

XII CONGRESSO SOCIETA' ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA E VASCOLARE
ABSTRACTS

Vol. VIII - Supplemento N. 1

1986

archivio
di chirurgia toracica
e cardiovascolare



edizioni luigi pozzi - roma

ISSN: 0391-7089

Bimestrale - Spediz. abbon. postale - Gruppo TV - 70%

tivi nella quale fu effettuata una doppia sostituzione valvolare mitro-aortica. I pazienti sono stati divisi successivamente in tre gruppi: A: protesi meccanica in posizione aortica e protesi biologica in posizione mitralica; B: protesi meccanica in ambo le posizioni; C: protesi biologica in ambo le posizioni. Ci furono 5 casi di mortalità ospedaliera (5,8%), 2 nel gruppo A, 2 nel gruppo B ed 1 nel gruppo C ($p > 0,05$). La mortalità a distanza, espressa in maniera linearizzata, fu del 5,1%, 2,7% e 5% rispettivamente per il gruppo A, B e C ($p = 0,45$). In tre casi l'esito fu dovuto presumibilmente alle protesi cardiache. La morbilità tardiva consistette prevalentemente in complicazioni di ordine tromboembolico con una frequenza del 3,4%, 2,7% e 10% per i gruppi A, B e C rispettivamente ($p = 0,27$). La sopravvivenza globale con o senza complicazioni, in termini attuariali, fu simile nei tre gruppi. I risultati dello studio indicano che ognuna delle tre combinazioni di protesi valvolari può essere impiegata per la sostituzione mitro-aortica a secondo della propria preferenza e tipo di politica prospettica.

Sopravvivenza e complicazioni nella chirurgia multivalvolare

C. Minale (*) - G. Tazzioli (**) -
R. Lodi (**) B. J. Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare dell'Università di Aquisgrana (FRG) e (**) Chirurgia Toracica dell'Università di Modena*

Tra il 1977 e il 1985, sono stati operati 345 casi plurivalvolari. Il 95% dei pazienti era nella classe III-IV NYHA preoperativamente. 90% delle aorte, 80% delle mitrali e 11% delle tricuspidi sono state sostituite. Le rimanenti valvole sono state ricostruite. Nel 14% dei casi sono stati eseguiti interventi aggiuntivi. La mortalità perioperatoria è stata del 5,5%. Tra le cause di morte si annoverano shock settico, insufficienza cardiaca congestizia, infarto miocardico, polmoniti ed insufficienza multiorganica. Non

ci sono differenze significative tra la mortalità dei mitro-aortici (6,8%), mitro-tricuspidali (1,4%) e trivalvolari (4%). La mortalità tardiva è del 4,5% per anno. Tra le cause si annoverano deterioramento cardiaco, morte improvvisa, polmonite ed infarto miocardico. La frequenza linearizzata delle complicazioni è del 2,2% per le tromboembolie, 1,5% per le emorragie, 1,1% per distacchi valvolari, 0,4% per endocardite, embolia polmonare, emolisi e trombosi valvolare. Il 93% dei sopravvissuti appartiene alla classe I-II NYHA. In conclusione, la sopravvivenza globale dell'83% a 5 anni dall'operazione rappresenta una eccellente sfida alla storia naturale dei vizi plurivalvolari. Il rischio operatorio e tardivo è lievemente più elevato che nei vizi monovalvolari, sebbene al limite della significatività. La sopravvivenza è in stretta relazione con le condizioni miocardiche preoperatorie. Di conseguenza, in questi casi, l'indicazione operatoria va posta precocemente.

Sostituzioni valvolari in 182 pazienti al disopra dei 60 anni

C. Minale (*) - G. Tazzioli (**) - U.
Morandi (**) - R. Lodi (**) - B. J.
Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare Università di Aquisgrana (FRG) e (**) Chirurgia Toracica Università di Modena*

Dal 1977 al 1985, 182 pazienti con un'età maggiore di 60 anni furono sottoposti a sostituzione valvolare. Il 19% di essi erano al di sopra dei 70 anni. La valvola aortica venne sostituita in 89 casi, la mitrale in 69 ed entrambe le valvole in 24 casi. Nella valutazione dei risultati fu tenuto conto dei parametri emodinamici, ecocardiografici e clinici antecedenti all'intervento. La durata media del follow-up fu 23 ± 22 mesi. La mortalità perioperatoria fu del 2% per la sostituzione aortica, 4% per la sostituzione mitralica ed 8% per la doppia sostituzione. La mortalità complessiva fu del 3,4% per pazienti al di sotto dei 70 anni e 6% nel gruppo dei più anziani. La chirurgia coronaria