

Medicina

Mi spieghi dottore



L'iniziativa

L'Atlante della salute del Corriere della Sera

Le tavole di medicina illustrata del «Corriere Salute» per la prima volta riunite in una grande enciclopedia medica per tutta la famiglia. È infatti in libreria «Mi spieghi

dottore. Atlante della salute del Corriere della Sera», a cura di Antonella Sparvoli, con le illustrazioni di Mirco Tangherlini e la prefazione di Umberto Veronesi (288 pagine, 35 euro). Così l'appuntamento domenicale del Corriere Salute diventa anche un volume da conservare e consultare nel tempo, uno strumento illustrato capace di guidare i lettori nella migliore comprensione di sintomi e possibili malattie e di consigliarli nella ricerca di esami, controlli, terapie.

Che cos'è l'insufficienza mitralica?

Lo specialista

Una valvola del cuore non «tiene bene» e parte del sangue torna indietro



Francesco Alamanni
Responsabile Chirurgia cardiovascolare Centro cardiologico Monzino di Milano

Più del 10 per cento delle persone con più di 75 anni soffre di insufficienza mitralica, condizione che si verifica quando la valvola mitrale, che separa le due camere di sinistra del cuore, l'atrio e il ventricolo, non chiude perfettamente. La conseguenza è che il sangue che dovrebbe essere spinto dal ventricolo sinistro verso l'aorta, e da qui al resto dell'organismo, refluisce in parte nell'atrio. A lungo andare, se la perdita è importante, il cuore, costretto a lavorare di più, si sfianca e inizia a dare segnali del suo affaticamento.

Che cosa causa l'insufficienza mitralica?
«A provocare l'insufficienza sono difetti a livello delle strutture che compongono la valvola mitrale — spiega Francesco Alamanni, responsabile della Chirurgia cardiovascolare del Centro cardiologico Monzino di Milano —. Nel giovane la causa più frequente è la sindrome da prolasso valvolare (malattia di Barlow), mentre nell'anziano il prolasso è più limitato e prende il nome di *deficienza fibroelastica*. In questi casi si parla di insufficienza mitralica *primitiva*, per distinguerla dalle forme secondarie ad altre patologie del cuore, come fibrillazione atriale, infarto o cardiomiopia dilatativa, condizioni che possono impattare sulla mitrale, impedendole di svolgere in modo corretto la sua funzione. In rari casi l'insufficienza primitiva può avere origine da un'endocardite, dalla malattia reumatica o da calcificazioni dell'anello mitralico».

Come si riconosce?
«In genere nelle forme lievi e moderate non c'è alcun sintomo, ma se la quantità di sangue che refluisce nell'atrio sinistro aumenta perché la valvola è sempre meno efficiente possono comparire diversi disturbi, come facile affaticabilità, fiato corto sotto sforzo, palpitazioni. L'esame fondamentale per valutare l'entità dell'insufficienza è l'ecocardiogramma. Talora può essere utile un ecocardiogramma *transesofageo*, in cui la sonda ecografica viene introdotta dalla bocca e spinta nell'esofago».

Che cosa si può fare?
«Nelle forme lievi o moderate, in assenza di sintomi in genere si opta per controlli ecocardiografici periodici. Ma se l'insufficienza è grave bisogna prendere in considerazione un intervento chirurgico, che mira a riparare o a sostituire la valvola malata. La soluzione migliore è sempre quella della riparazione (*plastica*), poiché in questo caso non è necessario inserire nell'organismo materiale estraneo e il paziente può continuare a vivere con la propria valvola, resa «continente». Quando, per fortuna solo di rado, questa via non è praticabile, si opta per la sostituzione della mitrale con protesi che, però, presentano alcuni inconvenienti. Le protesi biologiche vanno sostituite dopo 10-20 anni circa (non sono quindi l'ideale in un paziente relativamente giovane), mentre quelle meccaniche richiedono la somministrazione di anticoagulanti a vita, con tutti gli inconvenienti che ciò può comportare. Secondo le linee guida internazionali questi interventi sono senz'altro da raccomandare in presenza di sintomi. In centri specializzati si possono eseguire interventi di plastica su valvole con insufficienza severa prima dell'insorgenza dei sintomi, ma se l'insufficienza, pur essendo grave, non dà disturbi bisogna pensarci bene, soprattutto nei casi in cui non sia attuabile la riparazione o l'esperienza del centro non sia garantita. Entrambi gli interventi vengono fatti a cuore aperto e prevedono la circolazione extracorporea, con un rischio operatorio non trascurabile, nell'ordine dell'1-2 per cento per la plastica e del 3 per cento per la sostituzione».

Alternative

Quando la chirurgia standard non è possibile ci sono altre procedure. Spiega Alamanni: «Una delle più collaudate è la *MitraClip*, un'altra è l'impianto di NeoChords, indicato solo in caso di insufficienza da prolasso della mitrale. Infine si stanno affacciando altre metodiche, come protesi mitraliche transcateretere, anelli protesici percutanei e altre ancora».

A. S.

L'esperto risponde

Sui problemi di cuore e vasi all'indirizzo internet <http://forum.corriere.it/cardiologia>

Antonella Sparvoli
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'insufficienza mitralica è dovuta a un difetto di chiusura della valvola mitrale, che regola il flusso sanguigno tra l'atrio e il ventricolo sinistri. Se questa valvola non si chiude bene, parte del sangue che dovrebbe essere spinto dal ventricolo sinistro nell'aorta, e da qui al resto dell'organismo, ritorna nell'atrio, con conseguenze tanto più gravi quanto maggiore è la quantità di sangue che refluisce

- La **valvola mitrale** è formata da un anello a cui si attaccano due sottili lembi mobili ancorati mediante **corde tendinee** a due muscoli, detti **muscoli papillari**
- In condizioni normali i margini dei lembi si separano quando la valvola si apre, permettendo al sangue di passare dall'atrio sinistro al ventricolo sinistro, e si riavvicinano quando la valvola si chiude, impedendo al sangue di tornare indietro

- In condizioni normali, durante la **contrazione ventricolare**, la chiusura della mitrale assicura l'**unidirezionalità del flusso sanguigno verso l'aorta** ① e da qui verso il resto dell'organismo
- In caso di **insufficienza mitralica** il ventricolo sinistro pompa il sangue in due direzioni: aorta (direzione corretta) ① e atrio sinistro (direzione sbagliata) ②
- **Meno è efficiente la chiusura della mitrale, maggiore è la quota di sangue che ritorna nell'atrio e più deve lavorare il cuore**

VALVOLA MITRALE
MUSCOLI PAPPILLARI, ANELLO, CORDE TENDINEE, AORTA, ATRIO SINISTRO, VENTRICOLO SINISTRO

LE CAUSE E I TIPI

L'insufficienza mitralica può essere primitiva o secondaria

INSUFFICIENZA MITRALE PRIMITIVA

- La più diffusa anomalia delle valvole cardiache nel giovane è la **sindrome da prolasso valvolare mitralico**
- Nell'anziano la forma più comune di insufficienza primitiva è la **deficienza fibroelastica**
- Meno spesso l'insufficienza può essere conseguenza di un'endocardite, della malattia reumatica ecc

INSUFFICIENZA MITRALE SECONDARIA

- Il difetto di chiusura della mitrale è causato da patologie sottostanti (infarto, cardiomiopia dilatativa ecc)

I SEGNI E I SINTOMI

- Nelle forme lievi e moderate il paziente non avverte alcun disturbo, mentre nelle forme gravi possono comparire alcuni sintomi quali
- Facile **faticabilità**
- **Fiato corto sotto sforzo** (dispnea da sforzo)
- **Palpitazioni**
- Auscultando il cuore il medico può inoltre avvertire la presenza di un **soffio**

LA DIAGNOSI

I principali esami sono

- **Elettrocardiogramma** per registrare l'attività elettrica del cuore
- **Ecocardiogramma transtoracico**, fondamentale per valutare il meccanismo e l'entità dell'insufficienza mitralica

LE CURE

INSUFFICIENZA LIEVE O MODERATA: in assenza di sintomi ci si limita a controlli ecocardiografici periodici

INSUFFICIENZA GRAVE: se sono presenti sintomi è indicato il trattamento chirurgico di riparazione della valvola mitrale e, se questo non è possibile, l'intervento di sostituzione della valvola con una protesi. Nei centri con grande esperienza l'operazione di riparazione può essere proposta prima che compaiano disturbi (sempre nei casi di insufficienza severa)

INSUFFICIENZA MITRALE SECONDARIA: il primo approccio è farmacologico e mira a curare la patologia cardiaca sottostante. Se c'è uno scompenso cardiaco si può inoltre ricorrere all'impianto di un pacemaker biventricolare. Se queste terapie non bastano, si può considerare la chirurgia

LA CHIRURGIA

Le tecniche chirurgiche sono diverse e molte sono in fase di sviluppo. Gli interventi su cui esiste maggiore esperienza sono i seguenti

INTERVENTO A CUORE APERTO

- È l'intervento standard, richiede l'apertura del torace e la circolazione extracorporea
- La plastica è sempre la prima opzione ed è preferibile alla **sostituzione con protesi**, le quali presentano degli inconvenienti: le protesi biologiche vanno sostituite dopo 10-15 anni circa, mentre quelle meccaniche richiedono la somministrazione di anticoagulanti a vita

IMPIANTO DI MITRACLIP

- Prevede il posizionamento tra i due lembi valvolari di una clip (una sorta di bottone), portata al cuore con un catetere inserito nella vena femorale
- I risultati sono meno soddisfacenti della chirurgia standard, ma c'è il vantaggio di poter proporre l'operazione a pazienti a rischio
- Non è consigliabile nei giovani perché se non ha successo bisogna procedere con la sostituzione valvolare in quanto la ricostruzione non è più possibile

IMPIANTO NEOCHORDS

- Prevede un piccolo taglio nella parte anteriore sinistra del torace: si espone la punta del cuore e da qui si infila uno strumento che «acchiappa» il lembo compromesso e impianta più corde in goretex, il tutto sotto guida di un'ecocardiografia transesofagea
- È indicata solo in caso di insufficienza da prolasso della mitrale. Permette di eseguire «ritocchi» nel tempo e non preclude la possibilità di eseguire in un secondo momento la ricostruzione valvolare

CLIP
CORDE IN GORETEX