziente anche in molte situazioni in cui non si può percorrere la via meno invasiva di tutte, ovvero il trattamento attraverso cateteri inseriti nei vasi, per cui non serve neppure un taglio chirurgico».

La cardiocirurgia mininvasiva richiede un continuo aggiornamento delle tecnologie e molta esperienza; in Italia però ci sono già diversi Centri dove è una prassi consolidata.

Vantaggi

Il sangue non circola all'esterno

Il taglio sullo sterno necessario per gli interventi di cardiocirurgia classici è un elemento di rischio perché l'osso può non consolidarsi bene, allungando il processo di guarigione, e perché espone pazienti più «fragili» (ad esempio diabetici, malati di broncopneumopatia cronica, obesità) a una maggiore probabilità di complicanze postoperatorie. Il taglio di pochi centimetri (massimo 6-8), invece, riduce fortemente i rischi: viene inciso lo spazio fra le costole, senza tagliare ossa ma solo pelle e muscoli, così anche il recupero è più veloce. Altro pregio delle tecniche mininvasive è la possibilità di evitare la circolazione extracorporea, perché anche questa è molto pesante per l'organismo: il sangue circola all'esterno del corpo e cuore e polmoni vengono fermati, uno «stress» per la maggior parte dei pazienti che oggi arrivano sul tavolo operatorio, più anziani rispetto al passato e più fragili per colpa di altre malattie.

La «Tavi»

Solo di recente si è riusciti a sostituire o a riparare le valvole cardiache senza fare neppure un piccolo taglio, attraverso cateteri inseriti nei vasi nella cosiddetta «via percutanea». Pochi anni, ma i risultati clinici fanno ben sperare: di recente sono stati presentati i dati di un registro di circa 2.700 pazienti sottoposti all'impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI) in 93 centri di 17 Paesi (450 casi sono stati trattati in 5 centri italiani), secondo cui la sopravvivenza a un anno è di circa l'80% e le complicazioni di rilievo sono scarse. Risultati che mostrano come sia andata ancora meglio nel "mondo reale" rispetto a quanto successo nelle sperimentazioni precedenti, dove ci si era fermati a una sopravvivenza attorno al 75%: merito di valvole sempre migliori e dell'esperienza acquisita dai medici. Resta ora da far sì che l'accesso alla TAVI sia garantito a tutti coloro che ne hanno bisogno: solo alcune Regioni hanno previsto una tariffa di rimborso per questo intervento, così molti pazienti sono costretti a farsi curare lontano da casa.