

**“Opinioni a confronto in cardiologia in tema di “cardiopatie valvolari”
Fondazione Don C.Gnocchi Onlus, IRCCS S.Maria Nascente
Milano - 11-12 aprile 2008**

La Fondazione Don C. Gnocchi Onlus, nell’ambito dei percorsi di formazione e aggiornamento rivolti al personale medico, promuove convegno “Opinioni a confronto in cardiologia in tema di cardiopatie valvolari”.

Finalità

Le finalità del convegno sono riconducibili allo sviluppo delle competenze per un migliore approccio medico al paziente con patologie valvolari. Le valvulopatie su base reumatica hanno costituito negli anni passati le cardiopatie valvolari di più frequente osservazione; per contro, nell’ultimo decennio l’aumento medio dell’età della popolazione ha determinato un incremento esponenziale delle patologie valvolari degenerative, che attualmente costituiscono un vero e proprio problema “epidemiologico”. “Opinioni a confronto in cardiologia” si prefigge di approfondire le attuali conoscenze di queste patologie prendendo in considerazione la patogenesi, l’iter diagnostico ed ecocardiografico strumentale, la terapia medica, i criteri di indicazione chirurgica e/o riparativa, anche alla luce delle nuove tipologie di valvole artificiali.

Verranno inoltre discusse problematiche relative al post-operatorio e alla base riabilitativa del paziente post-chirurgico.

La presenza di clinici, ecocardiografisti e cardiocirurghi tra i più esperti sul territorio nazionale sarà occasione per i discenti di una discussione ampia ed articolata.

Destinatari

60 Medici (*disciplina cardiologia*)

Numero di partecipanti

60

Responsabile dell’evento

Dott. Maurizio Ferratini, Primario Unità Operativa di Cardiologia, IRCCS S. Maria Nascente - Fondazione Don Gnocchi Onlus.

Ore di formazione

10 ore di formazione

Docenti

FRANCESCO ALAMANNI, Medico Responsabile e Coordinatore Clinico dell’Unità Operativa di Cardiocirurgia con sede al Centro Cardiologico “Fondazione I. Monzino”

CARLO ANTONA, Direttore della Divisione di Cardiocirurgia dell’A. O. L. Sacco Polo Universitario di Milano.

ANNA MARIA DE BIASE Medico cardiologo presso il Dipartimento Cardiologico De Gasperis dell’Azienda Ospedaliera Niguarda Ca’ Granda di Milano

SOCCORSO ANTONIO CAPOMOLLA, Medico Responsabile Day–Hospital Cardiologico, Laboratorio di Ecocardiografia e Servizio di Telecardiologia – Fondazione Don C.Gnocchi

TIZIANO COLOMBO, Medico coresponsabile presso la Divisione di Cardiocirurgia “De Gasperis” dell’Ente Ospedaliero Niguarda-Milano

PAOLO CORUZZI, Medico Responsabile dell’ Unità di Prevenzione e Riabilitazione cardiovascolare - convenzione tra Università degli Studi di Parma, Azienda Ospedaliera, Azienda sanitaria locale e Fondazione Don C. Gnocchi-ONLUS.

MAURIZIO FERRATINI, Primario Unità Operativa di Cardiologia , IRCCS Santa Maria Nascente-Fondazione Don Gnocchi Onlus.

GIAN FRANCO GENSINI, Preside della Facoltà di Medicina (Università di Firenze), Direttore della Clinica Medica Generale e Cardiologia (Università di Firenze).

LUIGI NICCOLI, Medico Responsabile del Laboratorio di Emodinamica Spedali Civili di Brescia

SAVINA NODARI, Medico Responsabile del servizio di Day Hospital per lo scompenso cardiaco e aritmie presso la Divisione di Cardiologia degli Spedali Civili di Brescia

STEFANO SAVONITTO Medico presso il dipartimento Cardioracovascolare "Angelo De Gasperis" dell' Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

GIUSEPPE TARELLI Medico staff cardiocirurgico dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano

PIERFRANCO TERROSU, Primario Cardiologo presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Civile "SS. Annunziata" di Sassari.

PROGRAMMA

Venerdì 11 aprile 2008

08.45 - 9.00	Registrazione dei Partecipanti
09.00 - 9.15	Saluto delle autorità
09.15 - 9.30	Introduzione al corso (M.Ferratini)
09.30- 13.00:	Sessione I: La stenosi aortica e l'insufficienza valvolare aortica
9.30 - 10.00	Le statine (A. M. De Biase)
10.00 - 10.30	Stenosi moderata e malattia coronarica: scelta terapeutica (G. Tarelli)
10.30 -11.00	La sostituzione valvolare per via percutanea (L. Niccoli)
11.00 - 11.15	L'indicazione chirurgica nel paziente con disfunzioni ventricolare sinistra e basso gradiente transvalvolare (M.Ferratini)
11.15 - 12.00	Gli Ace inibitori e il calcio antagonisti (S.Nodari)
12.00 - 12.15	Gli interventi riparativi (C. Antona)
12.15 - 12.30	Il timing chirurgico (M.Ferratini)
12.30 - 13.00	La valutazione ecocardiografica (M. Ferratini)
13.00 - 14.00	Pausa pranzo
14.00- 17.00	Sessione II: L'insufficienza mitralica ischemica e le protesi valvolari
14.00 - 14.30	Epidemiologia e storia naturale (S.Savonitto)
14.30 - 15.00	La valutazione cardiografica (M.Ferratini)
15.00-15.30	La terapia chirurgica (F. Alemanni)
15.30 - 16.00	Problematiche del post-operatorio (P. Coruzzi)
16.00 -16.15	La modulazione della terapia antitrombotica (P.F. Terrosu)
16.15 - 16.30	Diagnostica delle disfunzioni (M.Ferratini)
16.30 -16.45	Criteri di scelta delle protesi valvolari (T. Colombo)
16.45 -17.00	La riabilitazione post chirurgica (S.Capomolla)

Sabato 12 aprile 2008

9.00 - 13.00	SINDROMI CORONARICHE ACUTE
9.00 - 9.30	Sindromi coronariche acute nell'anziano (G.F. Gensini)
9.30 - 12.30	Tavola rotonda (M Ferratini)
12.30- 13:00	Questionario di apprendimento e questionario di gradimento

ABSTRACT

L' insufficienza mitralica ischemica è una disfunzione valvolare che insorge come complicazione della cardiopatia ischemica con diversi meccanismi:

- La *rottura di un muscolo papillare* (MP), evento acuto che determina un quadro emodinamico grave e immediato e con mortalità elevata, soprattutto se la rottura del MP è completa. La mortalità riportata in letteratura è 75% a 24 ore e 95% a 48 ore dall'evento. La prognosi può essere modificata solo dall'intervento chirurgico immediato, in genere la sostituzione della valvola. Anche l'intervento chirurgico comporta un rischio operatorio molto elevato (20-50%) ma dà risultati migliori di qualunque trattamento conservativo (terapia medica e contropulsatore aortico).
- *L' allungamento di un MP dovuto ad un infarto miocardico* in questa sede è la causa più rara; esso è dovuta alla fibrotizzazione che segue l'infarto miocardico localizzato al MP, con allungamento e conseguente prolasso di parte dei lembi.
- *Il rimodellamento della cavità del VS* dovuta a rimodellamento post-infartuale o severa disfunzione ischemica su uno o più segmenti di parete libera del VS, in prossimità dell'inserzione di un MP, con conseguente mancata coaptazione dei lembi mitralici in sistole. Questa è la causa più frequente di IMI. Si presenta in una percentuale compresa tra 10 e 19% dei pazienti che giungono elettivamente alla coronarografia; si instaura progressivamente ed è un evento meno drammatico della rottura di MP, ma in grado di modificare sostanzialmente la prognosi di questi pazienti.

In un paziente che deve essere operato per la coronaropatia, in cui è cocomitante una stenosi di grado moderato è controverso se sostituire la valvola aortica; la stenosi aortica di grado moderato di per se, non modifica la prognosi immediata del portatore, ma, se non viene corretta, può aggravarsi nel giro di pochi anni e richiedere un secondo intervento che sarebbe più complesso e rischioso. Per valutare l'opportunità di una sostituzione valvolare aortica, che in questo caso risulterebbe "preventiva", bisogna prendere in considerazione più punti:

1. la velocità di progressione della stenosi e la probabilità di richiedere la sostituzione valvolare in un secondo tempo
2. la morbilità e mortalità indotte dalla presenza di una protesi
3. il confronto tra i rischi operatori delle varie opzioni: intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC), di BPAC + sostituzione aortica e quello della sostituzione aortica in portatore di BPAC
4. le caratteristiche del paziente.

Si discutono questi punti per impostare una strategia razionale.

Gli interventi riparativi della valvola aortica vengono effettuati sia con la riparazione o sostituzione del tratto di efflusso aortico, in particolare con gli interventi di "Valve Sparing", sia mediante la riparazione diretta dei Leaflet aortici.

Il presupposto indispensabile per la riparazione è la perfetta conoscenza delle alterazioni anatomiche o patologiche che stanno alla base dell'insufficienza, seguita quindi dalla corretta applicazione delle varie tecniche riparative.

Una particolare cura deve essere posta nello stabilizzare il risultato riparativo, con l'intento di dare maggiore durata alla riparazione.

L'insufficienza aortica è una condizione caratterizzata in primo luogo da un sovraccarico di volume a livello del ventricolo sinistro, che a sua volta rappresenta uno stimolo per un rimodellamento di tipo eccentrico. Tuttavia, quando questi primi meccanismi di adattamento falliscono, il sovraccarico di volume e un'incrementata pressione differenziale a lungo termine determinano ipertensione sistolica e sovraccarico pressorio con aumento del post-carico. Questi meccanismi fisiopatologici supportano l'impiego degli agenti vasodilatatori, quali ACE-inibitori e Calcio antagonisti, come terapia medica dell'insufficienza aortica al fine di prevenire la disfunzione sistolica ventricolare sinistra e ritardare l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare. In realtà, esistono in letteratura poche esperienze cliniche riguardo all'impiego di tali farmaci che non solo si riferiscono a piccole casistiche ma hanno dato anche risultati discordanti. Saranno quindi necessari ulteriori studi sperimentali allo scopo di verificare l'effetto benefico di tale terapia.