Insufficienza mitralica: quale intervento?

Data 06 luglio 2014
Categoria cardiovascolare

Secondo un RCT ad un follow up di 12 mesi non ci sono differenze tra sostituzione valvolare e riparazione della valvola in pazienti con insufficienza mitralica grave da cardiopatia ischemica.

Nelle forme di insufficienza mitralica cronica senza sintomi o di gravità lieve, in cui non vi sia ipertensione polmonare e senza fibrillazione atriale, di solito ci si limita a controlli periodici associati a farmaci atti a ridurre il precarico e il postcarico (per esempio aceinibitori o sartani).

Nelle forme più impegnative il trattamento è chirurgico. Il timimg dell'intervento è importante in quanto si deve intervenire prima che si instauri lo scompenso cardiaco. Per questo il monitoraggio clinico ed ecocardiografico rivestono importanza determinante.

Gli approcci chirurgici sono essenzialmente due: la sostituzione della valvola oppure la sua riparazione. Nelle forme di insufficienza mitralica di tipo degenerativo la riparazione della valvola presenta esiti migliori, ma quale di queste due scelte sia preferibile nelle forme associate a coronaropatia non è ben chiaro.
E' peraltro vero che vi sono studi di tipo osservazionale che suggeriscono una superiorità della riparazione rispetto alla sostituzione, ma finora mancavano trials clinici randomizzati e controllati.

Partendo da queste considerazioni è stato effettuato un trial multicentrico in cui sono stati arruolati 251 pazienti affetti da insufficienza mitralica grave dovuta a cardiopatia ischemica. I partecipanti sono stati randomizzati a intervento chirurgico di sostituzione valvolare oppure riparazione tramite anuloplastica. In circa il 75% dei casi inoltre è stato effettuato un concomitante intervento di bypass coronarico.

L'endpoint primario (indice volumetrico ventricolare sinistro telediastico) era paragonabile, a distanza di un anno, tra i duegruppi.
Anche la mortalità a 30 giorni e ad un anno non differiva tra i due gruppi.
Tuttavia vi era, nel gruppo sottoposto a riparazione, un rischio maggiore di recidiva di insufficienza mitralica moderata/grave (33% versus 2%).
Nessuna differenza è stata riscontrata in altri parametri come i giorni di ricovero, le aritmie, la comparsa di scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, la qualità di vita.

Come spiegare la differenza tra i risultati di questo RCT e quello di precedenti studi osservazionali?
Una motivazione potrebbe essere il bias di selezione, nel senso che negli studi osservazionali potrebbero essere stati sottoposti a intervento di sostituzione i pazienti con forme più gravi di insufficienza mitralica.
Un'altra spiegazione potrebbe essere che il follow up dello studio recensito in questa pillola è troppo breve (appena un anno) e che il benefici della riparazione rispetto alla sostituzione potrebbero rendersi evidenti in seguito.
Un'altra spiegazione ancora potrebbe essere nella particolare tecnica usata in questo studio: infatti la sostituzione valvolare è stata eseguita preservando completamente le corde tendinee della valvola, cosa che non sempre può essere avvenuta negli studi osservazionali.

Si attendono i risultati dello studio ad un follow up più prolungato, risultati che potrebbero meglio chiarire questi aspetti controversi.

RenatoRossi

Bibliografia

Acker MA et al. Mitral-valve repair versus replacement for severe ischemic mitral regurgitation. N Engl J Med 2014 Jan 2;370:23-32.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 20/11/2026 alle ore 23:17 | Pagina 1 di 1