

Dott. Claudio Zussa
Specialista in Chirurgia Cardiaca e Vascolare
zussaclaudio@libero.it
www.zussa.it | www.prolassomitrale.it

PROLASSO DELLA VALVOLA MITRALE – DOMANDE FREQUENTI

1. Non ho disturbi; ho scoperto di avere un prolasso della mitrale, con una severa insufficienza, per caso, durante una visita sul lavoro o per idoneità sportiva o perché sono donatore di sangue, come è possibile?

È normale non percepire disturbi, anche in presenza di una insufficienza mitralica severa, per vari motivi. Innanzitutto, il paziente può non rendersi conto dei disturbi, in quanto li attribuisce ad altra causa, come il “batticuore” da stress, da ansia, da sforzo; la ridotta tolleranza agli sforzi per lo scarso allenamento o per l’età che avanza; la “tossetta” all’inquinamento, alle allergie, ai virus; etc.... In secondo luogo, nelle fasi iniziali della malattia, che non ha ancora provocato un danno al muscolo cardiaco, i disturbi possono essere lievi o nulli, perché il paziente riduce progressivamente i suoi sforzi, senza rendersene conto. Infine, se il Cardiologo di fiducia, dopo aver diagnosticato correttamente una insufficienza mitralica significativa, ha prescritto una terapia vasodilatatrice efficace, questa può mascherare i disturbi, anche per lungo tempo, pur non modificando la progressione del danno valvolare, del muscolo cardiaco e dei polmoni.

2. Visto che sto bene, perché dovrei operarmi?

È ormai perfettamente conosciuta la storia naturale della insufficienza mitralica severa non operata. Questa produce, nel tempo, un danno, innanzitutto, all’atrio sinistro, favorendo l’insorgenza di aritmie come la fibrillazione atriale, che richiede una terapia anticoagulante per sempre. Si crea, inoltre, uno stato di pressione elevata all’interno del circolo polmonare, che produce una riduzione progressiva alla capacità di fare sforzi. La respirazione diventa sempre più difficoltosa, soprattutto durante sforzi, o a letto, con la necessità di alzare l’altezza dei cuscini. Può comparire una tosse stizzosa, difficile da trattare, attribuita a inquinamento dell’aria, allergia, farmaci, ansia... Successivamente, i danni cominciano ad interessare la muscolatura del cuore, della sua parte più importante, il ventricolo sinistro. La sua progressiva dilatazione, dovuta alla quantità di sangue “pendolare” che, pompato dal ventricolo in direzione sbagliata per l’insufficienza mitralica, vi torna dentro, oltre ad aumentare il grado di rigurgito, è associata ad una riduzione della capacità di pompare il sangue verso la circolazione generale del corpo. Nelle fasi più tardive, dopo anni, si può determinare una cardiomiopatia dilatativa che, in particolari casi e condizioni, può venir trattata solo con il **trapianto cardiaco**.

3. Cosa può succedere se aspetto ancora per operarmi, anche se il mio Cardiologo e il Cardiochirurgo me lo consigliano?

Per i motivi che ho illustrato nella domanda 2, il ritardo dell’intervento, quando sono presenti tutte le indicazioni unanimemente condivise per farlo, può solo portare ad un danno per il paziente, rendendo meno favorevole il rapporto fra rischio e beneficio. Infatti quando vi è indicazione indubbia e il cuore è ancora in buone condizioni, il rischio è basso ed il beneficio massimo. Progressivamente, aspettando, il rischio di non poter riparare la valvola e quello di aver problemi di vario livello di gravità, durante e dopo l’intervento, aumenta, mentre il beneficio si riduce fino a non poter più rimediare ai danni già provocati dall’insufficienza mitralica ai polmoni e al muscolo cardiaco.

4. Ma se aspetto solo qualche mese, lei può assicurarmi che non avrò problemi, vero?

Nessuno può, se è un professionista serio, assicurare il paziente che non ci saranno problemi se rinvia un intervento, di qualsiasi tipo, quando vi sono già indicazioni precise e inequivocabili. Questo vale per le malattie del cuore, ma anche per ogni altro intervento chirurgico. Nel caso specifico dell’insufficienza mitralica, sicuramente non si possono escludere problemi gravi, come aritmie pericolose per la vita, nel caso

in cui sia già dimostrata una rottura delle corde tendinee (flail), o quando si siano già manifestati episodi di aritmia, come la fibrillazione atriale parossistica (episodi di aritmia di breve durata risolti spontaneamente o con terapia medica) o persistente (episodi risolti con terapia medica o elettrica, ma con ricomparsa della fibrillazione). L'attesa, in questi casi, è stata dimostrata molto pericolosa dagli studi del Professor Francesco Grigioni dell'Università di Bologna, durante la sua permanenza negli Stati Uniti in una delle Istituzioni più prestigiose, la Mayo Clinic di Rochester negli USA.

5. Dopo l'intervento sarò un invalido per sempre?

No. La limitazione dell'attività fisica riguarda solo il periodo precedente l'intervento, per non peggiorare i danni provocati dall'insufficienza mitralica grave già dimostrata. Dopo l'intervento, infatti, se effettuato utilizzando tutte le tecniche che si sono dimostrate più efficaci nel tempo, e nel rispetto di un adeguato periodo di convalescenza, di cui parlo in un altro capitolo, potrete riprendere una vita del tutto normale. Anzi, potrete incrementare l'attività fisica, senza limitazioni, seguendo i consigli del vostro cardiocirurgo o cardiologo, che vi seguirà nel tempo.

6. E' da evitare l'attività sessuale nei mesi successivi all'intervento?

Absolutamente no. Come illustro nel capitolo dedicato alla convalescenza postoperatoria, nei primi 40-50 giorni dopo l'intervento, si deve prestare attenzione a non compiere movimenti asimmetrici del torace (guidare l'automobile, andare in bicicletta, portare pesi rilevanti solo con un braccio) che possono alterare e ritardare la cicatrizzazione (formazione del callo osseo, a livello dell'osso -sterno- che è stato sezionato per raggiungere il cuore). Tutte le altre attività, non solo sono possibili, ma necessarie per mantenere il tono muscolare, la reattività vascolare, la capacità respiratoria e, non per ultimo, il tono dell'umore, cui una serena attività sessuale contribuisce in modo significativo. Importante è usare sempre il buon senso. Anche per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci, ormai noti a tutti, che possono dare un aiuto, in particolari condizioni, nel raggiungere e mantenere nel maschio l'erezione, questi non hanno alcuna controindicazione particolare, solo perché ci si è sottoposti ad intervento di ricostruzione della valvola mitrale. Importante che non coesistano altre malattie associate, come l'ipertensione, o terapie particolari che possono dare effetti collaterali indesiderati, se utilizzati in associazione con i farmaci di cui stiamo parlando. In ogni caso, come per qualsiasi terapia, prima di assumerla è indispensabile consultare il proprio medico di fiducia.

7. E' vero che dopo l'intervento non potrò più andare nella mia casa in montagna a 1500 metri di altezza, né fare le escursioni a 3000 metri?

Anche questo è falso. L'insufficienza mitralica, sia corretta con ricostruzione che con sostituzione, non controindica, di per sé, l'ascensione a quote elevate. La riduzione della concentrazione dell'ossigeno nell'aria, che avviene man mano che si sale di quota, non ha alcun effetto diverso nel paziente operato solo per prollasso della mitrale, rispetto a quello riscontrabile nella popolazione normale. Il cardiocirurgo che vi ha operato, o il cardiologo che segue il vostro percorso, vi potrà consigliare per il meglio, specificamente riferendosi alla vostra situazione clinica.

8. Dovrò fare per sempre la terapia anticoagulante e questo mi impedirà di allontanarmi da dove io abito per più di 10 giorni?

Ho dedicato un apposito capitolo alla terapia anticoagulante. La risposta è diversa a seconda dei casi. Un paziente, operato per insufficienza mitralica, mediante ricostruzione della sua valvola, in assenza di disturbi del ritmo cardiaco potrà sospendere la terapia anticoagulante dopo tre mesi dall'intervento, a seguito di un controllo da parte del cardiocirurgo che lo ha operato. In casi diversi (sostituzione valvolare o aritmie), saranno il cardiocirurgo o il cardiologo che dovranno dare precise indicazioni. Sicuramente, inoltre, al giorno d'oggi, in qualsiasi laboratorio del mondo viene effettuato l'esame della coagulazione chiamato INR, che darà lo stesso risultato in Australia, in Patagonia o a Treviso, dove io ho la residenza. Pertanto, qualsiasi sia la vostra situazione riguardante la terapia anticoagulante, questo non vi impedirà di effettuare i controlli in tutto il mondo.

9. Durante il mio ricovero per l'intervento avrò bisogno di assistenza?

Ogni struttura, pubblica o privata, ha le sue regole, definite dalle leggi vigenti, e disponibilità logistiche,

tipiche della struttura. In genere, durante la degenza del paziente in Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO), non vi è accesso per i familiari, per motivi legati alla riduzione del rischio infettivo. In questa fase, il contatto con i familiari viene tenuto dai responsabili della TIPO. Successivamente, dopo il trasferimento del paziente in Settore Degenze, in ogni caso l'assistenza viene garantita dal personale della Struttura. Se coesistono situazioni cliniche particolari (soprattutto di tipo psico-neurologico, tipico dei pazienti più anziani), che suggeriscono l'utilità della presenza di un familiare, questa viene richiesta dai Medici del Reparto.

In particolari casi, ad esempio nelle strutture private accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale, come quelle che appartengono al Gruppo Villa Maria, vi è la possibilità di richiedere la disponibilità di una camera singola, o doppia per la presenza di un familiare, a regime alberghiero privato, quindi con un contributo da parte del paziente, esclusivamente per la componente alberghiera.

10. Ricostruendo la valvola, per quanto tempo la riparazione resterà efficace?

E' una domanda molto importante e seria. L'esito della ricostruzione, immediato, ma, soprattutto, negli anni successivi, dipende da diversi fattori. Questi sono: l'eziologia (la causa) dell'insufficienza mitralica; il grado di insufficienza; il meccanismo che provoca l'insufficienza; le diverse tecniche usate per ricostruire la valvola; il risultato controllato già durante l'intervento con l'ecocardiogramma transesofageo. Infatti, la causa dell'insufficienza può determinare una progressione della malattia, anche dopo la riparazione. Questo è tipico della malattia reumatica. Se l'insufficienza è provocata da danni valvolari che si sono prolungati nel tempo, la riparazione sarà sicuramente più difficile. Se, inoltre, le tecniche utilizzate per effettuare la riparazione non sono dirette alla prevenzione del ripresentarsi dell'insufficienza (come, invece, succede con l'applicazione di corde artificiali anche a supporto delle zone della valvola mitralica sostenute da corde tendinee patologiche, anche se non ancora rotte), la possibilità di una ricomparsa di insufficienza mitralica è possibile. L'esperienza degli ultimi 20 anni ha dimostrato che i risultati della ricostruzione valvolare mitralica con corde artificiali ha dimostrato risultati positivi stabili nel tempo nella gran parte dei pazienti.

11. Prima dell'intervento il mio cardiologo mi aveva raccomandato di fare attenzione alle infezioni e anche agli interventi del dentista, effettuando la profilassi antibiotica. Dopo l'intervento, essendo guarito, non dovrò più farla?

No. La profilassi antibiotica andrà sempre effettuata, perché, in ogni caso, resta una valvola più debole e fragile di quella normale, soprattutto se si sono applicati corpi estranei come gli anelli artificiali, utilizzati per effettuare l'anuloplastica (tecniche chirurgiche). La profilassi (prevenzione dell'infezione) antibiotica serve affinché i batteri, che possono entrare nel sangue sia in caso di infezione della pelle, della bocca, delle tonsille, delle orecchie, dei polmoni e, soprattutto dei denti e delle vie urogenitali (cistiti, uretriti, prostatiti, etc.), ma anche in occasione di manovre diagnostiche (gastroscopie, rettoscopie, cistoscopie, etc.) o terapeutiche come le cure dentali, dalla pulizia del tartaro alle estrazioni, dicevo, affinché i batteri che possono entrare nel sangue non vadano ad annidarsi nei tessuti della valvola mitrale portando alla sua distruzione (endocardite batterica).

Bisogna subito fare due chiare distinzioni.

La prima fra infezioni da **virus** e quella da **batteri**. I virus, che provocano, ad esempio, il raffreddore o l'influenza o la rosolia, NON possono dare origine all'endocardite batterica e non è necessaria alcuna terapia antibiotica che, anzi, nella maggior parte dei casi, può essere controproducente perché non serve a combattere l'infezione e, al contrario, contribuisce a selezionare nel nostro corpo solo i batteri più pericolosi, che non rispondono alla terapia antibiotica. Al contrario, le infezioni da batteri, come gli streptococchi o gli stafilococchi, cioè quei germi che danno origine a malattie che, spesso, si manifestano anche con la produzione di pus, di secrezioni giallastre dal naso, dalle orecchie, sulle tonsille, nel catarro, nell'urina, etc. possono trasferirsi sulla valvola. In tutti questi casi il vostro medico di medicina generale, per primo, o lo specialista che interpellarete, vi prescriveranno la terapia più adatta. Si tratta, in questo caso, di terapia, non di profilassi. Questo significa assumere il farmaco al dosaggio prescritto, per tutto il tempo previsto e, comunque, fino alla guarigione dell'infezione. NON bisogna assolutamente sospendere la terapia prima del previsto, solo perché non si hanno più disturbi: i batteri possono ancora essere presenti.

La seconda distinzione è quella, appunto, fra **Terapia** e **Profilassi**. Della terapia ho appena parlato. La profilassi ha lo scopo di **prevenire** che si instauri un'infezione. Infatti, tutte le situazioni che ho esemplificato sopra, di manovre diagnostiche o terapeutiche, di per sé non provocano alcuna infezione. Esse possono solo creare le condizioni che favoriscono il passaggio dei batteri dai loro normali habitat, dove non creano danni (la pelle, le mucose della bocca, o dell'intestino, o delle vie uro-genitali, etc.) all'interno della circolazione del sangue, dove potranno trovare facilmente alloggio nelle aree più deboli. Nel nostro caso, nei tessuti della valvola mitrale, creando danni gravissimi.

Lo scopo della profilassi, pertanto, è solo quella di far sì che i batteri, che possono entrare nel sangue in queste situazioni particolari, vengano immediatamente bloccati e distrutti dagli antibiotici. Per questo motivo, il nostro sangue deve contenere già la giusta concentrazione di antibiotico nel momento in cui i batteri hanno la possibilità di entrare nel circolo sanguigno.

Sarà lo specialista, che deve effettuare l'esame diagnostico o terapeutico, che vi prescriverà la profilassi da lui ritenuta più opportuna. Questo, solo se lo metterete al corrente del fatto che siete stati **operati al cuore per una patologia delle valvole**, qualunque questa sia e qualunque intervento sia stato effettuato.

Recentemente, vi è stata una revisione critica di tutti i dati provenienti dalla letteratura scientifica degli ultimi 50 anni¹. Da tale studio sono emersi dati in base ai quali solo per le procedure all'apparato dentario si è dimostrato un aumento delle possibilità di una conseguente endocardite. Si è, peraltro, messo in luce come una scarsa igiene dentaria, i danni fatti dall'uso sbagliato dello spazzolino, del filo interdentale o dallo stuzzicadenti creano un rischio, ogni anno, migliaia di volte superiore a quello determinato da una singola estrazione dentaria.

Per quanto riguarda, invece, le procedure invasive (endoscopie) all'apparato gastrointestinale o urinario, non sono emerse evidenze sicure che la profilassi antibiotica sia efficace sia perché le endocarditi correlabili a queste manovre sono molto rare, sia perché sono causate da batteri spesso resistenti ai normali antibiotici.

Comunque, per dare un'idea del tutto generale, che non potrà mai sostituire la prescrizione precisa del medico che conosce esattamente la vostra situazione, in genere sarà sufficiente, per un paziente adulto, assumere:

- in caso di manovra diagnostica o terapeutica sull'apparato dentario: 2 grammi di amoxicillina + acido clavulanico un'ora prima;

- in caso di manovra sull'apparato gastrointestinale o urinario: una dose per adulto di penicillina o ampicillina o piperacillina o vancomicina un'ora prima, in base alla prescrizione dello specialista che vi segue.

12. Dopo l'intervento di riparazione della valvola mitrale, potrò avere gravidanze?

Sì. Il fatto di riparare la valvola anziché sostituirla offre, fra gli altri vantaggi, proprio quello di consentire una gravidanza assolutamente normale. Io ne ho avuta l'esperienza diretta in più giovani pazienti, cui avevo ricostruito la valvola mitrale. Infatti, con la riparazione si può evitare la terapia anticoagulante a vita. Questa terapia rende improponibile una gravidanza per due ordini di motivi: il primo, che la terapia anticoagulante orale si è dimostrata teratogena (produce malformazioni nel feto) nei primi tre mesi di gravidanza; il secondo, che questa terapia aumenta il rischio di emorragie nell'ultimo trimestre di gravidanza e al momento del parto.

13. Come mi devo comportare con l'intervento rispetto al ciclo mestruale e alla pillola anticoncezionale?

Rispetto al ciclo mestruale, non esiste, in linea di principio, una controindicazione assoluta. Il buon senso suggerisce di evitare di effettuare l'intervento durante il periodo mestruale per due motivi. Il primo, legato a motivi di maggiore difficoltà nell'igiene personale durante la degenza a letto in Terapia Intensiva nei primi

¹ Circulation. 2007;116:1736-1754

giorni dopo l'intervento; il secondo, legato al maggior sanguinamento che si può determinare a causa dell'utilizzo di farmaci anticoagulanti (eparina) durante la circolazione extracorporea. Pertanto, per le donne che hanno un ciclo di durata regolare e prevedibile, mi sento di suggerire di programmare, con il suo cardiocirurgo, l'intervento subito dopo le mestruazioni, per evitare anche di farlo all'inizio di una possibile gravidanza.

Per quanto riguarda la pillola anticoncezionale, questa non costituisce un problema di per sé rispetto all'intervento. E' da tener presente, comunque, che nel periodo di degenza in terapia intensiva, per vari motivi, vi può essere l'impossibilità ad assumerla regolarmente, portando ad alterazioni della durata del ciclo e alla comparsa di mestruazioni anticipate, oltre che alla successiva mancata garanzia della sua efficacia anticoncezionale. Ancora una volta, il buon senso suggerisce di sospendere la terapia anticoncezionale orale (adottando metodi alternativi per evitare gravidanze iniziali non note, al momento dell'intervento al cuore) nel periodo immediatamente precedente l'intervento. Questa potrà venir ripresa, in base alla cadenza consueta, suggerita dal vostro ginecologo, dopo il ritorno a domicilio.

14. Dopo l'intervento di riparazione della valvola mitrale, potrò proseguire la terapia sostitutiva ormonale che seguo per i disturbi della menopausa?

Si. Non esiste alcuna controindicazione alla terapia sostitutiva. Suggesto, comunque, come per ogni paziente, di seguire i consigli che il vostro ginecologo di fiducia vi potrà dare nei periodici controlli.

© Dott. Claudio Vissio