

**Cardiologia** Si diffonde, soprattutto per i pazienti più anziani, una nuova strategia che sostituisce la chirurgia

# La valvola di ricambio senza bisturi

*Nata in Francia nel 2002, è già in sperimentazione in molti centri italiani*

Tutto comincia in Normandia quando un cardiologo dell'ospedale di Rouen, Alain Cribier, riesce ad impiantare senza aprire il torace una protesi capace di «guarire» la stenosi aortica. Ovvero quel restringimento (frequente: ne è colpito il 3 per cento della popolazione oltre i 65 anni) che rende difficile il flusso del sangue dal ventricolo sinistro del cuore all'aorta. Il passare degli anni è particolarmente inclemente nei confronti di questa piccola struttura a nido di rondine, detta valvola semilunare o aortica, tanto che oggi la sua stenosi rappresenta il 25 per cento delle patologie valvolari cardiache.

A Rouen correva l'anno 2002 e il malato-pioniere, in condizioni così critiche da non poter sopportare l'intervento a «cielo aperto», dopo poche ore beveva champagne con l'équipe riuscita nell'impresa. Da allora, la meto-

dica ideata dal cardiologo francese (il primo caso fu pubblicato sulla rivista *Circulation* nello stesso anno) perfezionata, è stata utilizzata in oltre 500 pazienti in Europa, Italia compresa (il primo impianto con una tecnica ancora molto complessa, nel giugno del 2004, al San Raffaele di Milano).

Sono stati i buoni risultati

di questi impianti a catturare l'attenzione di Paolo Biglioli, noto cardiocirurgo, direttore scientifico dell'istituto cardiologico **Monzino** di Milano che quest'anno ha invitato Alain Cribier ad operare «a casa sua». E ne è entusiasta. Dice Biglioli: «Finora con Cribier abbiamo fatto sei casi, con risultati soddisfacenti: andremo avanti in questa colla-

borazione fino ad ottobre. Dobbiamo imparare al meglio. Mi sto rendendo conto che la possibilità di risolvere certe patologie della valvole senza il bisturi, se ci investiamo senza pregiudizi e senza la paura di perdere potere, è una piccola rivoluzione. Soprattutto per il paziente. Fermo restando che si tratta ancora di una procedura sperimentale che ha bisogno di molte verifiche sul campo: è troppo "giovane", i casi trattati in Europa risalgono al massimo a cinque anni fa».

Ma con tutte le prudenze del caso, Biglioli è ottimista: «Nel futuro la cardiocirurgia per queste patologie dovrà cedere il passo alla cardiologia interventistica, o meglio, si dovrà arrivare ad un'équipe che lavora all'unisono, senza rivalità. Una sala operatoria, perciò, sempre più "affollata" perché la scelta della minore invasività prevede la presenza del cardiocirurgo, del chirur-

go vascolare, del cardiologo interventista, dell'ecografista, oltre che dell'anestesiista ovviamente».

In effetti rispetto all'intervento chirurgico classico di sostituzione della valvola, la via ideata da Cribier è più leggera: l'anestesia, come per l'angioplastica (la dilatazione dell'arteria compromessa con il palloncino, procedura di routine ormai) è locale, abbinata alla sedazione, e l'inserimento della protesi, costituita da una rete metallica con all'interno lembi di pericardio (il tessuto che avvolge il cuore) bovino avviene dall'arteria femorale percorrendo i vasi in senso contrario al flusso. Fino al cuore. Una volta in sede, il dispositivo viene espanso mediante il gonfiaggio del palloncino.

Ma se la valvola ideata da Cribier è prodotta da una ditta californiana ha dalla sua una buona prova sul campo, un'altra le si è affiancata in questi ultimi anni: la protesi valvolare che si autoespande, anch'essa *made in Usa*. Impiantata finora in circa cinquecento pazienti in Europa, un centinaio in Italia «E, come la precedente, costituita da lembi in materiale biologico (pericardio porcino) inseriti un cestellino metallico — spiega Silvio Klugmann, direttore della cardiologia emodinamica dell'ospedale Niguar-

da di Milano, che ne ha appena inserite due —. Un po' speciale, però, perché il metallo, il nitinolo, ha la caratteristica di dilatarsi adattandosi alla conformazione dell'aorta del paziente. Questo la rende molto maneggevole».

Gli altri centri coinvolti nella sperimentazione della protesi autoespandibile (come la precedente, non è stata ancora approvata dall'ente federale sanitario americano, la *Food and Drug Administration*) sono Catania, Padova, Brescia, Torino, Pisa e Bologna.

Antonio Marzocchi, direttore dell'emodinamica dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna, che ne ha già applica-

te cinque, commenta: «Indipendentemente dalla bontà dell'una e dell'altra protesi, sono convinto che la strada mininvasiva ci permetterà di garantire una buona qualità di vita alle tante persone anziane che soffrono di stenosi aortica».

Destinate a diventare un esercito, visto l'invecchia-

mento della popolazione. Per ora, anche per i costi di queste protesi (circa 20.000 euro) l'indicazione è selettiva: soltanto pazienti anziani per i quali la chirurgia rappresenta un rischio grave. La Regione Lombardia lo ha specificato in una delibera di giunta nel novembre scorso.

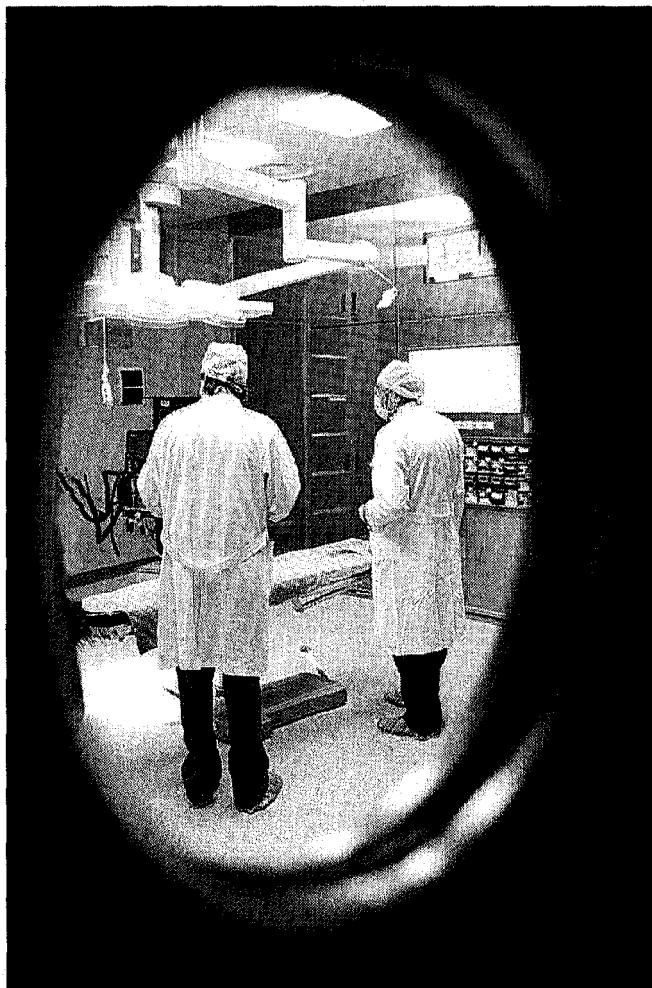
**Franca Porciani**

**Quando la valvola aortica si «sfiacca», ora può essere sostituita col «cateterismo», cioè attraverso le arterie.**

## La sala operatoria

Paolo Biglioli, direttore dell'istituto **Monzino** di Milano: «Per essere meno invasivi ci vuole una sala operatoria molto affollata, con tanti specialisti in équipe»



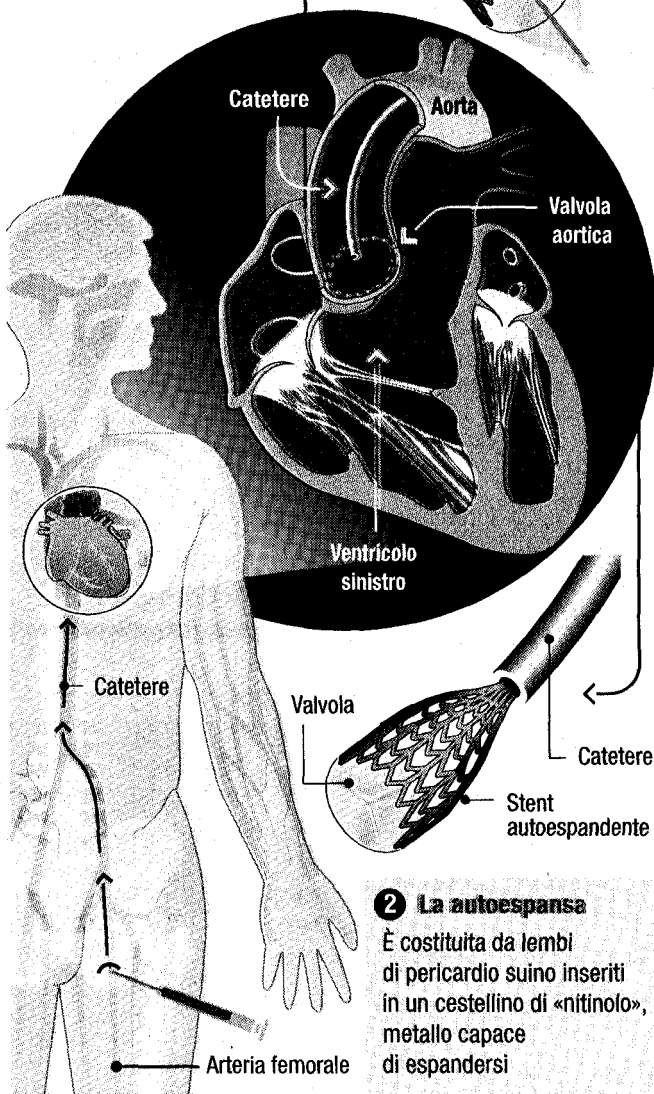
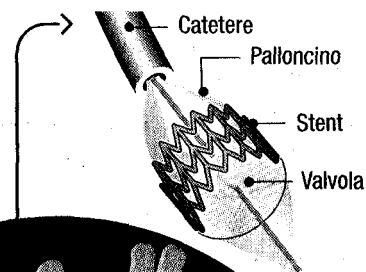


## Le due tecniche di riparazione

Qui sotto vedete come avviene l'inserimento della nuova valvola aortica senza intervento chirurgico

### 1 Il modello Cribiér

La protesi è una retina metallica con all'interno lembi di pericardio bovino



### 2 La autoespansa

È costituita da lembi di pericardio suino inseriti in un cestellino di «nitinolo», metallo capace di espandersi

## In Italia

### Alla prova anche quella polmonare

Anche la sostituzione della valvola polmonare può essere attuata senza bisturi. Utilizzata per la prima volta a Londra, la valvola, inseribile per via percutanea, è in materiale biologico, supportata da una retina metallica. «Gli impianti in Europa finora sono stati 350, 25 in Italia in 6 centri» informa Mario Carminati, direttore della cardiologia pediatrica del Policlinico San Donato di Milano, che ha utilizzato la tecnica in 8 casi.

EMANUELE LAMEDICA