

Survey “Terapia antitrombotica in pazienti sottoposti a chirurgia e/o interventistica cardiaca valvolare”

Carlo Savini, Giovanna Geraci, Marco Di Eusanio, Andrea Montalto, Antonio Miceli, Antonino Salvatore Rubino, Giovanni Troise, Leonardo Patané

Introduzione

Il continuo aggiornamento tecnologico vede una costante evoluzione dei dispositivi protesici valvolari, delle tecniche riparative e dei presidi farmacologici. Questo fa sentire l’esigenza di chiarire, allo stato attuale dell’arte, quale siano le raccomandazioni principali per la terapia antitrombotica nei vari contesti, soprattutto là dove mancano ancora chiare evidenze scientifiche.

In questo capitolo vengono descritti e commentati i risultati di un sondaggio sulla gestione della terapia antitrombotica nei pazienti sottoposti a procedure chirurgiche/interventistiche sulle valvole cardiache. Al sondaggio sono stati invitati tutti i centri italiani di Cardiocirurgia e di Cardiologia Interventistica strutturale cardiaca a cui si è dato il tempo di circa 5 mesi (13/07/2017 - 4/12/2017) per rispondere al questionario inviato per via elettronica.

L’obiettivo del sondaggio è quello di avere un dato realistico sull’atteggiamento dei principali centri cardiologici e cardiocirurgici del nostro Paese, al di là di quelle che possono essere le raccomandazioni ed indicazioni delle principali linee guida nazionali ed internazionali⁴.

Sono stati coinvolti nel sondaggio su territorio nazionale 213 Centri, di cui 113 di Cardiologia con Emodinamica e 100 di Cardiocirurgia. Al sondaggio hanno risposto 79 centri su 213 (37,0% del totale), di cui 39 di CardioChirurgia (39% dei centri cardiocirurgici) e 40 di Cardiologia (35,3% dei centri cardiologici).

Nella Tabella 1 è rappresentata lo schema del questionario. Non sono stati oggetto di discussione, per ovvi motivi, i pazienti già sottoposti a terapia anticoagulante per motivi indipendenti dalla procedura cardiaca (i.e. Fibrillazione Atriale).

Tabella 1. Schema del questionario per la Survey

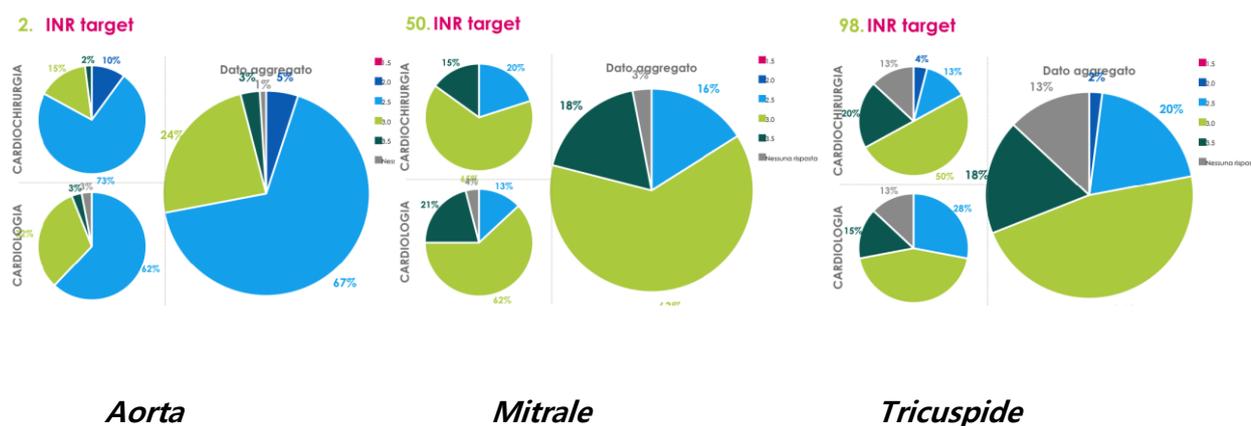
	Protesi meccanica	Protesi biologica stented	Protesi biologica stentless	Protesi biologica sutureless	TAVI	Valve sparing
TAO						
INR target						
Durata TAO post chir (mesi)		Per tutte le procedure su:				
Associazione a ASA		- Valvola Aortica				
Doppio Antiaggregante		- Valvola Mitralica				
Durata Doppio Antiaggregante (mesi)		- Valvola Tricuspidale				
NAO		- Valvole Aorta e Mitrale (+/- Tricuspidale)				
NOTE						

A seguire una sintetica descrizione dei risultati più salienti del sondaggio: una descrizione completa sarà pubblicata sul Giornale Italiano di Cardiologia.

1. Protesi Meccaniche.

È chiaro che a tutt'oggi non esiste un'alternativa alla Terapia Anticoagulante Orale (TAO) per i pazienti portatori di protesi meccanica in qualsiasi posizione anatomica. Gli aspetti interessanti e ricercati nella presente survey sono quelli relativi al diverso atteggiamento di range terapeutico dell'INR in base alla posizione della valvola.

Grafico 1. INR Target



La maggior parte dei centri sia cardiologici che cardiocirurgici mantiene, come prevedibile, un INR target più alto (3.0) per le protesi in posizione mitralica e tricuspidalica: è interessante notare, però, che per la valvola aortica una parte dei centri di cardiocirurgia (10%) mantiene un INR più basso (2.0) rispetto alla media e vi abbina l'ASA (20%), mentre i centri cardiologici non seguono questo atteggiamento.

4. Associazione a ASA

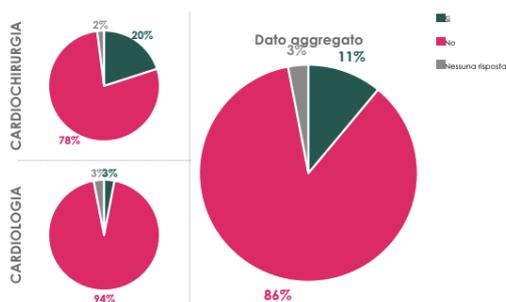


Grafico 2. Associazione ad ASA nelle protesi aortiche meccaniche

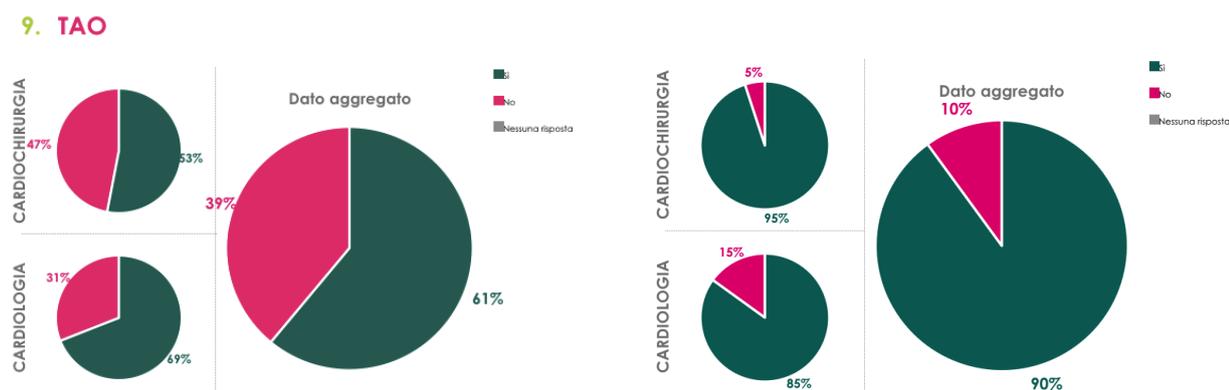
Questo fenomeno è verosimilmente imputabile all'impiego delle protesi meccaniche OnX™ ed alle ultime raccomandazioni sull'INR target per questo tipo di protesi valvolari^{1,2,3}.

2. Protesi biologica con supporto (*stented*)

È interessante notare che, in questo ambito, per le protesi valvolari biologiche in posizione aortica non c'è uniformità di comportamento sia in ambito cardiologico che cardiocirurgico: seppure la maggioranza dei centri esegue anticoagulazione orale nei primi 3 mesi dopo l'intervento, una buona parte (fino al 47% dei centri cardiocirurgici) esegue solo terapia antiaggregante (vd Grafico 3). Mentre, come prevedibile, c'è maggiore omogeneità per le bioprotesi stented in posizione mitralica e tricuspoidale.

Una piccola quota di centri, soprattutto cardiologici (10%), prevede addirittura l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nell'immediato postoperatorio: per la discussione di questo argomento si rimanda al capitolo specifico all'interno di questo documento.

Grafico 3. TAO dopo impianto di bioprotesi



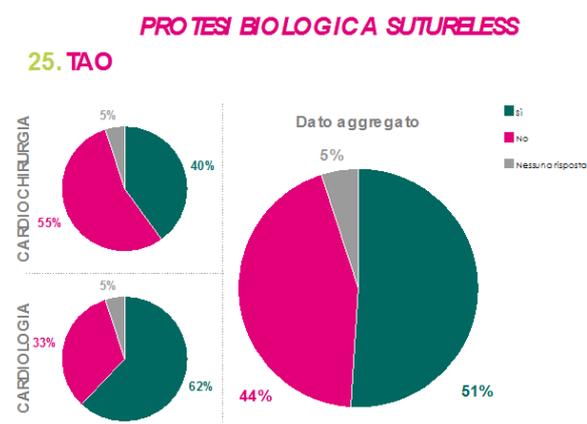
TAO nei primi 3 mesi post-impianto

3. Protesi Biologica ad impianto agevolato/senza sutura (*Sutureless*)

Il comportamento evidenziato per le bioprotesi stented in posizione aortica è, prevedibilmente, ancora più spiccato quando si è in presenza di una protesi biologica ad impianto agevolato (vd. Grafico 4): la maggior parte dei centri cardiocirurgici (55%) impiega solo terapia antiaggregante nell'immediato postoperatorio.

Grafico 4. TAO nei primi 3 mesi post-impianto per le protesi Sutureless in posizione aortica

Aorta



4. Protesi Valvolari Transcatetere (TAVI)

La carenza di evidenze scientifiche e la conseguente difformità di comportamento osservata nelle bioprotesi aortiche ad impianto chirurgico, si traduce, in un analogo comportamento quando ci troviamo di fronte alle protesi transcattere soprattutto in posizione aortica (vd. Grafico 5), seppure predomina la tendenza a non utilizzare la terapia anticoagulante orale. Per le protesi transcattere in posizione mitralica, dove peraltro l'esperienza dei nostri centri è ancora limitata, c'è una maggiore tendenza all'impiego della TAO (vd. Grafico 6).

Grafico 5. TAVI

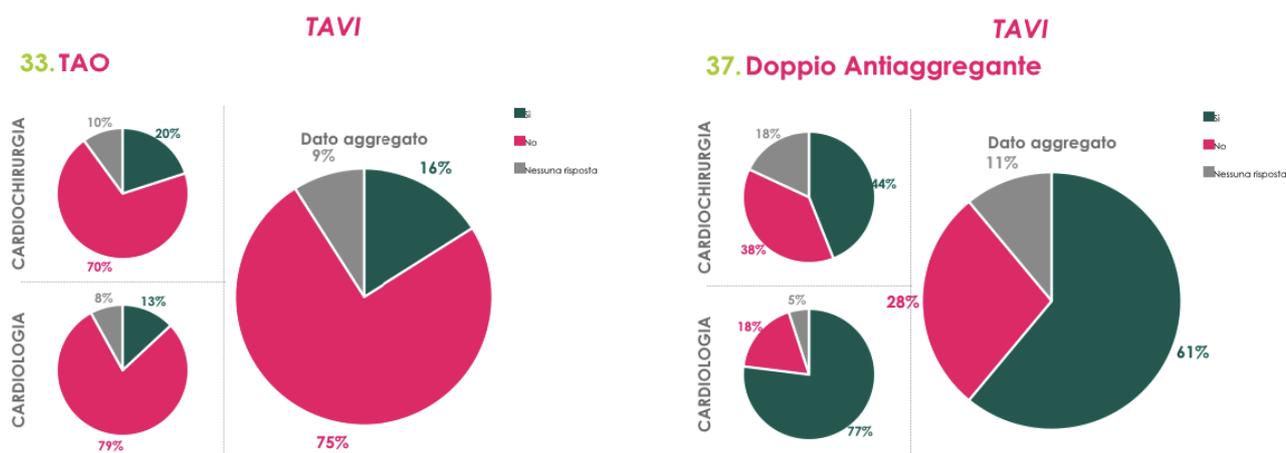
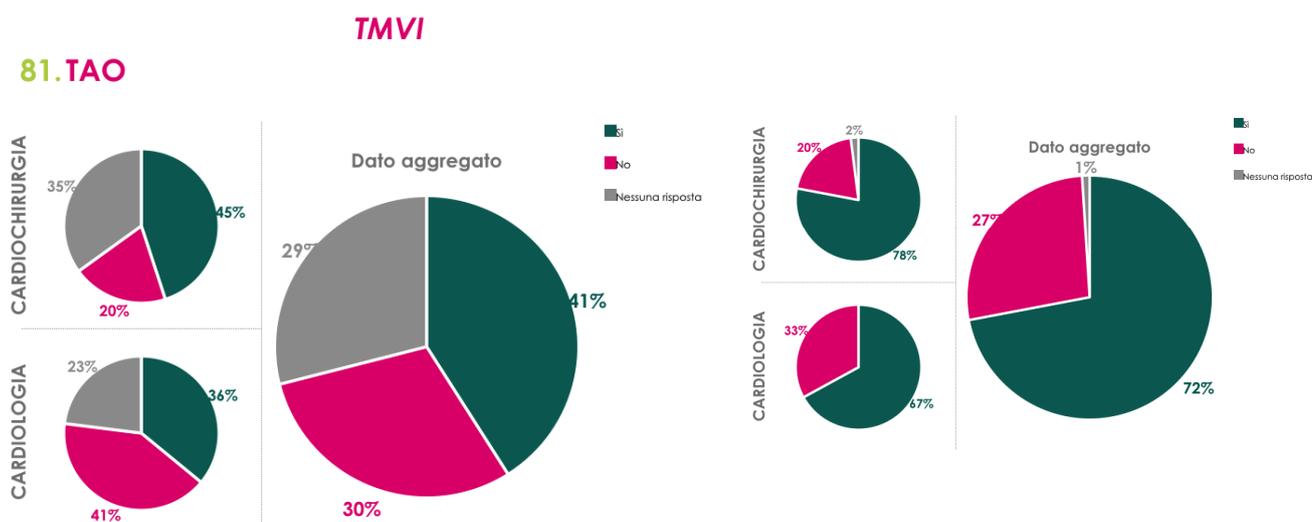


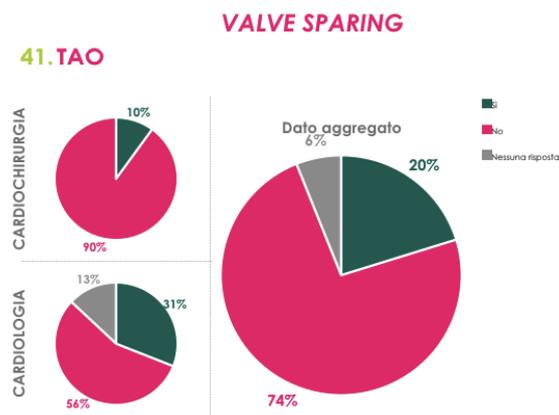
Grafico 6. TAO nei primi 3 mesi post-impianto per le protesi transcattere in posizione mitralica (TMVI)



5. Riparazioni Valvolari

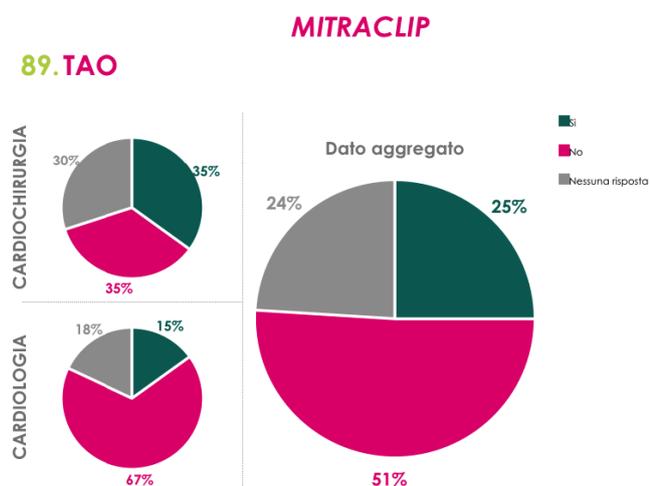
Nell'ambito delle riparazioni valvolari sia aortiche che mitraliche, si osserva una maggiore uniformità di comportamento (vd. Grafico 7). Laddove le procedure riparative della valvola aortica vedono lo scarso impiego della TAO nell'immediato postoperatorio a favore della semplice terapia antiaggregante, gli anticoagulanti orali trovano sicuramente maggiore consenso quando ci si trova di fronte ad una riparazione valvolare mitralica.

Grafico 7. TAO nei primi 3 mesi post-riparazione valvolare



Le procedure riparative transcateretere per mitrale (e tricuspide), di cui abbiamo preso la Mitraclip come procedura più rappresentativa, vedono ancora una discreta variabilità di trattamento (Vd. Grafico 8) dovuta all'eterogeneità dei pazienti target. Questo è un campo dove sicuramente, come per le protesi transcateretere, c'è bisogno ancora di evidenze scientifiche più consistenti ed omogenee.

Grafico 8. TAO nei primi 3 mesi dopo impianto di Mitraclip



Conclusioni

Nel presente capitolo abbiamo riportato i risultati più significativi della Survey nazionale sulla terapia antitrombotica nei pazienti cardichirurgici. Seppure la partecipazione dei centri non sia stata estensiva, il campione di dati ottenuti è sicuramente rappresentativo della realtà italiana. Mentre alcune situazioni sono sicuramente consolidate e non meritano particolare discussione (i.e. TAO nelle protesi meccaniche in posizione mitralica e tricuspidalica), nella maggior parte degli argomenti proposti è emerso quanto sia necessario porre maggiore chiarezza per la gestione della terapia antitrombotica nei pazienti sottoposti a procedure valvolari cardiache.

Bibliografia

1. Teshima H, Ikebuchi M, Miyamoto Y, Tai R, Sano T, Kinugasa Y, et al. 10-year results of On-X bileaflet mechanical heart valve in the aortic position: low target INR regimen in Japanese. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2017 Aug;65(8):435-440.
2. Puskas J, Gerdisch M, Nichols D, Quinn R, Anderson C, Rhenman B et al. Reduced anticoagulation after mechanical aortic valve replacement: interim results from the prospective randomized on-X valve anticoagulation clinical trial randomized Food and Drug Administration investigational device exemption trial. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014 Apr;147(4):1202-1210; discussion 1210-1.
3. Yanagawa B, Levitsky S, Puskas JD. Reduced anticoagulation is safe in high risk patients with the On-X mechanical aortic valve. *Current Opinion in Cardiology* 2015; 30:140-5.
4. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *J Am Coll Cardiol.* Vol. 70, no. 2, 2017
5. Hansson NC, Grove EL, Andersen HR, et al. Transcatheter aortic valve thrombosis: incidence, pre-disposing factors, and clinical implications. *J Am Coll Cardiol.* 2016;68:2059–69.
6. Pache G, Schoechlin S, Blanke P, et al. Early hypo- attenuated leaflet thickening in balloon-expandable transcatheter aortic heart valves. *Eur Heart J.* 2016; 37:2263–71.